
När barn far illa

ANNLIS SÖDERHOLM

Socialpediatrik har att göra med sådana barnhälsoproblem som i huvudsak har sociala orsaker inom och/eller utom familjen. Dessa orsaker kan både på kort sikt och på lång sikt allvarligt äventyra barnets fysiska och psykiska hälsa, sociala och kognitiva kompetens. Det mest konkreta området inom socialpediatriken är olika former av försummelse och våld. Problemet är inte bara medicinskt utan även socialt, psykologiskt och juridiskt, vilket betyder att handläggningen kräver multidisciplinära insatser med barnskyddet som central aktör. Den vetenskapliga dokumentationen av hur förödande långtidseffekterna av våld och kronisk försummelse under barndomen kan vara, ställer krav på att det finns professionella aktörer som tidigt identifierar och kompetent handlägger fall där barn far illa samt i säkra fall ser till att barnen skyddas från ytterligare kränkningar. De läkare som är huvudansvariga för behandlingen och uppföljningen av dessa barn behöver avancerad utbildning, undervisning om barn som far illa bör ingå redan i läkarnas grundutbildning.

Inledning

Med begreppet barn som far illa avses i denna artikel barn som i sin närmiljö blir utsatta för våld och/eller försummelse (child maltreatment), som enligt WHO omfattar ”alla former av fysiskt och emotionellt våld, sexuella övergrepp, försummelse eller vanvård, kommersiell eller annan exploatering, som resulterar i verklig eller potentiell fara för barnets hälsa, liv, utveckling eller människovärde i relationer som bygger på ansvar, tillit och makt” (1). Den kommersiella sexuella exploateringen av barn, som är en oerhörd skamfläck för vår tid, är ett växande internationellt problem. Ett stort antal barn i världen tvingas till prostitution eller utnyttjas i den pornografiska industrin, bilder av barn sprids i pornografiskt och pedofilt syfte på Internet och barn säljs som en vara (trafficking).

Finland ratificerade FN:s barnkonvention år 1991 och förband sig då att ”vidta alla lämpliga lagstiftnings-, administrativa och so-

ciala åtgärder samt åtgärder i utbildningssyfte för att skydda barnet mot alla former av fysiskt eller psykiskt våld, skada eller övergrepp, vanvård eller försumlig behandling, misshandel eller utnyttjande, innefattande sexuella övergrepp, medan barnet är i föräldrarnas eller den ena förälderns, vårdnadshavares eller annan persons vård” (artikel 19).

Finländska barn har lagstadgad rätt att inte bli undertryckta, agade eller utsatta för annan kränkande behandling: fysiskt och sexuellt våld mot barn är kriminaliserade. Barnets rättigheter är inskrivna i barnskyddslagens första paragraf: ”Barn har rätt till en trygg och stimulerande uppväxtmiljö samt till en harmonisk och mångsidig utveckling. Barn har företrädesrätt till särskilt skydd”. (2). Trots lagar och konventioner kränks många barns rättigheter, och om det konstateras eller föreligger misstanke om att ett barn far illa, skall anmälan göras till socialnämnden enligt barnskyddslagens 40. paragraf (2). Socialnämnden betyder i anmälningsfall den socialarbetare som är barnskyddsansvarig på den ort där barnet bor. Vid befogad misstanke om misshandel eller sexuellt utnyttjande rekommenderas barnskyddet att begära förundersökning av polisen (3).

Av Finlands 1 103 698 barn under 18 år var 54 553 barn klienter i det öppna barnskyddet, 12 443 barn var placerade utom hemmet och

FÖRFATTAREN

MKD **Annlis Söderholm** är specialist i pediatrik. Hon leder socialpediatriska utskottet i Finlands Barnläkarförening.



Merry family, målad av Jan Steen år 1668. Tavlan finns i Amsterdams Rijksmuseum.
Foto: Satu Kivitie-Kallio.

1 657 barn hade brådskande omhändertagits under år 2005 (4). I många länder, Finland inberäknat, är barnskyddsstatistiken ur ett barnperspektiv otillfredsställande för att det inte systematiskt framkommer vilka former av risker eller kränkningar barnen kan ha råkat ut för. Detta beror högst sannolikt delvis på att Finland inte i likhet med t.ex. Sverige (5) har enhetliga, nationella regler om hur bland annat hälsovårdspersonal skall göra en barnskyddsanmälan. Detta är ett missförhållande även ur forskningsmässig synvinkel. I en nypublicerad brittisk kohortstudie om riskfaktorer, hade 293 (2,1 procent) av kohortens 14 256 barn utretts av socialmyndigheter före sin 6-årsdag på grund av misstanke om att ha farit illa. Av dessa hade 115 barn (0,8 procent) registrerats av barnskyddet på grund av olika former av försummelse eller våld (6). Trots lagstadgad anmälningsplikt har rapporter från bland annat Sverige, USA och Kanada visat

att många barn som far illa aldrig kommer till barnskyddets kännedom (5, 7, 8).

Historia

Redan på 1800-talet behandlades kränkningar mot barn i den vetenskapliga litteraturen. Ambroise Tardieu, professor i rättsmedicin i Paris, publicerade åren 1857-1879 briljanta artiklar och böcker om barn som utsatts för misshandel, sexuella övergrepp och försummelse. En av hans studier behandlade 32 fysiskt misshandlade barn av vilka 18 hade dött av misshandeln. Hans arbeten omfattade också beskrivningar av på vilket sätt barnens hårda arbete i gruvor och fabriker påverkade deras morbiditet och mortalitet. Tardieu har tidigare ytligt och relativt sällan blivit omnämnd i den internationella vetenskapliga litteraturen. Det var först år 2005

som man utanför det franska språkområdet kunde ta del av hans imponerande verksamhet (9, 10). Trots noggrann klinisk och vetenskaplig dokumentation, kunde Tardieu inte under sin livstid övertyga sina kolleger och övriga samtid om att barn inte bara blir utsatta för misshandel, sexuella övergrepp och försummelse utan även att många barn dör av kränkningarna. Efter hans död föll hans arbeten i glömska, och uppfattningen att barns berättelser om upplevt våld var en produkt av deras fantasi blev förhärskande både inom och utom medicinen för närmare hundra år framåt.

För 60 år sedan beskrev den amerikanske radiologen Caffey subdurala hematom och multipla frakturer i de långa benen hos sex spädbarn. Underliggande skelettsjukdom uteslöts, men misstanken om någon form av trauma kunde inte verifieras (11). Några år senare rapporterade den brittiske ortopedern Astley om sex barn med metafysfrakturer och antog metafyseal benskörhet hos dessa barn (12). Radiologen Silverman antog men kunde inte verifiera någon form av avsiktligt orsakat trauma hos tre barn med ovanliga metafysfrakturer (13). Vid genomgång av de tidigare radiologiska studierna antog Woolley och Evans att barnen utsatts för någon form av yttre våld (14). År 1962 publicerade C. Henry Kempe, då professor i pediatrik vid universitetet i Colorado, tillsammans med kolleger den numera klassiska artikeln "The Battered-child Syndrome", som beskrev kliniska och radiologiska fynd hos misshandlade barn av vilka många hade dött (15). Denna publikation betydde en vändpunkt för misshandlade barn – att förneka problemets existens var inte längre lika lätt.

I början av 1970-talet bröts tabut om sexuella övergrepp mot barn, då amerikanska kvinnor började tala och skriva om att de som barn utnyttjats sexuellt. Intresset bland kliniker och forskare från olika områden växte snabbt efter detta. Kempe var en av de första läkare som i slutet av 1970-talet, i sin artikel "Sexual abuse, another hidden pediatric problem" tog upp problemet i en vetenskaplig journal (16). Munchausen syndrome by proxy beskrevs första gången 1977 av Roy Meadow, brittisk professor i pediatrik, som ett tillstånd där ett barn allvarligt kan fara illa på grund av att vårdnadshavaren (vanligen modern) fabricerar eller orsakar symptom eller sjukdomar hos barnet (17). Det vetenskapliga intresset för försummelse tog på allvar fart

först på 1990-talet med Howard Dubowitz, amerikansk professor i pediatrik, som en av huvudaktörerna (18).

