

# Áverkar vegna ofbeldis gagnvart ungum börnum, einkenni, viðbrögð og greining.

Höfundar: **YLVA TINDBERG**, með dr, överlákare, barnhálsovárdsenheten i Sörmland  
**GABRIEL OTTERMAN**, överlákare, barnskyddsteamet, Akademiska sjukhuset, Uppsala; báda vid institutionen för kvinnors och barns hälsa, Uppsala Universitet. [gabriel.otterman@kbh.uu.se](mailto:gabriel.otterman@kbh.uu.se)  
Tilvísun á að vera: Läkartidningen. 2014;111:CZYR

Að bera kennsl á ofbeldi gegn ungum börnum er eitt af því erfiðasta sem heilbrigðisstarfsfólk þarf að takast á við og getur verið álag bæði fyrir fjölskyldu barnsins og heilbrigðisstarfsfólkið. Birtingarmyndir ofbeldis geta verið margbreytilegar sem getur valdið því að greining dregst á langinn og jafnvel til þess að starfsfólki yfirsést að um ofbeldi sé að ræða. Þá er hættu á að barnið verði fyrir áframhaldandi ofbeldi sem leiðir til frekari skaða og jafnvel seinna meir til dauða. Svíþjóð var árið 1979 fyrsta landið í heiminum til að setja á lög gegn beitingu líkamlegra refsinga gegn börnum og er litið á það sem fyrirmyndarland þegar kemur að fyrirbyggjandi aðgerðum gegn ofbeldi og vanrækslu gagnvart börnum [1,2]

Hins vegar er Svíþjóð ekki í forystu þegar kemur að viðbrögðum heilbrigðiskerfisins í þessum málaflokki. Í löndum þar sem alvarlegt ofbeldi gagnvart börnum er algengara eru verkferlar og viðbrögð betur þróuð. Í Bandaríkjunum er t.d. sérhæfing innan barnalæknisfræðinnar í ofbeldi gagnvart börnum. [3]

Í spurningalistakönnun árið 2009 til allra fræðslustjóra á sænskum barnaspítölum kom fram að aðeins fjórði hver verðandi barnalæknir hafði fengið formlega fræðslu um börn sem hafa orðið fyrir ofbeldi og vanrækslu. Í sænskri afturvirkri rannsókn kom fram að af 47 ungabörnum þar sem grunur var um höfuðáverka af völdum ofbeldis og sneiðmyndataka hafði farið fram, sannaðist höfuðáverki í 87% tilvika og ofbeldi hjá helmingi. Þrátt fyrir þetta fannst aðeins skráning um tilkynningu til barnaverndar hjá þriðja hverju barni og könnun barnaverndar vegna gruns um ofbeldi gagnvart barni hjá aðeins sjötta hverju þeirra. [5] Þekkingarleysi eða framkvæmdarleysi hjá fagfólki um að greina og vinna úr ofbeldismálum gagnvart börnum þýðir að núverandi lögum sem ætlað er að vernda börn í Svíþjóð er ekki framfylgt [6].

Það er í dag mikil þekking til um ofbeldi gagnvart börnum bæði í kennslubókum og í fræðiritum. Þróun þekkingar síðustu tíu árin er ekki síst að þakka kerfisbundnum yfirlitsgreinum sem staðfesta mikið af fyrri þekkingu, afsanna nokkrar kenningar og hafa

einnig komið inn með nýja þekkingu á þessu sviði. Með bakgrunn af þessu er mikilvægt að allir læknar innan bráðabjónustu sem hitta börn séu með nýjustu vitneskju á þessu sviði. Tilgangurinn með þessari tilteknu yfirlitsgrein er að lýsa gagnreyndri þekkingu sem hægt er að styðjast við þegar grunur leikur á ofbeldi gagnvart börnum.

## Áverkar á húð

Marblettir er algengasta líkamlega einkenni ofbeldis. Þar eru hnakki og höfuð þau svæði sem eru viðkvæmust. Að geta gert greinamun á marblettum sem einhver hefur veitt barni frá þeim sem tilkomnir eru vegna slysa, er afgerandi fyrir meðferð málsins [7]. Til þess verður að taka tillit til hreyfigetu barnsins [8]. Marblettir vegna slysa sem hafa orðið til þegar barn skríður eða gengur eru oftast á hnjám, enni, höku eða aftan á hnakka (Staðreynd 1).

Heilbrigð börn sem enn geta ekki hreyft sig úr stað þ.e.a.s. fyrir fjögura mánaða aldur eiga alls ekki að vera með marbletti alveg sama hvar þeir eru staðsettir [7.8]. Við ofbeldi er algengara að sjá marbletti á öllum líkamanum og oft marga samtímis. Marblettir á bók, eyrum, kinnum og hálsi á barni undir 4 ára eiga alltaf að leiða til gruns um ofbeldi [8]. Þetta gildir einnig um marbletti á mjúkum líkamshlutum, eða för eftir fingur, lófa eða hluti en einnig ef um er að ræða marga einsleita marbletti [9]. Hjá börnum á leikskólaaldri geta marblettir líka verið afleiðing þess að þau eru að verja sig gegn höggum, oftast á framhandlegg, upphandlegg eða á utanverðum lærum [7.8]. Nýlega útgefnar upplýsingar sýna fram á að ef um er að ræða samtímis húðblæðingar og marbletti hefur það hátt forspárgildi fyrir því að um ofbeldi sé að ræða [10]. Hins vegar virðast ekki finnast neinar vísindalegar sannanir fyrir þeirri rótgrónu skoðun að aldur marblatta sé hægt að ákveða út frá lit þeirra [11].

