



Oppdager sykehusene barnemishandling?

En kartlegging av utredningspraksis

Myhre, M. C., Lindboe, A. og Dyb, G.

Nasjonalt kunnskapssenter
om vold og traumatisk stress a/s

OPPDAGER SYKEHUSENE BARNEMISHANDLING?

En kartlegging av utredningspraksis

Mia C. Myhre, Anne Lindboe og Grete Dyb

NKVTS og Oslo universitetsssykehus

2010

TAKK

Det rettes en stor takk til alle landets barneavdelinger som delte informasjon med oss og gjorde denne undersøkelsen mulig. En spesiell takk rettes til de legene som har vært kontaktpersoner. Tidligere Klinikksjef ved Barneklubben Ullevål Universitetssykehus Jens Grøgaard og Barnelege ved St. Olavs Hospital Arne Myhre har gitt verdifulle faglige innspill under utarbeidelse av rapporten.

Nasjonalt kunnskapssenter om vold og traumatisk stress (NKVTS) er et selskap under Unirand AS som er heleid av Universitetet i Oslo. NKVTS består av tidligere Psykososialt senter for flyktninger, Kompetansesenter for voldsofferarbeid, Nasjonalt ressursenter for seksuelt misbrukte barn og deler av Kontoret for katastrofepsykiatri.

Formålet med senteret er:

Å utvikle, vedlikeholde og spre kompetanse og kunnskap som kan bidra til:

- Å redusere helsemessige og sosiale konsekvenser av vold og traumatisk stress
- Å forebygge vold og traumatisk stress

Senterets oppgaver er forskning, utviklingsarbeid, undervisning, formidling og veiledning.

Bak opprettelsen av senteret står:

Barne- og likestillingsdepartementet, Helse- og omsorgsdepartementet, Justis- og politidepartementet, Forsvarsdepartementet og Arbeids- og inkluderingsdepartementet.

Oslo 2010

ISBN 978-82-8122-038-6 (PDF)

Henvendelse vedrørende publikasjonen rettes til Nasjonal kunnskapssenter om vold og traumatisk stress. Kontaktinformasjon på www.nkvts.no

Innhold

1 INNLEDNING	5
1.1 Oppdraget	5
1.3 Bakgrunn	5
1.4 Hva forstår vi med mishandling av barn?	6
<i>Fysiske overgrep</i>	6
<i>Omsorgssvikt</i>	6
1.5 I hvor stor grad forekommer fysisk barnemishandling?	7
1.6 Hvilke skader kan barn bli påført ved fysisk mishandling?	7
1.7 Hvilken rolle spiller sykehusene i Norge i forhold til avdekking og behandling av barn utsatt for fysisk mishandling?	8
<i>1.7.1 Å oppdage barnemishandling - Avdekking</i>	8
<i>1.7.2 Utredning</i>	9
<i>1.7.3 Dokumentasjon</i>	9
1.8 Forholdet mellom sykehus og andre instanser	9
<i>1.8.1 Barnevernet</i>	9
<i>1.8.2 Politi</i>	9
<i>1.8.3 Barnehus</i>	10
<i>1.8.4 Rettsmedisin</i>	10
1.9 Denne undersøkelsen og rapporten	11
2 METODE	12
2.1 Utvalg	12
2.2 Datainnsamling	12
3 RESULTATER	13
3.1 Henvisende innstans	13
3.2 Bakgrunnsinformasjon	13
3.3 Den medisinske utredningen	14
<i>3.3.1 Klinisk undersøkelse</i>	14
<i>3.3.2 Røntgen av hele skjelettet</i>	14
<i>3.3.4 Undersøkelse av øyenbunnen</i>	15
<i>3.3.5 Undersøkelse av koagulasjonssystemet</i>	15
3.4 Oppgitt hendelse	16
3.5 Skadetyper og skader som følge av mishandling	16
3.6 Grad av mistanke	18
3.7 Videre oppfølging	19
3.8 Prosedyrer brukt i avdelingene	19
4 KONKLUSJONER	20
4.3 Utredningspraksis og prosedyrer	20
4.5 Rutinene for henvisning til barneavdelingen og for oppfølging i etterkant av utredningen	21
5 ANBEFALINGER	22
5.1 Avdekking	22
5.2 Utredning	22
5.3 Oppfølging	22
5.4 Dokumentasjon	23
6 BARNEHUSENE	23
LITTERATUR	24

SAMMENDRAG

Formålet med studien var å kartlegge utredning for mulig fysisk barnemishandling ved norske barneavdelinger. Typen av saker, utredningspraksis og prosedyrer, resultat av utredningene samt henvisningsrutinene til og fra barneavdelingene ble undersøkt.