Utgångspunkter i arbetet med barn som far illa

Olika kategorier av våld och försummelse förekommer ofta inte separat utan kan vara sammanflätade på ett komplext sätt (19). Emotionell försummelse och/eller emotionellt våld finns med i alla former av kränkningar, och kan förekomma fristående i sin egen svårgripbara form (20). Den mångfacetterade karaktären av kränkningar mot barn gör att både utredning, behandling och prevention kräver multidisciplinärt samarbete. Samarbetet är ofta invecklat och sällan problemfritt. Men utan systematiskt samarbete förblir helhetsbilden oklar, vilket gör det svårt för såväl medicinsk som social och annan expertis att göra en trovärdig bedömning och sätta in så effektiva medicinska och sociala åtgärder som möjligt. Ett fungerande samarbete betyder delat ansvar och ökar kunskapen och kompetensen hos alla aktörer samtidigt som den egna rollen förtydligas (5, 21).

Vid handläggningen är dialogen med barnets föräldrar central, även i de fall där man måste ta avstånd från föräldrarnas livsstil och sätt att behandla sina barn. Attityder som aggressivitet, fördömande, moraliserande, infantiliserande, föraktande, beskärmande eller mot-agerande är oprofessionella och ofruktbara och leder till att föräldrarna blir ovilliga att dela svåra intrafamiljära problem med läkaren eller ta emot hjälp. Patricia Crittenden, en amerikansk psykolog med en lång forskargärning om barn som far illa bakom sig, påpekar hur lätt det är att skuldbelägga men hur omöjligt det är att vara rättvis eller att främja barnets välbefinnande genom en sådan attityd (22). Föräldrarna behöver stöd i en process vars syfte är ökat ansvar och ökad omsorg om barnen (23, 24). Det första steget i denna process kan vara ett motiverande och supportivt bemötande som betyder närvaro, empati, och medmänsklighet men även saklig information om vad ett barn tar skada av och hur allvarliga följderna kan vara. Det som emellertid kan försvåra kommunikationen mellan barnläkare och föräldrar är att föräldrarna inte nödvändigtvis håller sig till sanningen eller stöder sina barn i en utredning. Barnets berättelse blir ofta inte verifierad av inblandade vuxna och fysiska fynd som skulle

stödja barnets berättelse saknas inte sällan.

Ett betydande hinder för optimal handläggning är att emotionellt förnekande av problemet inte är ovanligt även inom vårdprofessionen. ”Många läkare har svårt att tro att ett sådant angrepp kan ha inträffat och försöker utplåna sådana misstankar från sitt sinne, även ansikte mot ansikte med uppenbara bevis” konstaterade Kempe o.a. i den klassiska artikeln om barnmisshandel (15). Emotionellt förnekande har efter det regelbundet tagits upp också av andra kliniker och forskare (25, 26).

Ett annat hinder kan vara en utebliven barnskyddsanmälan. Det kan bero på att man inte känner till anmälningsplikten, är rädd antingen för föräldrarnas reaktioner, för följderna av en anmälan eller för att anmälan är obefogad. Uppfattningen att en barnskyddsanmälan skulle påverka patient-läkarrelationen negativt eller strida mot tystnadsplikten förekommer också. Det är viktigt att vara medveten om att utebliven barnskyddsanmälan kan vara en allvarlig hälsorisk för barnet och att en anmälan för det mesta inte betyder ett omhändertagande. Barnskyddet kan i samarbete med andra aktörer hjälpa familjen med öppenvårdsinsatser på många olika sätt. En barnskyddsanmälan skall helst ske i samråd med barnet och familjen, som då inte behöver få en känsla av att anmälan gjorts bakom deras rygg. I osäkra fall kan barnskyddet konsulteras utan att familjens namn avslöjas.

I arbetet är stöd från ledningen inom respektive organisation nödvändigt, likaså fortbildning och handledning för de läkare som är huvudansvariga för behandling och uppföljning av barn som far illa (21). Känslor provocerade av följderna av våld och försummelse är starka. De kan leda till att läkaren blir överaktiv eller handlingsförlamad och i bägge fallen kan det vara svårt att klart fokusera på barnets och familjens behov (27).

Identifiering, diagnostik, behandling och uppföljning av barn som utsätts för våld och försummelse bör vara en erkänd uppgift inom alla sektorer av hälsovården och undervisning om barn som far illa bör ingå redan i läkarnas och sjukskötarens grundutbildning.

Risikfaktorer

Modern forskning om riskfaktorer grundar sig på Urie Bronfenbrenners ekologiska utvecklingsmodell för förståelsen av barns hälsa och utveckling (28). Det är en modell som Jay

Belsky i sin tur grundar sig på i sin analys av varför barn utsätts för försummelse och våld (29). Grunden för den ekologiska modellen är insikten om att orsakerna till och effekterna av våld och försummelse är ett komplext system av olika determinanter och interaktionen mellan dem: barnet, föräldrarna, familjen, olika grupper, institutioner och myndigheter som barnet och familjen kommer i kontakt med samt det omgivande samhället med dess kultur, värderingar, normer och lagar (6, 30–33). Den ekologiska modellen har varit central för förståelsen av den komplexa och mångfacetterade process där ingen enskild faktor ensam räcker som förklaring till varför ett barn behandlas illa. Enbart psykodynamiska förklaringsmodeller är otillräckliga redskap i analysen av utsatta barns situation (31).

Risikfaktorerna har till största delen identifierats genom retrospektiva studier. Ett av undantagen är en brittisk kohortstudie där man har följt drygt 14 000 barn prenatalt och efter födseln med en grundlig analys av deras uppväxtmiljö. Enligt studien var de största riskerna socio-ekonomisk deprivation i familjen och faktorer i föräldrarnas egen bakgrund. Interaktionen mellan föräldrarnas bakgrund och familjens socio-ekonomiska status är dock komplex och svår att meningsfullt förklara genom statistisk analys (6). De flesta föräldrar som är ekonomiskt utsatta är tillräckligt bra föräldrar och barn som lever i ekonomiskt överflöd växer inte alltid upp i en trygg närmiljö. Allvarliga kränkningar mot barn kan förekomma i alla sorters familjer (15).

Risikfaktorer kan påverka olika individer på olika sätt och de allra flesta individer har någon riskfaktor i sin barndom. Förekomsten av flera olika riskfaktorer i samma familj försvårar tolkningen av betydelsen av en enskild faktor. Ett barn kan leva med 1–2 riskfaktorer utan att detta på sikt behöver påverka utvecklingen negativt. Men om riskfaktorer ackumuleras i familjen och ingen ingriper tillräckligt tidigt, påverkas barnets hälsa och kognitiva kompetens negativt, speciellt om kompensatoriska faktorer i barnets olika miljöer saknas (34, 35). Balansen mellan stressfaktorer och skyddande eller kompensatoriska faktorer i barnens olika miljöer bestämmer i hög grad om ett barn kommer att fara illa eller inte (33).