Þrátt fyrir aukið öryggi í kringum börn sem hefur dregið úr brunaslysum í gengum tíðina eru brunasár algeng á neyðarmóttökum, sérstaklega á börnum undir 5 ára [12]. Brunasár af völdum slysa er háð getu barns til að hreyfa sig. Í hinum vestræna heimi eru brunasár fyrst og fremst af völdum gufu eða heitra vökva [7]. Brunasár af völdum slysa eru oftast vegna þess að barn hefur hellt heitum vökva yfir útlími, andlit eða framhlið líkamans. Þótt að þessi tilvik geti oft verið skilgreind sem óhapp er mikilvægt að vera meðvitaður um að þau geta hafa verið af völdum vanrækslu. Brunasár sem einhver hefur orsakað með heitri gufu eða heitum vökva er hægt að þekkja á hinu dæmigerða „dýfa í eitthvað“ mynstri og er þá sérstaklega horft til handa, fóta, rasskinna og bakhluta. Þetta getur litið út eins og sokkafar,

hanskafar eða þegar um er að ræða óskaddaða húð í nára eftir að barni hefur verið dýft í heitan vökva. Brunasár af völdum ofbeldis eru oftar dýpri og alvarlegri en af völdum slysa vegna þess að gerandinn hindrar eðlileg varnarviðbrögð barnsins, sem eru að draga sig frá því sem veldur skaða [13].

## Beinbrot

Beinbrot eru næst algengasti áverkinn af völdum ofbeldis gagnvart börnum. Allar tegundir beinbrota geta verið afleiðing af ofbeldi en viss beinbrot eins og brot á vaxtarlínunum og rifbeinsbrot eru sterk vísbending um ofbeldi gegn ungum börnum [7.14]. Fleiri en eitt beinbrot eru mikið algengari þegar um ofbeldi er að ræða en við slys [14]. Þegar meta á beinbrot verður aldur barns og hreyfigeta að fara saman við lýsingu á atviki og getur það verið afgerandi fyrir niðurstöðuna (Staðreynd 2) [14.15]. Sem afleiðingar ofbeldis eru lærleggs-, upphandleggs- og sköflungsbeinbrot algengustu tegundir beinbrota á löngum beinum. Meðal barna sem ekki eru farin að ganga eru flest lærleggsbrot afleiðing ofbeldis en hjá gangandi barni er það oftast vegna slysa [14]. Því yngri sem barnið er því meiri eru líkurnar á að lærleggs- og upphandleggsbrot séu að völdum ofbeldis. Líkurnar eru mestar ef barn er yngri en 15 mánaða [7.15]. Eðli brotsins getur gefið vísbendingu um hvort brotið sé af völdum ofbeldis. Snúnings- eða togáverkar eru algengustu tegundir brota sem eru afleiðing ofbeldis í garð barns undir 5 ára [7.14]. Rifbeinsbrot, sérstaklega aftanvert á brjóstakassa, gefa mjög sterka vísbendingu um ofbeldi gagnvart barni [7.14-16]. Þau eru mjög sjaldan vegna óhapps en geta komið upp sem afleiðing af sjúkdómum sem hafa áhrif á beinmyndun, áverkum eftir fæðingu og alvarlegri slysum [7]. Höfuðkúpubrot eru tiltölulega algeng hjá ungum börnum. Línulaga beinbrot aftanvert á höfði (hvirfilbeinum) eru sérstaklega algeng hjá börnum undir eins árs og venjulega er ástæðan fall úr lítilli hæð [14]. Samhverf flóknari beinbrot sem ekki er hægt að útskýra ætti að túlka sem afleiðingu ofbeldis [14]. Það er reiknað með að einn þriðji af höfuðkúpubrotum hjá ungum börnum sé af völdum ofbeldis en þegar ekki er um að ræða dæmigerð tilfelli er erfiðara að greina hverjar orsakirnar fyrir höfuðkúpubrotunum eru [7.15]. Mikil athygli hefur þess í stað beinst að því að skilja höfuðáverka innankúpu af völdum ofbeldis, hjá ungum börnum.