Det ble gjennomført en prospektiv observasjonsstudie der alle barneavdelingene i Norge anonymt rapporterte de tilfellene som ble utredet for mulig fysisk barnemishandling gjennom et år. Det ble registrert 70 saker. Sakene omhandlet barn i alderen 0 til 14 år. Halvparten av barna var under 12 måneder. Det forelå mistanke om mishandling før barnet ble henvist til sykehuset for 28 barn, mens for 42 barn oppsto mistanken som følge av den aktuelle skaden eller sykdommen barnet kom til behandling for. Av disse ble 23 meldt til barnevernet og 12 ble meldt til politiet. Den vanligste årsaken til at det ble startet utredning for fysisk barnemishandling, var mistanke om påført hodeskade (N = 17). Utredningen avdekket medisinske funn som styrket mistanken om mishandling for 6 av barna som ble utredet. Hos 5 av barna ble det avdekket sykdommer som ikke var knyttet til mishandling som årsak til funnene. Barneavdelingene utredet et bredt spekter av saker med mistanke om barnemishandling, og de var viktige arenaer for å avdekke alvorlige tilfeller av barnemishandling. Vi anslår omfanget av saker hvor barnelege utreder tilfeller der det er mistanke om fysisk barnemishandling, til i underkant av 100 saker i året.

Den medisinske utredningen var viktig for å sikre barnets og familiens rettigheter. I noen saker ble det oppdaget annen sykdom og mistanken om mishandling ble avkreftet. I andre saker ble det gjort funn som styrket mistanken om mishandling. I de fleste tilfellene ga imidlertid ikke medisinske undersøkelser klare konklusjoner og annen utredning vil være nødvendig for å avgjøre om barna er utsatt for mishandling og i behov av beskyttelse. Selve den medisinske utredningen syntes i stor utstrekning å følge anbefalte retningslinjer mens prosessen som ledet til mistanke om mishandling og utredning, virket mer tilfeldig. Det er spesielt bekymringsfullt at det kom få henvisninger fra førstelinjetjenesten. Undersøkelsen ga holdepunkt for at barneavdelingene generelt overholdt plikten til å melde til barnevernet der hvor mistanken var så sterk at utredning ble startet. Foruten melding til barnevernet virket det som om barneavdelingene i liten grad tok initiativ til videre oppfølging av barna. Det ble sjeldent henvist til barne- og ungdomspsykiatrien og ikke satt opp polikliniske kontroller.

Med bakgrunn i undersøkelsen har vi følgende anbefalinger:

- Barneavdelingene bør få ansvar for å etablere tverrfaglige team for utredning av barnemishandling ved alle sykehus. Teamene bør ha et hovedansvar for utredning av barn som er henvist for barnemishandling. I tillegg skal teamene bidra til å kvalitetssikre sykehusenes praksis for avdekking, utredning og oppfølging av barn utsatt for barnemishandling og omsorgssvikt.
- Ved alle avdelinger som utreder og behandler barn, bør en fagperson ha et spesielt ansvar for å ivareta denne problematikken.
- Det må finnes en samordnet prosedyre ved alle sykehus for utredning og oppfølging av barnemishandling. Prosedyren må gjøres gjeldende for alle avdelinger som undersøker og behandler barn ved sykehusene.
- Barneavdelingene bør ta et større ansvar for at det foretas en bredere kartlegging av barnas situasjon ved mistanke om mishandling. I tillegg til de prosedyrene som nå er innarbeidet ved avdelingene, bør utredningen omfatte:
 - Psykososiale forhold
 - Psykiske helsetilstand
 - Generelle medisinske behov
- For å sikre rask og tverrfaglig oppfølging hos utsatte barn i etterkant av sykehusoppholdet, må det etableres tettere samarbeid mellom barneavdelingene og førstelinjetjenesten (helsestasjoner, fastleger og legevakt) og mellom barneavdelingene og BUP.
- Det må etableres samarbeidsrutiner og arbeidsfordeling mellom barneavdelingene og barnehusene.
- Nasjonale retningslinjer for at journalopplysninger skal følge barnet ved flytting og ved bytte av helsestasjon, fastlege og sykehus må vurderes som et tiltak for å bedre oppfølging av barn utsatt for mishandling og omsorgssvikt.