Barnet

Enbart faktorer hos barnen räcker inte som förklaring till varför de behandlas illa. Det är möjligt att föräldrarnas attityder till sitt barn

kan vara av mer signifikant betydelse än aktuella tillstånd hos barnet självt (36). De allra flesta barn med låg födelsevikt behandlas väl, men en del av dessa barn kan fara illa (36, 37). Många faktorer kan ligga till grund för detta samband inkluderande anknytningen mellan barn och föräldrar, beteendet hos barnet och potentiellt ökat antal stressfaktorer i familjen (6, 36). Även barnets ålder är en riskfaktor. Fysiskt våld mot barn förekommer i alla åldrar men risken för fysisk misshandel är störst för spädbarn under ett år (24, 38) och för spädbarn under 6 månader är risken störst att misshandeln är fatal eller leder till allvarliga skador. Misshandel som lett till subdurala hematom och/eller frakturer är vanligare hos spädbarn än hos äldre barn (38). I förhållande till den övriga kroppen är ju spädbarnets huvud stort och tungt, nackmuskulaturen är svag och om barnet exempelvis skakas, rörs huvudet fram och tillbaka med stor kraft. Det kan leda till att små blodkärl i huvudet brister vilket i sin tur leder till subdurala och retinala blödningar. En del studier har visat att pojkar oftare blir misshandlade än flickor (38, 39), medan svenska utredningar inte har kunnat konstatera någon könsdifferens (5). I vetenskapliga studier om sexuellt utnyttjande av barn är flickornas antal i studiepopulationerna betydligt större än pojkarnas (40, 41). Barn med fysiska eller intellektuella funktionshinder och/eller beteendestörningar har ökad risk för olika former av kränkningar, vilket inte i tillräckligt hög grad uppmärksammats i klinisk praktik och forskning (42). En amerikansk studie visar att barn med funktionshinder löpte 3,4 gånger större risk för att bli illa behandlade än friska barn. Alla former av kränkning var representerade, försummelse var den vanligaste (43).

Föräldrarnas bakgrund

Föräldrarnas förmåga till omsorg och inlevelseförmåga kan vara bristfällig från början på grund av egna traumatiska barndomsupplevelser. Det kan vara bidragande orsaker till föräldraskap före 21 års ålder, depression och andra psykiska sjukdomar eller sammanboende med en våldsam vuxen (44). Detta ökar i sin tur sannolikheten för otillräckliga färdigheter som förälder. Om föräldrarna är unga, har låg utbildningsnivå, lider av depression, är missbrukare samt har upplevt våld och försummelse under barndomen, föreligger ökad risk för att deras barn behöver barnskydd eller utredning för försummelse eller våld (6, 31, 36, 45–48). En finländsk studie bland

barnskyddsfamiljer visade på sambandet mellan mödrars upplevelser av fysiskt våld under barndomen och misshandel av de egna barnen (49). Majoriteten av de föräldrar som misshandlats som barn kränker dock inte sina egna barn, vilket tyder på att fysiskt våld under barndomen inte är en fristående riskfaktor (6, 50). Barn till mödrar, som blivit sexuellt utnyttjade som barn, har däremot större risk att bli kränkta på olika sätt (31). De föräldrar som brutit den onda cirkeln med att behandla barn illa från generation till generation har i tid fått emotionellt, socialt och terapeutiskt stöd. De har varit medvetna om att de kränkts som barn och de har kunnat uttrycka vrede över det (51). De mödrar som behandlar sina barn illa och som motsägelsefullt idealiserar eller förtränger sin egen traumatiska barndom, har däremot svårare att förändra sitt beteende (52).

Sambandet mellan missbruk och psykiska sjukdomar hos föräldrarna och olika former av kränkningar av barn är så väldokumenterat, att tryggheten för alla barn i en familj skall ifrågasättas om ett barn i familjen har farit illa (53).

Familjekarakteristika

Social deprivation i familjen är en viktig etiologisk determinant vid försummelse och våld. Den omfattar ekonomisk och materiell trygghet, boendeförhållanden, föräldrarnas arbetssituation och sociala nätverk (54). Barn till ensamstående mödrar löper risk att fara illa, speciellt om det sociala stödet är bristfälligt och familjen lever i fattigdom (6, 39, 45, 46). I en longitudinell amerikansk studie löpte barn i familjer med en icke-biologisk fadersgestalt en dubbelt så stor risk för att fara illa som barn i familjer med en biologisk far eller ingen fadersgestalt alls i hemmet (55). Risken för fysiskt våld mot barn har rapporterats vara hög i familjer där den manliga parten tidigare allvarligt misshandlat barn, inte tagit ansvar för sitt beteende, är arbetslös och inte är biologisk far till alla barn i familjen (56). Ett stort antal barn i familjen kombinerat med andra riskfaktorer kan öka risken för att barnen far illa (39, 45, 56). I familjer där modern blir fysiskt misshandlad av sin partner är barnen i riskzonen. Det beror på att en del av dem också blir utsatta för våld men även på att de kan ta emotionell skada av att ha vuxit upp i ett hem där våld hört till vardagen (6, 39, 53). Sambandet mellan fysiskt våld i ett parförhållande och fysisk misshandel av barnen i familjen är komplext. Det har framkastats att

det möjligen snarare reflekterar gemensamma underliggande riskfaktorer än en fristående, direkt kausalitet (6). Ett missförhållande som nyligen uppmärksammats är att forskning om riskfaktorer hittills mest har fokuserat på mödrarna, medan fädernas roll när barn far illa har fått jämförelsevis marginell uppmärksamhet (57).

Försummelse

Försummelse av grundbehoven är ett generellt uttryck som används för att beskriva vilka former av försummelse ett barn kan utsättas för. Barnets grundbehov är att få kärlek samt fysisk och emotionell omvårdnad, att bli sett, hört och respekterat, att få trygghet och stimulans samt att garanteras hälsovård och undervisning. ”Barn försummas när deras grundbehov inte blir tillfredsställda oberoende av orsak” är den mest använda allmänna definitionen i litteraturen (58).

Försummelse är vanligare än både misshandel och sexuella övergrepp men har trots det fått så mycket mindre uppmärksamhet, att man i den vetenskapliga litteraturen talar om försummelse av försummelse (59, 60, 61). Försummelsen är en smygande och lömsk process, heterogen och mångfacetterad till karaktären. Den kan vara avsiktlig eller oavsiktlig, sporadisk eller kronisk. Alarmerande symptom eller fysiska tecken saknas ofta till en början. Inom olika professioner kan det råda oenighet eller osäkerhet om hur, när eller om man alls skall ingripa. Den avgörande frågan om huruvida situationen för barnet är tillräckligt bra eller tillräckligt alarmerande kan nämligen vara svår att entydigt besvara (62). Definitionsmässig otydlighet och motstridighet gäller hela området – identifiering, anmälningsplikt, behandling, uppföljning, forskning och planering av praxis. Det har hävdats att olika professionella aktörer runt familjen nästan önskar, att något dramatiskt skulle inträffa på ett sätt, som odiskutabelt skulle legitimera ingripande i en familjesituation som har ingett oro för barnens del. Försummelsen förblir ofta odiagnostiserad innan följderna är uppenbara. En utdragen process kan leda till allvarliga fysiska, emotionella, sociala och kognitiva handikapp (60, 63, 64).

Fysisk försummelse kan otvetydigt associeras till fattigdom, som dock inte i sig kan förklara föräldrars försummelse av sina barn. Däremot kan man säga att ett samhälle som negligerar fattigdom är ett samhälle som bidrar till att barn försummas (65). Man kan

hävda att försummelse av barn även är allt det vi som enskilda individer gör eller låter bli att göra, olika institutioner och samhället gör eller låter bli att göra och som direkt eller indirekt skadar barnen och deras möjligheter till en trygg uppväxt. Social marginalisering kan definieras som ”oförmåga hos samhället att för alla grupper och individer garantera det som vi bör vänta oss av samhället som samhälle samt en tendens att åsidosätta sårbara och svåra individer till de minst attraktiva platserna”. Denna marginalisering kan leda till att barnen löper betydande risker och till att de far illa (66).