## „Abusive Head Trauma“

Meirihluti allra alvarlegri áverka á höfði hjá börnum undir eins árs aldri eru af völdum ofbeldis og kallast „Abusive Head Trauma“ (AHT) á ensku eða „tillfogad skallskada“ á sænsku. Á íslensku er talað um höfuðáverka af völdum ofbeldis. „AHT“ á við um alvarlega höfuðáverka af völdum ofbeldis þar með taldir áverkar hjá eldri börnum. AHT hefur tekið við af „shaken baby syndrome“ sem fól í sér fyrirframgefna lýsingu á mögulegri ástæðu höfuðáverkans [17.18]. Notkunin á heitinu AHT opnar því fyrir möguleika á því að taka með höfuðáverka hjá mjög ungum börnum alveg sama hvort ofbeldið hafi verið að hrista barnið, slá því utan í eitthvað, klemma það eða sambland af þessu. Bandaríska Centers for Disease Control and Prevention skilgreinir AHT sem áverka á höfuðbeinum og/eða áverka innan heila hjá ungum börnum (< 5 ára) af völdum einhvers sem notað hefur barefli og/eða hrist barnið kröftuglega [18]. Áverkar sem sjást innan heila eru fyrst og fremst innanbast blæðingar en einnig á öðrum stöðum innan höfuðkúpu (*innanskúms, utanbasts, í heilahólfum eða í heilavef*). Mest áhætta á þessari tegund áverka er til staðar hjá börnum yngri en 12 mánaða [16.19]. AHT getur einnig tengst öðrum einkennum sem eru einkennandi fyrir ofbeldi gegn ungum börnum eins og blæðingar í augnbotnum, brot á rifbeinum, höfuðbeinum eða löngun beinum, öndunarhléum, krömpum eða marblettum á höfði eða hnakkasvæði [16]. Óháð því hvernig ofbeldið átti sér stað er AHT ástand með mjög auknum líkum á skaða á miðtaugakerfi og dauða hjá ungum börnum [17].

Tíðni AHT er ekki þekkt í Svíþjóð en alþjóðlegar faraldsfræðilegar rannsóknir sýna að tíðnin er á bilinu 20-30 tilvik fyrir hver 100 þúsund börn undir 1 árs aldri, með hæstu tíðni við 2 til 3 mánaða aldur. Á þessum aldri er algengast að börn gráti og er það talinn vera sá þáttur sem leiðir til ofbeldis. Áverkar sem passa við AHT hafa fundist hjá börnum á forskólaaldri en eru sjaldgæfir eftir 2 ára aldur [19]. Börn með AHT geta sýnt mismunandi einkenni sem getur leitt til þess að valda töfum á greiningu og að börn séu rangt greind [20]. Sum börn sýna ósértæk einkenni eins og grát, vilja ekki borða, kasta upp án niðurgangs, óútskýrt blóðleysi eða stækkun á höfuðummáli. Önnur börn koma inn með alvarlegri einkenni á borð við krampa, skerta meðvitund, öndunarstopp eða dauðsfall. Veita skal því mikla athygli þegar foreldrar/forsjáraðilar gefa léttvægar skýringar eins og fall frá lágri hæð sem getur ekki skýrt alvarlega áverka [20]. Nýlegar rannsóknir sýna að ef barn undir þriggja ára er með áverka innan heila og hefur einnig þrjú af sex ákveðnum einkennum; (blæðingar í augnbotnum,

rifbeinsbrot eða brot á löngum beinum, öndunarhlé, krampa eða marbletti á höfuð-/hnakkasvæðinu) þá er það mjög einkennandi fyrir AHT [16].

## Áverkar á innri líffærum

Alvarlegir áverkar á innri líffærum geta orsakast af völdum alvarlegs ofbeldis gagnvart börnum. Innri meiðsl á líffærum eru mun sjaldgæfari en áverkar á húð, beinum eða höfði og er lýst sem „sjaldgæfu en banvænu formi ofbeldis gagnvart barni“ [21] með dánartíðni 40 til 50% vegna ákverka á innri líffærum og er það á eftir AHT næst algengasta orsök dauðsfalla sem afleiðing ofbeldis gagnvart börnum. Dauðsföll í tengslum við alvarlega líkamlega áverka eru hærri hjá börnum sem beitt eru ofbeldi en hjá börnum sem hafa orðið fyrir alvarlegu slysi [21.22]. Áverkamynstur á innri líffærum er breitt og geta öll innri líffæri líkamans orðið fyrir áverka þar með talin líffæri í brjóstholi [23]. Áverkar á líffærum eru að mestu leiti áverkar á lifur og á mjóginni sérstaklega á skeifugörn [23]. Áverkar á líkama af völdum ofbeldis eru algengari hjá leikskólabörnum en áverkar á líkama grunnskólabarna eru oftast vegna slysa [21.23]. Skekkjumörkin fyrir fjölda mála þar sem um er að ræða alvarlega áverka af völdum ofbeldis á innri líffærum eru líklega stór vegna þess að sneiðmyndataka og blóðrannsóknir eru aðeins gerðar á börnum með augljósa áverka eins og marbletti á bók eða þaninn kvið. Þessi einkenni koma oft ekki fram við áverka á innri líffærum, allavega í byrjun sem verður til þess að greiningin tefst eða mönnum yfirsést ofbeldið þrátt fyrir önnur einkenni ofbeldis [23].