1 INNLEDNING

1.1 Oppdraget

Som et ledd i Barne- og familiedepartementets (nå Barne-, likestillings-, og inkluderingsdepartementet) strategiplan mot seksuelle og fysiske overgrep mot barn (2005-2009) fikk Nasjonalt kunnskapssenter om vold og traumatisk stress (NKVTS) og Ullevål universitetssykehus i oppdrag å utarbeide rutiner for registrering og dokumentasjon i tilfeller der det foreligger eller er mistanke om fysisk mishandling hos barn som innlegges sykehus (tiltak 11). Rutinene skal danne grunnlag for utvikling av varslings- oppfølgingsprosedyrer som sikrer barnet hjelp og beskyttelse.

1.2 Formålet med kartleggingsstudien

Siden det ikke forelå noen systematisk oversikt over utredningspraksis ved sykehusene, var det behov for å foreta en kartleggingsstudie med følgende formål:

- Skaffe oversikt over hva slags problematikk som fører til utredning av mulig fysisk barnemishandling ved norske barneavdelinger.
- Gi et estimat for omfanget av saker med mistenkt fysisk barnemishandling ved barneavdelingene i Norge
- Få systematisk kunnskap om utredningspraksis og prosedyrer
- Gi en systematisk oversikt over resultatene av utredningene som gjøres, og hva de fører til for de henviste barna
- Skaffe en systematisk oversikt over rutinene for henvisning til barneavdelingene, og for oppfølging i etterkant av utredningene

1.3 Bakgrunn

Barnemishandling er et alvorlig samfunnsproblem med store omkostninger både for de involverte barna, familiene og for samfunnet ^{1,2}.

På 1960-tallet kom de første internasjonale rapportene som dokumenterte at barn ble mishandlet slik at de fikk varige skader eller døde ^{3,4}. Rapportene vakte stor oppmerksomhet og saken kom opp i Europarådet, som vedtok en anbefaling til medlemslandene om å iverksette alle nødvendige tiltak for å sikre trygghet for mishandlede barn. Fysisk mishandling av barn var imidlertid ikke noe nytt fenomen, og i etterkrigstiden var fysisk avstraffelse vanlig i både i hjem og offentlige institusjoner. Likevel var få tilfeller av barnemishandling registrert innenfor helse-, sosial eller skolesektoren i disse årene. I Norge

ble forbudet mot bruk av vold mot barn innarbeidet i barneloven i 1987 (Lov om barn og foreldre § 30). Stortinget har nylig vedtatt en innskjerping av denne loven som presiserer at all vold mot barn, også enhver bruk av fysisk avstraffelse i oppdragelsesøyemed, er forbudt. Forslaget har vært til høring og er under behandling. Internasjonalt ble Barnekonvensjonen vedtatt av FNs generalforsamling i 1989, og ratifisert av Norge i 1991. Etter artikkel 19 har myndighetene plikt til å treffe alle mulige tiltak for å beskytte barn mot fysiske eller psykiske overgrep. Ettersom utviklingen har gått i retning av et stadig mer restriktivt syn på maktbruk ovenfor barn, har Barnekomiteen i sine generelle kommentarer understreket at også lettere former for avstraffelse må unngås og inkluderer ulike former for psykiske overgrep.