Fysiskt våld

Fysiskt våld kan ge bestående skador och har en dödlighet på 5 – 10 procent. Största risken för att bli misshandlad har små barn som inte kan försvara sig (15, 24, 38). Shaken baby-syndromet, där ett litet barn skakas eller dunkas mot ett underlag, är vanligast mellan 2 och 4 månaders ålder. Det kan ge bestående synskador och/eller neurologiska skador och har en dödlighet på 25 procent. Tillståndet har hittills varit underdiagnostiserat men det har under de senaste åren lyfts fram med bättre diagnostik, handläggning och preventiva åtgärder som följd (67). Den socialpediatriska arbetsgruppen i Barnläkarförbundet i Finland har med stöd av social- och hälsovårdsministeriet i preventivt syfte sammanställt en broschyr om shaken baby-syndromet. Utvecklings- och forskningscentralen för mödra- och barnvård ansvarar för distributionen av broschyren till alla föräldrar till nyfödda år 2006. (Broschyren är också tillgänglig på adressen www.suomenlastenlaakariyhdistys.fi).

Vissa skador vid fysiskt våld mot barn kan vara diagnostiska med multipla blåmärken efter fingergrepp, klart avgränsade brännskador hos små barn, brännskada efter cigarett, hudskador efter t.ex misshandel med bälte, retinala och subdurala blödningar efter skakning. Frakturer kan uppkomma i nästan vilken skelettdel som helst, de kan vara multipla, de kan vara kliniskt uppenbara eller upptäckas endast radiologiskt. Revbens- och metafysfrakturer speciellt i de stora lederna har hög specificitet vid misshandel av små barn och orsakar sällan synliga tecken på avsiktligt våld, och de kan initialt även vara svåra att upptäcka radiologiskt. För att dels kunna utesluta en misstanke, dels kunna upptäcka nya skelettskador som verifierar en tidigare misstanke, rekommenderar författarna

till en färsk amerikansk studie uppföljande skeletröntgen på de barn där misstanken om misshandel varken har kunnat uteslutas eller verifieras (68). Radiologiskt kan man skilja en akut fraktur från en gammal, men för övrigt är bestämning av åldern på en fraktur en inexakt vetenskap (69). Inte heller går det att kliniskt eller fotografiskt exakt bestämma åldern på blåmärken, som är den vanligaste manifestationen av fysisk misshandel (70). Vid misstanke om misshandel skall även blåmärken analyseras i en medicinsk och social kontext där anamnesen och barnets ålder skall beaktas samt noggranna kliniska och andra relevanta undersökningar utföras. Blåmärken hos friska icke-mobila spädbarn är mycket sällsynt (71).

Ett misshandlat barn behöver pediatrik uppföljning utöver uppföljning inom barnskydd och primärvård efter den akuta barnortopediska eller -kirurgiska behandlingen på barnsjukhus. Detta kan ha en preventiv effekt med avseende på upprepad misshandel eller försummelse. Brister i hälsovårdens preventiva insatser har påtalats i litteraturen (38). Pediatrik uppföljning av misshandlade barn rekommenderas i en nypublicerad brittisk handbok, "Child Protection Companion", som Royal College of Paediatrics and Child Health har låtit publicera (21).

Sexuellt utnyttjande

"När barn och unga stadda i utveckling och ännu beroende av vuxna blir invecklade i sådana aktiviteter som de inte till fullo förstår och till vilka de därför inte kan ge sitt medgivande samt vilka dessutom kränker familjemedlemmarnas sociala normer och rollfördelningar", är den i litteraturen mest använda definitionen på sexuellt utnyttjande (72).

Många läkare värjer sig för tanken på att ett barn kan vara sexuellt utnyttjat, vilket kan bero på känslor av obehag inför problemet, på oförmåga att tala om sexualitet med barn och på brist på specifik utbildning och erfarenhet. Diagnosen, som delvis beror på exempelvis barnläkarens vilja att upprätthålla tanken på att ett barn kan ha blivit sexuellt utnyttjat, baserar sig primärt på anamnesen och kan stödjas av fysiska fynd, påvisandet av sexuellt överförd sjukdom eller rättsmedicinska fynd (73, 74). Den medicinska undersökningen, som endast är en del av den multidisciplinära evalueringen vid misstanke om sexuell utnyttjande av ett barn, kräver grundlig utbildning,

kompetens och tillräcklig erfarenhet samt omfattar anamnes, klinisk undersökning, laboratorieprover och dokumentation (74, 75). Eventuella fysiska skador läks snabbt och patologiska fynd kan konstateras endast hos 4 procent av alla offer och hos 5,5 procent av de barn som utsatts för svåra övergrepp, som vaginal eller anal penetration (40). Avsaknad av fysiska, laboratorie- eller rättsmedicinska fynd utesluter inte ett sexuellt övergrepp. Barnets berättelse är och förblir det viktigaste diagnostiska redskapet, när man drar slutsatsen att ett barn har utnyttjats sexuellt (40, 74, 76). Under de senaste åren har man därför i den vetenskapliga litteraturen betonat nödvändigheten för de läkare som arbetar med barn att utveckla sin kompetens när det gäller att kommunicera med och bemöta barn som är eller misstänks vara offer för sexuella övergrepp. Många läkare känner sig besvärade att tala med dessa barn, vilket begränsar förmågan att ställa eller bidra till en försvarbar diagnos. För att kunna ta upp en bra anamnes utan ledande frågor och anpassad till barnets utvecklingsnivå samt förbereda barnet på den somatiska undersökningen, behöver läkaren en bredare kunskap om och förståelse av vad ett sexuellt övergrepp innebär och av barnet som offer (74). För de kliniker som gör den somatiska undersökningen är resultaten i den norske barnläkaren Arne K. Myhres akademiska avhandling om den anogenitala anatomin och mikrobiologin hos normala barn i lekåldern värdefulla redskap, bland annat när det gäller att inte tolka normala fynd som patologiska (77).

Effekter av våld och försummelse

Symptom och kliniska fynd beror på kränkningarnas art och duration, barnets ålder samt på vilka vård- och stödformer som varit tillgängliga för barnet och familjen. På sikt påverkas prognosen av barnets resiliens. Resiliens kan beskrivas som motståndskraft och betyder en process där individen trots t.ex. kränkningar och utsatthet i barndomen mot oddsens klarar sig senare och lyckas anpassa sig socialt. I denna process är kompensatoriska faktorer viktiga och till dem hör förekomsten av en socialt och emotionellt stödjande vuxen inom eller utanför familjen, kognitiv kompetens, bra självkänsla, en känsla av att kunna kontrollera och ha makt över sitt eget liv samt hjälp med att bli kvitt skuld-känslor för att ha blivit kränkt. Det är av central betydelse att återfå och kunna upprätthålla

känslan av sitt eget värde efter kränkande upplevelser (51, 78). En svensk studie av 152 kvinnor som uppgivit att de blivit sexuellt utnyttjade som barn visade att självkänsla och socialt stöd hade haft en positiv inverkan på läkningsprocessen (79).

Förutom de fysiska skador som ett barn kan uppvisa, kan försummelse och våld påverka barnets beteende, emotionella välbefinnande, interpersonella relationer och kognitiva funktioner. De psykiska funktionerna står i växelverkan med hjärnans struktur, kemi och funktion. Den växande kunskapen om hjärnans utveckling har kastat nytt ljus över förståelsen av de processer, som leder till att speciellt tidiga stressrelaterade upplevelser kan ha så djupgående effekter på senare utveckling och anpassning. Under det första levnadsåret växer och utvecklas hjärnan enligt ett genetiskt betingat mönster, men utvecklingen påverkas också i hög grad av barnets upplevelser. Extrem deprivation och olika former av våld, vilket kan innebära kronisk stress med bland annat höga kortisolvärden som följd, kan leda till att vissa hjärnfunktioner inte utvecklas normalt hos barnet under denna känsliga period. Processen kan vara irreversibel. Det kan exempelvis betyda att barnet senare har svårt att kontrollera ett problematiskt beteende som kan ha negativa konsekvenser (80–82). Barnens tragik ligger nämligen även i att symtom som beror på att de behandlats illa i sin hemmiljö, kan leda till att de utsätts för olika former av våld eller försummelse även i miljöer utanför hemmet.