### Greining

Það er mikilvægt að læknar séu vakandi fyrir einkennum sem benda til ofbeldis og hafi þekkingu á bæði AHT og annarri tegund ofbeldis gagnvart börnum og að þeir viti hvernig þeir þá framkvæmi hlutlausu og nákvæma rannsókn. [14,17] Það getur verið mikilvægt að hafa samskipti við barnalækni með sérfræðiþekkingu á rannsóknum á ofbeldi gagnvart börnum til að sjá til þess að rannsókn og skráning sé fullkláruð. Þessi þekking er að myndast á mörgum barnasjúkrahúsum í Svíþjóð (og á Barnaspítalanum á Íslandi). Alltaf þegar um grun á ofbeldi gagnvart barni er um að ræða skal skoða allan líkama barnsins þ.á.m. munnhol, eyru og ytri kynfæri og allar niðurstöður á að skrá niður. Líka á að skrá niður neikvæðar niðurstöður (það sem ekki finnst). Mæla á þyngd barnsins og höfuðummál. Nákvæm skráning á niðurstöðum rannsóknar skal færð í sjúkraskrá viðkomandi, ásamt stafrænum myndum af öllum

húðáverkum, þetta tryggir traustan grunn fyrir seinni tíma réttarlæknisfræðilegt mat. Í Töflu 1. má sjá samantekt af þeim rannsóknum sem ber að framkvæma þegar grunur leikur á ofbeldi gagnvart barni. Hvaða rannsóknir eru framkvæmdar stjórnast af klínísku mati [14]. Við einkenni sem samræmast AHT skal framkvæma sneiðmynd eða segulómun til að útiloka eða staðfesta blæðingar innan heila og áverka. Sneiðmynd eða segulómun á höfði á einnig að framkvæma á öllum börnum yngri en 2-3 ára þegar grunur um ofbeldi liggur fyrir [14,24]. Í öllum málum þar sem sennilega er um að ræða AHT ætti að bæta við segulómun á öllum hryggnum [25], þar sem nýjar rannsóknir hafa sýnt að blæðingar út frá mænunni er algengt að finna við AHT [26].

Rannsókn á augnbotnum á að fara fram innan 24 tíma og vera framkvæmd af augnlækni með reynslu af því að meta börn. Ástæða þess að taka á myndir af augnbotnum er sú að víðtækar blæðingar í mismunandi lögum augnbotnsins eru mjög einkennandi niðurstöður fyrir AHT [27]. Við ofbeldi koma oftast en ekki upp mörg beinbrot, stundum án klínískra einkenna og mismunandi gömul. Þegar grunur leikur á ofbeldi á að framkvæma beinaskann á öllum börnum yngri en 2 ára og íhuga fyrir börn 2- 5 ára [14]. Þegar um beinbrot er að ræða eða sterkur grunur leikur á beinbroti á að taka nýjar röntgenmyndir eftir 2 til 3 vikur [14,28]. Niðurstöðurnar ættu að vera metnar af röntgenlækni með reynslu af áverkum á beinagrind af völdum ofbeldis [29]. Tilvísun á að vera merkt á skýran hátt með spurningum sem varða mögulegar orsakir fyrir áverkunum, aldri meiðslana, mögulegar mismunagreiningar svo að mat á þessu verði ekki útundan vegna vöntunar á samskiptum í heilbrigðiskerfinu. Í öllum tilfellum eða þegar um grun um ofbeldi gagnvart barni er að ræða þar sem frávík eru á blóðrannsóknum eða líkamsskoðun leiðir af sér grun um áverka ætti að ráðfæra sig við skurðlækni og meta þörf fyrir sneiðmynd af líkamanum [23].

### **Mismunagreiningar**

Sá læknir sem sinnir greiningu á barni ber ábyrgð að því að hugsa um mismunagreiningar án þess að týna burt gruninum um ofbeldi gagnvart barninu á leiðinni. Heildarmyndin og niðurstöður rannsókna segja til um hvaða rannsóknir á að framkvæma [14, 30, 31]. Það er mikilvægt að vinna skipulega og gjarnan með stuðningi frá samstarfsfólki sem hefur sérfræðiþekkingu í ofbeldismálum sem varða börn. Þegar um er að ræða óútskýrða marbletti eða ótrúverðugar skýringar á marblettum, innankúpu blæðingum hjá ungabarni er mikilvægt að aðgreina mál barna sem gætu hafa verið fórnarlömb ofbeldis frá málum barna með

undirliggjandi sjúkdóma sem hafa áhrif á blæðingahneigð [30-32]. Dæmi um mögulegar mismunagreiningar er að sjá í Töflu 1. Íhuga ætti að fá ráðgjöf frá sérfræðing í blóðsjúkdómum. Ofbeldi gagnvart barni er algengasta ástæða fyrir fleiri en einu beinbroti [14]. Þó verður að íhuga möguleikann á sjúkdómum sem hafa áhrif á beinmyndun s.s. Osteogenesis imperfecta typ I og IV sem oft er erfitt að greina (Tafla 1). Þegar um er að ræða undirliggjandi sjúkdóm með aukinni hættu á blæðingum eða beinbrotum er samt mikilvægt í framhaldinu að hafa í huga ofbeldi gagnvart barni því það gæti samt sem áður hafa komið fyrir og mögulega gert undirliggjandi sjúkdóm barnsins erfiðari. Það er einnig þekkt að börn með langvinna sjúkdóma eða hreyfihamlandir eru í meiri hættu á að verða fyrir ofbeldi [33]. Tilkynning til barnaverndarnefndar til að vernda barn má aldrei dragast á langinn vegna læknisfræðilegrar rannsóknar.