1.4 Hva forstår vi med mishandling av barn?

Barnemishandling kan defineres slik: ”en voksen person utsetter et barn for fysisk eller psykisk vold, seksuelle overgrep, krenkelser eller forsømmer å dekke barnets grunnleggende behov”.⁵ Tradisjonelt sett har man skilt mellom fire former for barnemishandling: fysisk-, seksuell- og emosjonell mishandling, og omsorgssvikt.⁶ I den senere tid har også det å være vitne til vold i nære relasjoner blitt sett på som en form for barnemishandling.² Denne rapporten omhandler utredning for barnemishandling i form av fysiske overgrep og i noen grad omsorgssvikt:

Fysiske overgrep

Fysiske overgrep mot barn innebærer at en voksen person påfører et barn smerte, kroppslig skade eller sykdom. Mishandlingen kan ta form av slag, med eller uten bruk av gjenstand, spark, lugging, klyping, biting, kasting, brenning, skålding m.m. I de groveste tilfellene kan overgrepene ta form av forgiftning, drapsforsøk eller drap.⁵ Fysisk avstraffelse brukt for å disiplinere og oppdra barn defineres også som fysisk mishandling.⁷

Omsorgssvikt

I Norges offentlige utredning ”Barnemishandling og omsorgssvikt” defineres omsorgssvikt som det å forsømme og dekke et barns behov i en slik grad at det utsettes for fysisk eller psykisk skade eller fare.⁸

1.5 I hvor stor grad forekommer fysisk barnemishandling?

Ifølge Barnevernsstatistikken fra Statistisk sentralbyrå ble det i 2007 igangsatt nye tiltak hos 182 barn på grunn av fysisk mishandling.⁹ Dette står i kontrast til en norsk undersøkelse utført av Norsk institutt for forskning om oppvekst, velferd og aldring, NOVA, om vold og overgrep mot barn og unge hvor nær 25 prosent hadde opplevd minst ett tilfelle av fysisk overgrep fra en forelder i løpet av livet (for eksempel blitt dyttet, ristet, lugget, slått med flat hånd), og åtte prosent rapporterte grov vold (for eksempel slått med knyttneven, slått med en gjenstand, fått bank/juling) fra minst en forelder.¹⁰ Schou, Dyb og Graff-Iversen fant at cirka fire prosent av de 16 000 ungdommene som deltok i Folkehelseinstituttets ungdomsundersøkelse rapporterte vold (e. g., slag, spark) fra voksne i løpet av det siste året.¹¹ Øia fant at 3,2 prosent av ungdommene som deltok på Ung i Oslo-undersøkelsene rapporterte at de hadde blitt skadet som følge av vold fra foreldrene i løpet av livet.¹² En undersøkelse blant svenske barn og ungdommer viste at fire prosent av 10–12 åringer og syv prosent av 20-åringer hadde vært utsatt for voldshandlinger (inkludert fysisk straff) fra egne foreldre én eller flere ganger^{5, 13, 14}. Ulik forekomst i befolkningsundersøkelser skyldes ofte ulikheter i definisjoner, spørsmålsstillinger og utvalg, men disse undersøkelsene fra Skandinavia forteller at vold i hjemmet ikke er et sjeldent fenomen i samfunnet vårt.

Omfanget av fysiske overgrep mot de minste barna fra foreldre eller andre omsorgsgivere er ikke kartlagt i Norge og Norden. I studier som tar utgangspunkt i barn som er undersøkt for skader på legevakt eller sykehus finner en grunn til å mistenke mishandling hos 1- 8 prosent av barna.¹⁵ Andelen som skyldes mishandling varierer etter type skade og alder. Skader som følger av mishandling i hjemmet er hyppigst blant de minste barna; 1/3 av skadene hos barn under 18 måneder er påførte, mens 1/10 av skadene hos barn under fem år skyldes mishandling.¹⁶ For bruddskader har Coffey og medarbeidere i en studie fra USA funnet at 2/3 av bruddskader i beina hos barn under 18 mnd er påført.¹⁷

Hos små barn er påførte hodeskader mest alvorlig, og barnet kan skades for livet. I Skottland og USA er det funnet at pr.100 000 barn under ett år ble 24 til 29 påført slike skader.¹⁸ En norsk studie fra Ullevål universitetssykehus og NKVTS konkluderte med at 19 prosent av alvorlige hodeskader hos barn under tre år skyldes sannsynlig mishandling.¹⁹