Eventuella fysiska skador av våld läker i de flesta fall snabbt, men de psykosomatiska, psykiska och sociala följderna kan bestå långt in i vuxen ålder. Generellt sett påverkar allvarlig försummelse barnets kognitiva kompetens i högre grad än fysisk misshandel (60). Långtidseffekterna av olika former av våld och försummelse kan inkludera depression, posttraumatiskt stressyndrom, ångest, ätstörningar, sexuella störningar, personlighetsstörningar, missbruk, relationstörningar och suicidalitet (78, 83–85). Somatiska tillstånd, såsom kronisk colon irritabile, kan ha fysiskt eller sexuellt våld under barndomen som orsak (84). En finländsk psykiatrisk studie omfattande 742 vuxna patienter från primärvården och 178 patienter från den psykiatriska öppenvården visade att försummelse, fysisk misshandel och sexuella övergrepp under barndomen är vanliga hos patienter inom såväl den somatiska som den mentala hälsovården, ett samband som inte i nämnvärd grad tidigare har noterats i Finland (86).

Den vetenskapliga dokumentationen av hur förödande långtidseffekterna av våld och kronisk försummelse under barndomen kan vara, ställer krav på att det finns professionella aktörer som tidigt identifierar och kompetent handlägger fall där barn far illa samt i säkra fall ser till att barnen skyddas från ytterligare kränkningar. Det behövs dessutom strategier för att påverka de sociala strukturer och miljöer inom vilka barn kan fara illa (30, 31).

Prevention

Den sparsamma förekomsten av goda epidemiologiska data om olika former av försummelse och våld har försvårat både planering och evaluering av preventiva åtgärder. Vid planeringen är det nödvändigt att definiera problemets omfattning, målgrupper, strategier och ansvarsmyndigheter samt på vilket sätt prosessen skall övervakas och dokumenteras (30). Det första steget i det preventiva arbetet är strävan att förstå varför barn far illa och liksom samarbetet kräver preventionen multidisciplinära insatser med ekologiska infallsvinklar (21, 30, 33). Barnläkaren har en viktig roll i det preventiva arbetet (87), som har tre dimensioner (88).

Den **primära eller universella preventionen** skall omfatta alla barn. Hos oss innebär det bland annat tillräcklig och fungerande barnhälsovård, kompetent barndagvård och eftermiddagsvård för små skolbarn. Denna prevention borde också inbegripa systematisk kartläggning av eventuella riskfaktorer i familjen. En del av riskfaktorerna hos en familj kan vara identifierade eller uppenbara, andra kommer fram endast genom att man frågar. Frågor rörande våld, alkohol, droger, mentala och andra intrafamiljära problem skall utgöra en naturlig del av de anamnestiska frågorna till både barnen och deras föräldrar även i de fall där ingen misstanke om riskfaktorer finns. Nödvändigheten av att rutinmässigt ställa frågor om familjevåld har poängterats i den pediatrika litteraturen (89). Om barnen bemöts med genuint intresse och respekt, kan de på direkta frågor om eventuella negativa upplevelser i sin närmiljö ge goda och konkreta svar. Genom att kartlägga också barnens bekymmer och rädslor kan man indirekt få information om riskfaktorer i familjen. Även små barn kan formulera bekymmer och rädslor över föräldrarnas missbruk, våld eller sjukdomar. Barnens bekymmer för föräldrarnas välbefinnande är ofta större än bekymren för egen del.

Den **sekundära eller selektiva preventionen** innebär medicinska (uppföljning både inom primärhälsovården och för många barns del även vid den specialiserade sjukvårdens olika enheter) och sociala insatser för de barn vars närmiljö innehåller risker som kan äventyra deras utveckling, hälsa och anpassning. Den sekundära preventionen kan betyda åtgärder som främjar föräldrafunktionen hos unga föräldrar samt stöd och hjälp till föräldrar med våldsproblematik eller psykiska sjukdomar (44). Författare till studier från Storbritannien och USA har rapporterat att regelbundna hembesök av hälsovårdare till de mest utsatta familjerna, prenatalt och under småbarnsperioden, har gett tillfredsställande resultat i preventivt hänseende. Syftet har varit att barnen och familjen tillförsäkras olika former av stöd innan situationen har gått så långt att barnen far illa (90, 91). Stödet och uppföljningen skall vara tillräckligt frekventa och pågå tillräckligt länge för att ge resultat (92). Ytterligare forskning är nödvändig för att man bättre skall kunna implementera och evaluera både primära och sekundära interventioner så att behovet av tertiära insatser skall minska (30, 93).

Den **tertiära eller indikerade preventionens** syfte är att förhindra fortsatt försummelse eller våld och kan betyda att barnet placeras utom hemmet samt att våldsförövarna får vård. Den primära och sekundära preventionen är förutsägande till sin natur, den tertiära preventionen är reaktiv (88). Varje familj, som utsatt sina barn för våld och försummelse behöver en individuell värdering, där orsakerna skall identifieras av ett multidisciplinärt team. Barnen skall undersökas av medicinsk expertis, innan man sätter in olika stödåtgärder för att förbättra föräldrafunktionen och säkerställa barnets trygghet.

I sin nyutkomna guide om prevention, rekommenderar WHO att det vid barndödsfall som berott på eller misstänks ha berott på avsiktlig handling, skapas rutiner för noggrann utredning av fallen (30). Systematiska multiprofessionella utredningar i dessa fall förekommer bland annat i en del stater i USA och i Storbritannien (94).

Hälsosektorns roll i det preventiva arbetet är central (30, 94). Preventionen skall helst börja redan prenatalt och senast när barnet fötts. I nyckelposition förutom barnläkarna befinner sig också förlossningsläkarna, barnneurologerna, läkarna och hälsovårdarna inom primärhälsovården samt övriga professionella aktörer som arbetar med små barn. Re-

dan före barnets födelse kan det vara fruktbart med information om barnets grundbehov och om essentiella föräldrafunktioner samt om hur olika riskfaktorer i familjen kan påverka barn. Föräldrarna behöver då inte uppleva att deras förmåga att ta hand om sitt barn kritiseras (95). Föräldrarna skall kunna se sitt barn som det är, kunna engagera sig i barnet på ett känslomässigt positivt sätt, kunna hysa empati för barnet och ha realistiska förväntningar på vad barnet kan klara av (96).

En pediatrik utmaning

Barnskyddets centrala roll när barn far illa är odiskutabel, men även barnläkarens kunskaper och insatser är viktiga (21, 87). Barnläkarens kliniska undersökning och ställningstagande kan leda till tidig diagnos och behandling samt bidra till att helheten blir kompetent belyst (97). Barnläkaren ser barnen tidigt, har specialkunskaper om barns tillväxt, utveckling, sjukdomar och hälsa och kan därför vara den första som misstänker utsatthet eller fångar upp barn som farit illa (98). Om ett barn har farit illa eller misstänke om det föreligger, behövs det alltid en grundlig klinisk undersökning från huvud till fot, kompletterad med relevanta laboratorie- och röntgenundersökningar. Den somatiska pediatrika undersökningen är viktig också ur differentialdiagnostisk synpunkt. Ett barn som undersöks för en eventuell fysisk eller sexuell kränkning kan nämligen visa sig ha någon skada eller sjukdom som inte har någonting med ifågavarande kränkningar att göra (74, 75, 99). Den somatiska undersökningen skall gå hand i hand med den psykiska och sociala evalueringen: vid misshandel och sexuella övergrepp skall den alltid ske på barnsjukhus. Handläggningen kräver ofta insatser från även andra läkare, såsom radiologer, barnortopedier, barnkirurger, oftalmologer, tandläkare, gynekologer, barnneurologer, barnpsykiatrer, patologer och rättsläkare. Barnskyddet, polis och juridiska myndigheter behöver konsultationer hos och utlåtanden av även barnläkare.