### **Lögfræðilegar deilur**

Árið 1962 birti barnalæknirinn C. Henry Kempe greinina „The battered-child syndrome“ [34] sem breytti sýn heilbrigðiskerfisins á tíðni ofbeldis gagnvart ungum börnum. Kempe var ekki fyrstur til að lýsa áverkum sem í dag eru tengdir við AHT, en hann kynnti fyrstu faraldsfræðilegu rannsóknina sem innihélt mörg lykilsjónarmið sem enn í dag eru í fullu gildi hvað varðar rannsókn vegna gruns um ofbeldi gagnvart barni. Við búum núna yfir margra áratuga reynslu og aukinni þekkingu á ofbeldi gagnvart ungum börnum sem við getum unnið útfrá. Á seinni tímum hafa komið upp deilur af lögfræðilegum toga innan réttarkerfisins sem varða AHT. Það á hinsvegar ekki við um læknisfræðilega sviðið. Meira en fimmtán alþjóðlegar og innlendar (sænskar) heilbrigðisstofnanir þar á meðal WHO og Bandaríska Center for Disease Control and Prevention (Landlæknisembættið á Íslandi) standa á bak við greininguna „abusive head trauma“ [35]. Hið klíníska ástand sem er með í mismunagreiningunni við rannsókn á ungum börnum með alvarlega höfuðáverka geta oftast frekar auðveldlega verið greind af barnalækni með þekkingu og með stuðningi af myndgreiningu og blóðrannsóknnum. Þegar upp koma erfiðleikar varðandi greiningu er hægt að leysa það í samvinnu við aðra sérfræðinga innan barnalæknisfræðinnar. (*Röntgenlækna, taugalækna, heila og taugaskurðlækna, augnlækna og sérfræðinga í réttarlæknisfræði.*) Í lögfræðilegum tilgangi hafa innan bandaríska og breska réttarkerfisins komið fram ýmsar kenningar um tilurð mögulegra áverka, kenningar sem einnig hafa náð til Svíþjóðar. Ein slík kenning var kynnt í gegnum fræðigreini í tímaritinu *Pediatric Radiology* 2008 og fjallar um

endurtekin beinbrot hjá ungabörnum [36]. Höfundarnir héldu því fram að meðfæddur einkennalaus D –vítamín skortur hjá nýfæddum börnum ætti að útskýra þau endurteknu beinbrot sem teljast einkennandi fyrir ofbeldi gagnvart börnum. Upplýsingar um sjúklinga voru notaðar í þessari grein án þess að gefa upp hvaðan upplýsingarnar komu og er grunur um að þær hafi komið frá eigin vinnu læknanna sem voru ráðnir af verjendum í dómsmálum. Höfundar hafa ekki komið fram með frekari vísindalegar útgáfur varðandi þetta efni þrátt fyrir fyrirspurnir. Þvert á móti hafa aðrir rannsakendur birt niðurstöður sem ekki geta á neinn hátt staðfest samband milli D – vítamín skorts og beinbrota hjá ungabörnum sem hafa verið beitt ofbeldi. [14,37].

### **Tilkynningarskyldan**

Það er hlutverk heilbrigðiskerfisins að á faglega hátt greina, meðhöndla og skrá áverka barns – en ekki kenna öðrum um eða dæma aðra. Hinsvegar fellur allt starfsfólk innan heilbrigðiskerfisins undir tilkynningarskyldu skv 17. gr. barnaverndarlaga (hér á Íslandi) og á að tilkynna strax til barnaverndarnefndar þegar maður vegna stöðu sinnar eða starfa hefur ástæðu til að ætla að barn „búi við óviðunandi uppeldisaðstæður, verði fyrir ofbeldi eða annarri vanvirðandi háttsemi“ [38]. Við grun um afbrot skal samvinna milli heilbrigðisþjónustu, barnaverndarnefndar viðkomandi sveitarfélags og lögreglu yfirvalda fara samstundis af stað til að tryggja öryggi barnsins og varðveita sannanir vegna sakamálsins. Í núverandi leiðbeiningum Socialstyrelsen (Svíþjóð) frá september 2013 er bent á vöntun á því að heilbrigðisstarfsfólk fylgi barnaverndarlögum (í Svíþjóð socialtjänstlagen) þrátt fyrir að tilkynningarskyldan sé án undantekninga og krefjist ekki neinna beinna sannanna [38]. Fyrir börn sem beitt hafa verið ofbeldi, sem ekki fá athygli eða mál þeirra eru ekki unnin rétt, inniber þetta að öryggi þeirra er ekki tryggt og þau eiga í mikilli hættu á að verða fyrir endurteknu ofbeldi. Í nýlegri rannsókn á málum ungra barna þar sem ofbeldi hafði sannast, höfðu minniháttar áverkar s.s. marblettir verið undanfarar alvarlegs ofbeldis gagnvart börnunum. Í máli fjórða hvers ungabarn sem skoðað var, hafði verið um að ræða fyrri samskipti við heilbrigðiskerfið vegna líklegs ofbeldis, sem ekki var um að ræða hjá börnum sem höfðu ekki verið beitt ofbeldi [20]. Það er mikilvægt verkefni fyrir alla sem vinna með börn að þekkja einkenni ofbeldis og vinna í samræmi við það. Allar tegundir áverka hjá börnum sem ekki passa við þroska barns, þar sem útskýringin sem gefin er samrýmist ekki eðli áverkans eða þar sem upplýsingar um áður óútskýrða áverka eru ekki fyrir hendi, eiga að