1.6 Hvilke skader kan barn bli påført ved fysisk mishandling?

Med unntak av påførte hodeskader som ofte gir alvorlig hjerneskade med varig alvorlig funksjonssvikt,^{20, 21} vil de fleste fysiske skadene leges. Imidlertid kan mishandling få vedvarende konsekvenser for barnets nevrologiske, kognitive og emosjonelle utvikling og

psykiske helse.¹ Barn som har opplevd fysiske eller seksuelle overgrep har også økt risiko for selvmord, selvskading, høyt alkoholforbruk og narkotika misbruk.²²⁻²⁵ Andre negative konsekvenser av å bli utsatt for overgrep i barndommen er sosial tilbaketrekning, søvnevansker, lærevansker, aggresjonsproblemer og angst.²⁶ Det ser også ut til at slik mishandling påvirker fungering i voksen alder og kan føre til nedsatt omsorgsevne²⁷ og nedsatt mental og fysisk helse.²⁸

1.7 Hvilken rolle spiller sykehusene i Norge i forhold til avdekking og behandling av barn utsatt for fysisk mishandling?

Spørsmål om barnemishandling og overgrep er ofte kompliserte og det kreves spesiell kompetanse for å håndtere sakene. Innenfor barnemedisinen har det utviklet seg et eget fagområde med slik kompetanse (sosialpediatri), tilsvarende fagspesialiteten "Child abuse pediatrics" i USA. Barneleger innen sosialpediatri har en egen interessegruppe, og møtes jevnlig for faglig oppdatering og utveksling av erfaringer i nettverket "Medisinsk Forum" i regi av NKVTS. Det er innenfor rekkene av barneleger med spesiell interesse for sosialpediatri at spisskompetansen for de medisinske aspektene ved barnemishandling og omsorgssvikt finnes i Norge.

Barneavdelingenes rolle i arbeidet med fysisk mishandling

1.7.1 Å oppdage barnemishandling - Avdekking

Barn vil kunne presentere en lang rekke forskjellige symptomer og funn som følge av mishandlingen. Den egentlige årsaken blir sjelden fortalt når familiene søker helsehjelp og barna kan bli henvist til barneavdelingen med spørsmål om sykdom. Barneavdelingene må da kunne stille riktig diagnose og avdekke mishandlingen. Barn som blir utsatt for mishandling eller omsorgssvikt vil også kunne ha øket sykkelighet generelt og derfor komme i kontakt med barneavdelingen på grunn av plager som ikke direkte er følge av mishandling. Det er også vist økt forekomst av mishandling blant barn med kroniske sykdommer og funksjonshemninger.²⁹ Barneavdelingene kommer derfor ofte i kontakt med barn i risikozonen for mishandling, og vil med sin kompetanse være en viktig instans for å fange opp at noe er galt og avdekke mishandling eller omsorgssvikt. Dersom barnet har fått en fysisk skade på grunn av mishandlingen, vil det oftest være de kirurgiske avdelingene som foretar diagnostisering og behandling av skader. Vanligvis vil en barnelege bistå kirurgene i utredningen når det er mistanke om mishandling.

1.7.2 Utredning

Den medisinske utredningen ved mistanke om barnemishandling har som hovedmål å finne alle skader barnet har, inkludert tegn til eventuelle eldre skader. I utredningen er det viktig å vurdere hvorvidt medisinske tilstander/sykdommer kan forklare funnene. Beinskjørhet, økt blødningstendens og flere sjeldne sykdommer kan gi symptomer og tegn som ligner funn etter mishandling. En fullstendig utredning krever samarbeid mellom flere spesialfelt innen medisinen, men barnelegen har oftest en koordinerende rolle.

1.7.3 Dokumentasjon

Barneleger har ved siden av å skulle dokumentere skader og funn i den utredningen som gjøres en rolle i å bistå barnevern og politi med å dokumentere skader og kan bli bedt om å opptre som sakkyndig for rettsapparatet.

1.8 Forholdet mellom sykehus og andre instanser

1.8.1 Barnevernet

Barneavdelingene skal primært varsle barnevernet når det oppstår mistanke om at barn utsettes for vold. Barnevernet har som hovedoppgave å sikre at barn og unge som lever under forhold som kan skade deres helse og utvikling, får nødvendig hjelp og omsorg til rett tid, samt å bidra til at barn og unge får trygge oppvekstvilkår. Alt helsepersonell har en selvstendig plikt til å melde til barnevernet ved mistanke om mishandling eller alvorlig omsorgssvikt. (Lov om Helsepersonell § 33. Opplysninger til barneverntjenesten). Det er da barnevernets ansvar å sikre at barnet ikke utsettes for nye overgrep og at barnet tilbys nødvendige hjelpetiltak. Barnevernet har et selvstendig ansvar for å utrede om det er grunn til bekymring, og for at de skal få et godt utgangspunkt for sin utredning er det viktig at sykehusene dokumenterer funn og bekymringer godt.