Barnskyddet behöver även konsultera barnläkare vid placeringar av barn (21). Nationella multiprofessionella systematiska rutiner när det gäller en så allvarlig åtgärd som placering av ett barn utom det egna hemmet finns ännu inte i Finland. När ett barn omhändertags och placeras utom hemmet, borde det inte ske utan både pediatrik, barnpsykiatrik och barnpsykologisk evaluering, där barnets be-

Litteraturrekommendation (finskspråkig)

Eskonen I. Perheväkivalta lasten kertomana. Akateeminen väitöskirja. Tampere: Tampereen Yliopistopaino Oy 2005.

Haapasalo J. Periytykö väkivaltainen käyttäytyminen sosiaalisesti. Suomen Lääkärilehti 2005;45:4611–15.

Heikinheimo A, Tasola S. Vain muistamalla voi unohtaa. Seksuaalisesti hyväksikäytettyjen naisten ryhmäterapia. Tie toipumiseen. Jyväskylä: Koipijyvä Oy 2004.

Jähi R. Työstää, tarinoida, selviytyä. Vanhemman psyykinen sairaus lapsuuden kokemuksena. Akateeminen väitöskirja. Tampere: Tampereen Yliopistopaino Oy 2004.

Kivitie-Kallio S, Tupola S. Ravistellun vauvan oireyhtymä. Duodecim 2004;120:2306-12.

Koponen AM. Sikiöaikana päihteille altistuneiden lasten kasvuympäristö ja kehitys. Akateeminen väitöskirja. Helsingin yliopisto. Helsinki: Kirjapaino Keili Oy 2006.

Krug EG, Dahlberg LL, Mercy JA, Zwi AB, Lozano R. Väkivalta ja terveys maailmassa – WHO:n raportti. Jyväskylä: Gummerus 2005.

Paavilainen E, Pösö T (red). Lapset, perhe ja väkivaltatyö. Porvoo: WSOY 2003.

Pajulo M, Kalland M. Uutta ajattelua päihdeongelmallisten äiti-vauvaparien hoidossa. Duodecim 2006;122:2603–11.

Salokangas KR, Luutonen S, von Reventlow HG, Patterson P, Huttunen J, Nieminen M, Laine T, Karlsson H. Lapsuuden traumaattiset kokemukset ennakoivat aikuisiän vakavaa psyykkistä oireilua. Suomen Lääkärilehti 2006;17:1835-42.

Söderholm A, Halila R, Mertsola J, Kivitie-Kallio S, Niemi S (red). Lapsen kaltoinkohtelu. Helsinki: Duodecim 2004.

Tupola S, Kivitie-Kallio S, Viheriälä L, Kallio P. Mitä teen, kun epäilen lapsen joutuneen fyysisen pahoinpitelyn kohteeksi? Duodecim 2005;121:2215-20.

Tabell I.

hov av vård och uppföljning kartläggs. Hit hör även vilken form av stöd barnets biologiska föräldrar och nya vårdnadshavare behöver för att kunna tillgodose barnets behov. De senaste årens pediatrika publikationer har även framhållit barnläkarens roll som förespråkare för barnet (87, 100).

Utvecklingen av identifiering, diagnostik, behandling och uppföljning av barn som farit illa är en stor utmaning för modern pediatrik och kräver en strukturerad utbildning (21, 87, 101). Barnen är helt beroende av att man även inom sjukvårdsprofessionen har de kunskaper och färdigheter, som kan möjliggöra tidigt ingripande, kompetent handläggning och fungerande prevention. Det skall vara en själv-

klarhet att detta område inom pediatriken ges samma status som allvarliga somatiska sjukdomar samt att pediatrik praxis leder till att barnläkarna inte kan anklagas för professionell försummelse av barn som far illa.

I arbetet med barn som far illa är det av yttersta vikt att hålla i minnet att rekommenderade interventioner ibland kan ha mycket allvarliga följder för barnet, familjen och den som anses ha gjort barnet illa. Därför måste det råda säkerhet om att de diagnostiska formuleringarna och konklusionerna är förankrade i grundlig klinisk forskning och kliniskt kunnande (21, 30, 77, 99). För tre år sedan tog The Lancet i sin ledare "The neglect of child neglect" upp nödvändigheten av

forskning om barn som far illa. ”Försummelse och våld är en av de största utmaningarna för den allmänna pediatriken, likväl överskuggas varje forskningsaktivitet av studier av mer etablerade sjukdomar hos barn – speciellt sjukdomar, som går att behandla med mediciner.” Ledaren fortsätter: ”I likhet med andra kliniska problem, fordrar problemet med försummelse av och våld mot barn utveckling av en omfattande forskningsagenda för information och förbättring av prevention, diagnos, interventioner och åtgärder inom hälsovårdssektorn. Utan ett sådant åtagande är det verkliga problemet inte misslyckandet hos en handfull personer i enstaka fall, utan risken för ett systematiskt misslyckande hos alla relevanta yrkesgrupper inför kommande generationer av utsatta barn” (61).

En stor utmaning för bland andra nordiska barnläkare skulle vara väldesignade epidemiologiska forskningsprojekt om barn som far illa. Goda förutsättningar för sådan forskning finns i samtliga nordiska länder.