hafa í för með sér grun um ofbeldi gagnvart barni. Fyrir yngstu börnin, sem ekki sjálf geta sagt frá hvað þau hafa upplifað er það sérstaklega mikilvægt að læknir taki ábyrgð á því að hafa þarfir barnsins í forgrunni í vinnu sinni. Að greina ofbeldi frá öðrum undirliggjandi sjúkdómum krefst þess að læknir hugsi breitt og íhugi allar mögulegar mismunagreiningar og einnig krefst það skipulagðra vinnubragða þar sem „öllum steinum er velt“. Skilyrði fyrir þessu er að læknar sem vinna á bráðamóttökum barna séu vel upplýstir um niðurstöður nýjustu rannsókna (Staðreynd 3) og þeim lögum sem gilda innan málaflokksins. Það krefst einnig þess að hver eining sem sinnir börnum sé með skýrt verklag sem allir eru meðvitaðir um og fylgi við vinnslu ofbeldismála gagnvart börnum sem og að byggja upp samstarf við þá sérfræðinga sem þörf er þá.

#### Summary

Inflicted injuries in infants and toddlers may easily be missed unless clinicians who care for children are alert to sometimes subtle clues in the history and physical exam. Any injury which is unexplained or incompatible with the developmental capabilities of the child or inconsistent with the given history should prompt a medical evaluation for suspected physical abuse. The most common cause of serious head injuries in infants younger than 12 months is child abuse. Shaking and blunt head trauma can result in injuries such as subdural hemorrhage, diffuse retinal hemorrhage, and brain and spine injury. Early detection of child physical abuse requires a systematic and careful diagnostic approach. The physician must be able to recognize suspicious injuries, as well as possess an understanding of the mimics that may be confused with inflicted injuries. Health care professionals are mandated by Swedish law [and Icelandic laws] to promptly report suspected abuse to Child Protection.

#### SAMANTEKT

**Áverkar sem ekki eru í samræmi** við þroska eða samrýmast ekki útskýringum ættu að leiða til gruns um ofbeldi gagnvart barni. Fyrri áverkar án viðeigandi útskýringa styrkja gruninn. »**Abusive head trauma**« eru alvarlegir höfuðáverkar af völdum annarra sem hjá ungum börnum er hægt að tengja við blæðingar í augnbotnum, rifbeinsbrot, höfuðkúpabrot, eða brot á löngum beinum, öndunarhlé, krampa og marbletta á höfði eða hálsi. **Rannsókn á** ofbeldi gagnvart barni krefst þess að hugsað sé um allar mismunagreiningar og kerfisbundna greiningu, með hjálp frá sérfræðingum á þessu sviði. **Tilkynningaskyldan** samkvæmt íslenskum barnaverndarlögum, IV. kafli 17. § gildir fyrir allt heilbrigðisstarfsfólk og á að tilkynna strax þegar starfsfólk fær upplýsingar eða grun um að barn búi við óviðunandi uppeldisaðstæður, verði fyrir ofbeldi eða annarri vanvirðandi háttsemi.

»Heilbrigð börn sem ekki eru farin að geta fært sig úr stað, þeas fyrir 4 mánaða aldur, eiga ekki að vera með marbletti óháð hvar þeir birtast...«

#### Staðreynd 1. Samband milli staðsetningar marbletta og ofbeldis gagnvart barni

##### Minni líkur á að um ofbeldi sé að ræða

Enni Sköflungar	Undir hökunni Ökklar	Olnbogar	Mjaðmir
-----------------	----------------------	----------	---------

##### Meiri líkur á að um ofbeldi sé að ræða

Andlit	Eyru	Framhandleggir	Hnakki
Upphandleggir	Búkur	Hendur	Kynfæri
Rasskinnar	Utanverð læri	Mynstur	Far eftir slag eða handarfar
Far eftir áhöld	Bitfar eftir fullorðinn	Hópar marbletta	Margir eins marblettir
Mikil uppsöfnun marbletta			