1.8.2 Politi

Fysisk barnemishandling er en kriminell handling og politianmeldelse kan være nødvendig for å sikre barnets rettssikkerhet og trygghet. Taushetsplikten er ikke til hinder for politianmeldelse ved alvorlige tilfeller av mishandling der det er grunn til å tro at overgrep kan skje igjen (jf. Straffeloven § 139 og Lov om Helsepersonell § 31 Opplysning til nødretter). Politiet vil ha kompetanse til å etterforske saken med tanke på strafferettslig forfølgelse, og for at bevis ikke skal forspilles kan det være nødvendig å varsle politiet raskt.

En god politietterforskning vil være viktig for å sikre både barnets og foreldrenes rettsikkerhet.

Politiet kan også be om bistand fra barneavdelingene. Når mistanke om at et barn har vært utsatt for vold eller overgrep blir anmeldt til politiet, kan politiet henvise barnet til barneavdelingen for medisinsk undersøkelse. Hensikten med undersøkelsen er å utrede om overgrepet har medført skader eller etterlatt spor, og dokumentere dette. Politiet skal da konkretisere avdelingens mandat, og sende en skriftlig begjæring om å få utlevert dokumentasjon fra den medisinske undersøkelsen, samt erklæring fra barnets foresatte om at taushetsplikten oppheves.

1.8.3 Barnehus

Barnehusene er et tverretattlig mottak for barn, ungdom og psykisk utviklingshemmede voksne som har vært utsatt for vold, overgrep eller vært vitne til vold i familien. Barnehusene er opprettet for å sikre god ivaretagelse og økt rettsikkerhet for barn. De første barnehusene i Norge ble åpnet i 2007 i Bergen og Hamar. Barnehuset i Kristiansand ble åpnet i 2008, og deretter fulgte Trondheim, Tromsø og Oslo. Så langt har kun politianmeldte saker blitt behandlet ved barnehusene. En kan forvente at etableringen av barnehus vil endre barneavdelingenes rolle i forhold til utredning av overgrep og at det vil etableres seg en arbeidsfordeling mellom barneavdelingene og barnehuset. Konseptet med barnehus er nytt i Norge og kun tre barnehus var i drift i registreringsperioden (1. Mars 2008 til 28. februar 2009). Effekten av opprettelsen av barnehusene vil derfor ikke vil vise seg i denne undersøkelsen. Ifølge legene ved de barnehusene som var i drift hadde de ikke saker som omhandlet fysisk mishandling i studieperioden.

1.8.4 Rettsmedisin

Rettsmedisin er medisinsk kunnskap anvendt i rettslig sammenheng. Denne delen av medisinen har ikke pasienten i fokus, men har som oppgave å bistå den sivile og strafferettslige rettspleien. Hovedoppgaven er sakkyndig likundersøkelse.

Klinisk rettsmedisin er rettsmedisinske undersøkelser eller sakkyndiguttalelser som gjelder levende personer. I Norge har denne delen av rettsmedisinen ofte vært ivarettatt av helsepersonell for eksempel allmennpraktiserende leger, gynekologer og barneleger.

Sakkyndig virksomhet i forbindelse med seksuelle overgrep og annen voldsutøvelse hører inn under denne delen av rettsmedisinen. Rettsmedisinere med kompetanse om vold mot barn

kan også ha denne rollen. Rettsmedisinsk institutt i Oslo har god kompetanse på området og benyttes ofte som sakkyndige også når barnet er i live.