MKD Annlis Söderholm

Södra Hesperiatgatan 10 A 25

00100 Helsingfors

annlis.soderholm@kaapeli.fi

Referenser

- World Health Organisation. World Report on Violence and Health. Geneva: WHO 2002.
- www.finlex.fi (Lag angående vårdnad om barn och umgängesrätt 361/1983, Barnskyddslagen 683/1983).
- Taskinen S. (red). Sexuellt utnyttjande och misshandel av barn. Rekommendationer om förfaringssätt för personal inom social- och hälsovården. Helsingfors: Stakes 2004.
- Säkkinen S. Barnskyddsstatistik. Helsingfors: Stakes 2005.
- Hindberg B. Sårbara barn – att vara liten, misshandlad och försummad. Stockholm: Förlagshuset Gothia 2006 (www.gothia.nu).
- Sidebotham P, Heron J, The ALSPAC Study Team. Child maltreatment in the “Children of the nineties”: A cohort study of risk factors. *Child Abuse & Neglect* 2006;30:497–522.
- Zellman GL, Faller KC. Reporting of child maltreatment. I boken: J. Briere, L. Berliner, J.A. Bulkey, C. Jenny, T. Reid (red). The APSAC handbook on child maltreatment. Thousand Oaks, CA: Sage Publications 1996.
- MacMillan HL, Jamieson E, Walsh CA. Reported contact with child protection services among those reporting child physical and sexual abuse: results from a community survey. *Child Abuse & Neglect* 2003;27:1397–1408.
- Labbé J, Ambroise Tardieu. The man and his work on child maltreatment a century before Kempe. *Child Abuse & Neglect* 2005;29:311–324.
- Roche AJ, Fortin G, Labbé J, Brown J, Chadwick D. The work of Ambroise Tardieu: The first definitive description of child abuse. *Child Abuse & Neglect* 2005;29:325–334.
- Caffey J. Multiple fractures in the long bones of infants suffering from chronic subdural hematoma. *American Journal of Roentgenology* 1946;56:163–173.
- Astley R. Multiple metaphyseal fractures in small children (metaphyseal fragility of bone). *British Journal of Radiology* 1953;26:577–583.
- Silverman FN. The roentgen manifestations of unrecognized skeletal trauma in infants. *American Journal of Roentgenology* 1953;69:413–427.
- Woolley PV, Evans WA. Significance of skeletal lesions in infants resembling those of traumatic origin. *JAMA* 1955;158:539–543.
- Kempe HC, Silverman FN, Steele BF, Droegmueller W, Silver HK, Droegmueller, Silver HK. The Battered-child Syndrome. *JAMA* 1962;181:17–24.
- Kempe HC. Sexual abuse, another hidden pediatric problem: The 1977 C.Aldrich Lecture. *Pediatrics* 1978;62:382–389.
- Meadow R. Munchausen syndrome by proxy: The hinterland of child abuse. *Lancet* 1977;ii:343–345.
- Dubowitz H (red). Neglected children. Research, practice and policy. Thousand Oaks, CA: Sage publications 1999.
- Dong M, Anda RF, Felitti VJ, Dube SR, Williamson DF, Thompson TJ, Loo CM, Giles WH. The interrelatedness of multiple forms of childhood abuse, neglect and household dysfunction. *Child Abuse & Neglect* 2004;28:771–784.
- Claussen AH, Crittenden PM. Physical and psychological maltreatment: relations among types of maltreatment. *Child Abuse & Neglect* 1991;15:5–18.
- Royal College of Paediatrics and Child Health. Child Protection Companion. Hallam Street, London W1W 6DE, UK: Royal College of Paediatrics and Child Health 2006.
- Crittenden P. If I knew then what I know now: Integrity and fragmentation in the treatment of child abuse and neglect. I boken: K.D. Browne, H. Hanks, P. Stratton, C.E. Hamilton (red). The early prediction and prevention of child abuse: A handbook. Chichester, England: John Wiley & Sons Ltd 2002.
- Keen J, Alison LH. Drug misusing parents: key points for health professionals. *Arch Dis Child* 2001;85:296–299.
- Sidebotham P, The ALSPAC Study Team. Patterns of child abuse in early childhood, a cohort study of the children of the “Children of the nineties”. *Child Abuse Review* 2000;9:311–320.
- Hobbs CJ. Paediatric intervention in child protection. *Child Abuse Review* 1992;1:5–18.
- Reece RM. The evidence base for shaken baby syndrome: Response to editorial from 106 doctors. *BMJ* 2004;328:1516–17.
- Hanks H. Support for paediatricians working in the front line of child protection. Föredrag på Xth ISPCAN European Conference on Child Abuse and Neglect, Berlin 11.-14. 9.2005.
- Bronfenbrenner U. The ecology of human development. Cambridge MA: Harvard University Press 1979.
- Belsky J. Child maltreatment: An ecological integration. *American Psychologist* 1980;35:320–335.
- World Health Organisation. Preventing child maltreatment: a guide to taking action and generating evidence. Geneva: WHO 2006.
- Sidebotham P, Golding J, The ALSPAC Study Team. Child maltreatment in the “Children of the Nineties:” A longitudinal study of parental risk factors. *Child Abuse & Neglect* 2001;25:1177–200.
- Sidebotham P. An ecological approach to child abuse: a creative use of scientific models in research and practice. *Child Abuse Review* 2001;10:97–112.
- Belsky J, Stratton P. An ecological analysis of the etiology of child maltreatment. I boken: K.D. Browne, H. Hanks, P. Stratton, C.E. Hamilton (red). The early prediction and prevention of child abuse: A handbook. Chichester: John Wiley & Sons Ltd 2002
- Sameroff A, Seifer R, Barocas R, Zax M, Greenspan S. Intelligence quotient scores of 4-year-old children. Social environmental risk factors. *Pediatrics* 1987;79:343–350.
- Garbarino J. Lost boys. Why our sons turn violent and how we can save them. New York: The Free Press 1999.
- Sidebotham P, Heron J, The ALSPAC Study Team. Child maltreatment in the “Children of the Nineties:” the role of the child. *Child Abuse & Neglect* 2003;27:337–352.
- Stratthearn L, Gray PH, O’Callagan MJ, Wood DO. Childhood neglect and cognitive development in extremely low birth weight infants: A prospective study. *Pediatrics* 2001;108:142–151.
- Sibert JR, Payne EH, Kemp AM, Barber M, Rolfe K, Morgan RJH, Lyons RA, Butler I. The incidence of severe physical child abuse in Wales. *Child Abuse & Neglect* 2002;26:267–276.
- Berger IM. Income, family characteristics, and physical violence toward children. *Child Abuse & Neglect* 2005;29:107–133.