Staðreynd 2. **Einkenni um ofbeldi sem ástæðu beinbrota hjá ungum börnum.**

- Engin áverki í sjúkrasögu
- Lýsingin á ástæðu áverkans passar ekki við beinbrotið.
- Forsjáaraðilar koma með mismunandi útgáfur af því sem gerðist, þar sem upplýsingar taka breytingum yfir tíma
- Beinbrot hjá barni sem ekki getur gengið
- Beinbrot með einkennum sem benda eindregið til ofbeldis gagnvart barni
- Fjöldi beinbrota
- Mismunandi gömul beinbrot
- Aðrir samhliða eða fyrri áverkar sem leiða til gruns um ofbeldi gagnvart barni
- Töf á því að hafa samband við heilbrigðisyfirvöld eftir að beinbrotið átti sér stað

»Það er hlutverk heilbrigðiskerfisins að á faglegan hátt greina, meðhöndla og skrá áverka barns – en ekki kenna öðrum um eða dæma aðra«.

TAFLA I. **Rannsókn þegar grunur er um að ungabarn hafi verið beitt ofbeldi**

Rannsókn	Ábending þegar grunur er:
<b>Geislagreining</b>	
<i>Heilbeinagrindarkönnunhjátt börnum yngri en 2 ára</i>	Um ofbeldi, gömul eða mörg brot
<i>A/P myndar af allri beinagrind</i> <i>Hliðarmyndir höfði, hryggsúlu brjósthóli</i>	
<i>Sneiðmynd/segulómun af höfði</i>	Um blæðingu í eða áverka á höfði hjá börnum yngri en 2 ára
<i>Sneiðmynd/segulómun af brjósthóli/kvið</i>	Um áverka á innri líffærum, í samráði við skurðlækna
<i>Augnlæknakonsúlt</i>	Um innankúpuáverka án skýringa
<b>Blóðrannsóknir</b>	
<i>Blæðingarpróf/Storkupróf</i> <i>Von Willebrandt factor</i> <i>Organískar og aminosýrur í þvagi</i>	Um marbletti, augnbotnablæðingar eða heilablæðingar
<i>Se-ALAT, Amylasi, Lípasi, PTH, 25OH Vitamin D, Kalk, Fosfat, Alk Fos, Kopar, ceruloplasmin, Vitamin C</i>	Um innri áverka Óvenjuleg beinbrot í vaxtarlínunum
<i>Genapróf fyrir osteogenesis imperfecta</i>	Grunur um OI í samráði við sérfræðing í erfðasjúkdómum

Staðreynd 3. **Cardiff Child Protection systematic reviews – CORE INFO** (<http://www.core-info.cardiff.ac.uk/>)

- Byggir á samstarfi milli „National Society for the Prevention of Cruelty to Children“ og „Early Years research section of the Cochrane Institute of Primary Care and Public Health, Department of Child Health, School of Medicine, Cardiff University“.
- Inneheldur yfirlitsgreinar sem eru reglulega uppfærðar varðandi líkamlegt og andlegt ofbeldi ásamt vanrækslu gagnvart barni.
- Með aðkomu sérfræðinga innan barnalækninga, frá neyðarteymum vegna barna ásamt heilbrigðisyfirvöldum í Bretlandi.

## Heimildarskrá:

1. Janson S, Jernbro C, Långberg B. Kroppslig bestraffning och annan kränkning av barn i Sverige – en nationell kartläggning 2011. Stockholm: Stiftelsen Allmänna Barnhuset; 2011.
2. Gilbert R, Fluke J, O'Donnell M, et al. Child maltreatment: variation in trends and policies in six developed countries. *Lancet*. 2012;379:758-72.
3. Block RW, Palusci VJ. Child abuse pediatrics: a new pediatric subspecialty. *J Pediatr*. 2006;148:711-2.
4. Mårtensson T, Janson S. Få blivande barnläkare utbildas om barnmisshandel. Största utbildningsbristerna på landets stora barnkliniker, visar nationell enkät. *Läkartidningen*. 2010;107:1996-8.
5. Tingberg B, Falk AC, Flodmark O, et al. Evaluation of documentation in potential abusive head injury of infants in a Paediatric Emergency Department. *Acta Paediatr*. 2009;98:777-81.
6. Otterman G, Lainpelto K, Lindblad F. Factors influencing the prosecution of child physical abuse cases in a Swedish metropolitan area. *Acta Paediatr*. 2013;102(12):1199-203.
7. Maguire S. Which injuries may indicate child abuse? *Arch Dis Child Educ Pract Ed*. 2010;95:170-7.
8. Pierce MC, Kaczor K, Aldridge S, et al. Bruising characteristics discriminating physical child abuse from accidental trauma. *Pediatrics*. 2010;125:67-74.
9. Maguire S, Mann MK, Sibert J, et al. Are there patterns of bruising in childhood which are diagnostic or suggestive of abuse? A systematic review. *Arch Dis Child*. 2005;90:182-6.
10. Nayak K, Spencer N, Shenoy M, et al. How useful is the presence of petechiae in distinguishing non-accidental from accidental injury? *Child Abuse Negl*. 2006;30:549-55.
11. Maguire S, Mann MK, Sibert J, et al. Can you age bruises accurately in children? A systematic review. *Arch Dis Child*. 2005;90:187-9.
12. Spinks A, Wasiak J, Cleland H, et al. Ten-year epidemiological study of pediatric burns in Canada. *J Burn Care Res*. 2008;29:482-8.
13. Maguire S, Moynihan S, Mann M, et al. A systematic review of the features that indicate intentional scalds in children. *Burns*. 2008;34:1072-81.
14. Flaherty EG, Perez-Rossello JM, Levine MA, et al. Evaluating children with fractures for child physical abuse. *Pediatrics*. 2014;133:e477-89.
15. Kemp AM, Dunstan F, Harrison S, et al. Patterns of skeletal fractures in child abuse: systematic review. *BMJ*. 2008;337:a1518.
16. Maguire SA, Kemp AM, Lumb RC, et al. Estimating the probability of abusive head trauma: a pooled analysis. *Pediatrics*. 2011;128:e550-64.
17. Christian CW, Block R. Abusive head trauma in infants and children. *Pediatrics*. 2009;123:1409-11.
18. Parks SE, Annest JL, Hill HA, et al. Pediatric abusive head trauma: recommended definitions for public health surveillance and research. Atlanta: Centers for Disease Control and Prevention; 2012.
19. Keenan HT, Runyan DK, Marshall SW, et al. A population-based study of inflicted traumatic brain injury in young children. *JAMA*. 2003;290:621-6.
20. Sheets LK, Leach ME, Koszewski IJ, et al. Sentinel injuries in infants evaluated for child physical abuse. *Pediatrics*. 2013;131:701-7.
21. Barnes PM, Norton CM, Dunstan FD, et al. Abdominal injury due to child abuse. *Lancet*. 2005;366:234-5.
22. Wood J, Rubin DM, Nance ML, et al. Distinguishing inflicted versus accidental abdominal injuries in young children. *J Trauma*. 2005;59:1203-8.
23. Maguire SA, Upadhyaya M, Evans A, et al. A systematic review of abusive visceral injuries in childhood – their range and recognition. *Child Abuse Negl*. 2013;37:430-45.

24. Kemp AM. Abusive head trauma: recognition and the essential investigation. *Arch Dis Child Educ Pract Ed.* 2011;96:202-8.
25. Choudhary AK, Ishak R, Zacharia TT, et al. Imaging of spinal injury in abusive head trauma: a retrospective study. *Pediatr Radiol.* 2014;44(9):1130-40.
26. Choudhary AK, Bradford RK, Dias MS, et al. Spinal subdural hemorrhage in abusive head trauma: a retrospective study. *Radiology.* 2012;262:216-23.
27. Levin AV, Christian CW. The eye examination in the evaluation of child abuse. *Pediatrics.* 2010;126:376-80.
28. Zimmerman S, Makoroff K, Care M, et al. Utility of follow-up skeletal surveys in suspected child physical abuse evaluations. *Child Abuse Negl.* 2005;29:1075-83.
29. Offiah A, van Rijn RR, Perez-Rossello JM, et al. Skeletal imaging of child abuse (non-accidental injury). *Pediatr Radiol.* 2009;39:461-70.
30. Anderst JD, Carpenter SL, Abshire TC. Evaluation for bleeding disorders in suspected child abuse. *Pediatrics.* 2013;131:e1314-22.
31. Carpenter SL, Abshire TC, Anderst JD. Evaluating for suspected child abuse: conditions that predispose to bleeding. *Pediatrics.* 2013;131:e1357-73.
32. Feldman KW. The bruised premobile infant: should you evaluate further? *Pediatr Emerg Care.* 2009;25:37-9.
33. Svensson B, Bornehag CG, Janson S. Chronic conditions in children increase the risk for physical abuse – but vary with socio-economic circumstances. *Acta Paediatrica.* 2011;100:407-12.
34. Kempe CH, Silverman FN, Steele BF, et al. The battered-child syndrome. *JAMA.* 1962;181:17-24.
35. Parks SE, Kegler SR, Annett JL, et al. Characteristics of fatal abusive head trauma among children in the USA: 2003-2007: an application of the CDC operational case definition to national vital statistics data. *Inj Prev.* 2012;18:193-9.
36. Keller KA, Barnes PD. Rickets vs abuse: a national and international epidemic. *Pediatr Radiol.* 2008;38:1210-6.
37. Schilling S, Wood JN, Levine MA, et al. Vitamin D status in abused and nonabused children younger than 2 years old with fractures. *Pediatrics.* 2011;127:835-41.
38. Barn som far illa eller riskerar att fara illa. En vägledning för hälsooch sjukvården samt tandvården gällande anmälningsskyldighet och ansvar. Stockholm: Socialstyrelsen; 2013. Artikelnr 2013-11-1.