40. Heger A, Ticson L, Velasquez O, Bernier R. Children referred for possible sexual abuse: medical findings in 2384 children. *Child Abuse & Neglect* 2002;26:645–659.
41. Felzen Johnson C. Child sexual abuse. *Lancet* 2004;364:462–470.
42. Kendall-Tackett K, Lyon T, Taliaferro G, Little L. Why maltreatment researchers should include children's disability status in their maltreatment studies. *Child Abuse & Neglect* 2005;29:147–151.
43. Sullivan PM, Knutson JF. Maltreatment and disabilities: A population-based epidemiological study. *Child Abuse & Neglect* 2000;24:1257–73.
44. Dixon L, Browne K, Hamilton-Giachritsis C. Risk factors of parents abused as children: A mediational analysis of the intergenerational continuity of child maltreatment (Part I) *Journal of Child Psychology and Psychiatry* 2005; 46:47–57.
45. Kotch JB, Browne DC, Ringvald, CL, Stewart PW, Ruina E, Holt K, Lowman B, Jung JW. Risk of child abuse or neglect in a cohort of low-income children. *Child Abuse & Neglect* 1995;19:1115–30.
46. Kotch JB, Browne DC, Dufort V, Winsor J, Catellier D. Predicting child maltreatment in the first 4 years of life from characteristics assessed in the neonatal period. *Child Abuse & Neglect* 1999;23:305–319.
47. Chaffin M, Kelleher K, Hollenberg J. Onset of physical abuse and neglect: psychiatric, substance abuse, and social risk factors from prospective community data. *Child Abuse & Neglect* 1996;20:191–203.
48. Walsh C, MacMillan HL, Jamieson E. The relationship between parental substance abuse and child maltreatment: findings from the Ontario Health Supplement. *Child Abuse & Neglect* 2003;27:1409–25.
49. Haapasalo J, Aaltonen T. Mothers' abusive childhood predicts child abuse. *Child Abuse Review* 1999;8:231–250.
50. Dixon L, Hamilton-Giachritsis C, Browne K. Attributions and behaviours of parents abused as children: a mediational analysis of the intergenerational continuity of child maltreatment (Part II). *Journal of Child Psychology and Psychiatry* 2005;46:58–68.
51. Langeland W, Dijkstra S. Breaking the intergenerational transmission of child abuse: beyond the mother-child relationship. *Child Abuse Review* 1995;4:4–13.
52. Egeland B, Susman-Stillman A. Dissociation as a mediator of child abuse across generations. *Child Abuse & Neglect* 1996;20:1123–32.
53. Hamilton-Giachritsis CE, Browne KD. A retrospective study of risk to siblings in abusing families. *Journal of Family Psychology* 2005;4:619–624.
54. Sidebotham P, Heron J, Golding J, The ALSPAC Study Team. Child maltreatment in the "Children of the nineties:" deprivation, class and social networks in a UK sample. *Child Abuse & Neglect* 2002;26:1243–59.
55. Radhakrishna, A, Bou-Saada IE, Hunter WM, Catellier DJ, Kotch JB. Are father surrogates a risk factor for child maltreatment. *Child Maltreatment* 2001;6:281–289.
56. Coohy C. Physically abusive fathers and risk assessment. *Child Abuse & Neglect* 2006;30:467–480.
57. Dubowitz H. Where's Dad? A need to understand father's role in child maltreatment. *Child Abuse & Neglect* 2006;30:461–465.
58. Dubowitz H, Black M, Starr RH, Zuravin S. A conceptual definition of child neglect. *Criminal justice and behaviour* 1993;20:8–26.
59. De Jong AR. Do we neglect child neglect. *Del Med Jrl* 1997;69:397–404.
60. Hildyard KL, Wolfe D. Child neglect: developmental issues and outcomes. *Child Abuse & Neglect* 2002;26:679–695.
61. Editorial: The neglect of child neglect. *Lancet* 2003;361: 443.
62. Dubowitz H, Pitts SC, Litrovnik AJ, Cox CE, Runyan D, Black MM. Defining child neglect based on child protective service data. *Child Abuse & Neglect* 2005;29:493–511.
63. Dubowitz H, Papas MA, Black MM, Starr RH. Child neglect: Outcomes in high-risk urban preschoolers. *Pediatrics* 2002;109:1100–07.
64. American Academy of Pediatrics. Block RW, Krebs N, and the Committee on Child Abuse and Neglect, and the Committee on Nutrition. Failure to thrive as a manifestation of child neglect. *Pediatrics* 2005;116:1234–37.
65. Garbarino J. Child neglect. The family with a hole in the middle. I boken: H. Dubowitz (red). *Neglected children. Research, practice and policy.* Thousand Oaks, CA: Sage Publications 1999.
66. Editors choice. Social exclusion: old problem, new name *BMJ* 2001;323:174.
67. Alexander RC, Levitt CJ, Smith WL. Abusive head trauma. I boken: R.M. Reece, L. Stephen (red). *Child abuse medical diagnosis and management.* Philadelphia: Lippincott Williams and Wilkins 2001.
68. Zimmermann S, Makoroff K, Care M, Thomas A, Shapiro R. Utility of follow-up skeletal surveys in suspected child physical abuse evaluations. *Child Abuse & Neglect* 2005;29:1075–83.
69. Prossner I, Maguire S, Harrison SK, Mann M, Sibert JR, Kemp AM. How old is this fracture? Radiologic dating of fractures in children: A systematic review. *AJR* 2005;184:1282–86.
70. Maguire S, Mann MK, Silbert J, Kemp A. Can you age bruises accurately in children? A systematic review. *Arch Dis Child* 2005;90:187–189.
71. Maguire S, Mann MK, Silbert J, Kemp A. Are there patterns of bruising in childhood which are diagnostic or suggestive of abuse? A systematic review. *Arch Dis Child* 2005;90:182–186.
72. Schechter M, Roberge L. Sexual exploitation. I boken: R.E. Helfer, C.H. Kempe (red). *Child abuse and neglect: The family and the community.* Cambridge, MA: Ballinger 1976.
73. American Academy of Pediatrics. Committee on child abuse and neglect. Guidelines for the evaluation of sexual abuse of children: subject review. *Pediatrics* 1999;103:186–191.
74. Finkel MA. The evaluation. I boken: M.A. Finkel, A.P. Giardino (red). *Medical evaluation of child sexual abuse. A practical handbook.* Second edition. Thousand Oaks, CA: Sage publications 2002.
75. Adams J. Medical evaluation of suspected child sexual abuse. *J Pediatr Adolesc Gynecol* 2004;17:191–197.
76. Berenson AB, Chacko MR, Wiemann CM, Mishaw CO, Friedrichn WN, Grady JJ. A case-control study of anatomic changes resulting from sexual abuse. *Am J Obstet Gynecol* 2000;182:820–834.
77. Myhre AK. Normal variation in anogenital anatomy and microbiology in non-abused preschool children. Trondheim: Dpt of Laboratory Medicine, Children's and Women's Health, Faculty of Medicine, Norwegian University of Science and Technology. *Akademisk avhandling* 2004.
78. Scott Heller S, Larrieu JA, D'Imperio R, Boris NW. Research on resilience to child maltreatment: empirical considerations. *Child Abuse & Neglect* 1999;23:321–338.
79. Jonzon E, Lindblad F. Risk factors and protective factors in relation to subjective health among adult female victims of child sexual abuse. *Child Abuse & Neglect* 2006;30:127–143.
80. Perry BD, Pollard R. Homeostasis, stress, trauma, and adaptation. A neurodevelopmental view of childhood trauma, *Child Adolesc Psychiatr Clin of North America* 1998;7:33–51.
81. Glaser Danya. Child abuse and neglect and the brain – a review. *J. Child Psychol. Psychiat* 2000;41:97–116.
82. Teicher MH. Scars that won't heal: The neurobiology of child abuse. *Scientific American* 2002;286:68–76.
83. Kendall-Tackett K. The health effects of childhood abuse: four pathways by which abuse can influence health. *Child Abuse & Neglect* 2002;26:715–729.
84. Kendall-Tackett K. Psychological correlates of childhood abuse: chronic hyperarousal in PTSD, depression, and irritable bowel syndrome. *Child Abuse & Neglect* 2000;24:799–810.
85. Read J. Child abuse and severity of disturbance among adult psychiatric inpatients. *Child Abuse & Neglect* 1998;5:359–368.
86. Salokangas KR, Luutonen S, von Reventlow HG, Patterson P, Huttunen J, Nieminen M, Laine T, Karlsson H. Traumatic experiences in childhood associate with severe psychic symptoms in adulthood (sammandrag av artikel på finska) *Finlands Läkartidning* 2006;17:1835–42.
87. Dubowitz H. Preventing child neglect and abuse: A role for pediatricians. *Pediatrics in Review* 2002;23:191–196.
88. MacLeod J, Nelson G. Programs for the promotion of family wellness and the prevention of child maltreatment: a meta-analytic review. *Child Abuse & Neglect* 2000;24:1127–49.
89. American Academy of Pediatrics, Committee on Child Abuse and Neglect. The role of the pediatrician in recognizing and intervening on behalf of abused women. *Pediatrics* 1998;101:1091–92.

-
90. Naughton A, Heath A. Developing an early intervention programme to prevent child maltreatment. *Child Abuse Review* 2001;10:85–96.
 91. Olds D, Henderson C, Eckenrode J. Preventing child avbuse and neglect with prenatal and infancy home visiting by nurses. I boken: K.D. Browne, H. Hanks, P. Stratton, C. Hamilton (red). *The early prediction and prevention of child abuse: A handbook*. Chichester: John Wiley & Sons Ltd 2002.
 92. Egeland B, Bosquet M, Levy Chung A. Continuities and discontinuities in the intergenerational transmission of child maltreatment: implications for breaking the cycle of abuse. I boken: KD Browne, H Hanks, P Stratton, CE Hamilton (red). *The early prediction and prevention of child abuse: A handbook*. Chichester: John Wiley & Sons Ltd 2002.
 93. Black MM, Dubowitz H. Child neglect. Research recommendations and future directions. I boken: H. Dubowitz (red). *Neglected children. Research, practice and policy*. Thousand Oaks, CA: Sage Publications 1999.
 94. HM Government. Working together to safeguard children. A guide to interagency working to safeguard and promote the welfare of children. UK: Crown Copyright 2006 <http://www.everychildmatters.gov.uk/resources-and-practice/G0060/>.
 95. Farrell Erickson M, Egeland B. Child neglect. I boken J. Briere, L. Berliner, J.A. Bulkey, C. Jenny, T. Reid (red). *The APSAC handbook on child maltreatment*, Thousand Oakes, CA: Sage Publications 1996.
 96. Killen K. Barndomen varar i generationer. Om förebyggande arbete med utsatta familjer. Wahlström & Widstrand 2000.
 97. Stevenson O. *Neglected Children: issues and dilemmas*. Oxford: Blackwell Sciences Ltd 1998.
 98. Gushurst CA. Child abuse: behavioral aspects and other associated problems. *Pediatr Clin N Am* 2003;50:919–938.
 99. Bays J. Conditions mistaken for child physical abuse. I boken: RM Reece, L Stephen (red). *Child abuse medical diagnosis and management*. Philadelphia: Lippincott Williams and Wilkins 2001.
 100. Lynch M. Community Pediatrics: Role of physicians and organizations. *Pediatrics* 2003;112:732–734.
 101. Bannon MJ, Carter YH. Paediatricians and child protection: the need for effective education and training. *Arch Dis Child* 2003;88:560–562.