1.9 Denne undersøkelsen og rapporten

Det er et stort gap mellom den forekomsten av vold mot barn som blir funnet i befolkningsstuder og antall saker i barnevernet hvor fysisk mishandling er oppgitt som årsak til å igangsette tiltak og til antall saker hvor helsevesenet i dag mistenker mishandling. De fleste påførte skader vil være av en slik karakter at de aldri direkte leder til kontakt med helsevesenet og noen skader vil bli behandlet av allmennlege og legevakt. Sykehus er derfor kun én av flere arenaer hvor helsevesenet og samfunnet kan forbedre sitt arbeid med å avdekke barnemishandling og bidra til at utsatte barn får den hjelp og behandling de har behov for. De alvorlige skadene som blir oppdaget på sykehus kan oppfattes som toppen av et isfjell. Det å ikke oppdage disse kan imidlertid få et svært tragisk utfall, da det er stor fare for gjentakelse ved barnemishandling og volden ofte eskalerer.

Undersøkelsen som denne rapporten bygger på kartla hvilke typer av tilfeller som blir oppdaget og utredet ved barneavdelingene, hva utredningen besto i, resultatet av utredningene og henvisningsrutiner til og fra barneavdelingene. Med bakgrunn i kartleggingen foreslår vi tiltak til forbedring av arbeidet med å avdekke, utrede og dokumentere barnemishandling.

2 METODE

2.1 Utvalg

Alle landets barneavdelinger ble invitert og samtlige avdelinger deltok i studien. I Norge er det til sammen 21 barneavdelinger fordelt med en avdeling i hvert fylke, unntatt i Rogaland hvor det er to avdelinger (Haugesund og Stavanger), og i Oslo hvor Rikshospitalet og Ullevål universitetssykehus (nå Oslo universitetssykehus, avdeling Kirkeveien og Sognsvannsveien) begge hadde barneavdelinger. Sju av avdelingene er på universitetssykehus de resterende 14 er sentralsykehus. Barnemedisin omfatter i Norge som hovedregel barn opp til 16 år. Denne studien vil som følge omhandle utredning hos barn under 16 år og dette helsetilbudet for barn mellom 16 og 18 år er ikke kartlagt.

2.2 Datainnsamling

Forespørsel om deltakelse ble rettet til avdelingsoverlegen som returnerte skjema for bekreftelse på deltakelse og utnevnte en kontaktperson ved sin avdeling.

Registreringsperioden var fra 1. mars 2008 til 28. februar 2009.

Alle tilfeller hvor det er gjort medisinske utredninger på grunn av mulig fysisk barnemishandling, skulle registreres, uavhengig av konklusjonen. Tilfeller av omsorgssvikt ble registrert der det ble gjort medisinsk utredning for mulig fysisk skade eller sykdom som følge av omsorgssvikt. Kontaktpersonen ved hver avdeling fikk ansvaret for å identifisere aktuelle utredninger ved sitt sykehus hvor barneavdelingen var involvert samt sørge for at registreringskjema ble fylt ut og sende inn disse til prosjektleder.

Skjemaene ble sendt inn uten personopplysninger som kunne gjøre at barnet eller familien som gjennomgikk utredningen kunne gjenkjennes. Det ble ikke opprettet koblingsliste mot personopplysninger, og for å sikre dette var det ingen registrering av når barnet var innlagt, hvilke diagnoser som ble satt eller andre opplysninger som gjør det mulig å gjenfinne barna eller familien i registre. Undersøkelsen var godkjent av personvernombudet ved Ullevål universitetssykehus (nå Oslo universitetssykehus, Kirkeveien).

3 RESULTATER

Det ble rapportert inn totalt 70 saker fra 15 avdelinger i undersøkelsen. Flest saker ble rapportert fra Ullevål universitetssykehus etterfulgt av Haukeland universitetssykehus og St. Olavs Hospital. Som forventet ble det meldt flest saker fra de største avdelingene. Det var en tendens til at de avdelingene med et aktivt sosialpediatrisk miljø rapporterte flest saker.

3.1 Henvisende innstans

Sakene delte seg i to grupper; etablerte saker, der barnet ble henvist til barneavdelingen for utredning og dokumentasjon av mistenkt barnemishandling, og nye saker, der mistanken oppsto i forbindelse med undersøkelse for aktuell skade eller sykdom eller under oppholdet på en sykehusavdeling.

I registreringer var det 28 (40 %) etablerte saker, 17 av disse ble henvist fra barnevernstjenesten, resten kom fra helsestasjoner, allmennleger, BUP eller pårørende. Det ble registrert 42 nye saker (60 %). Barneavdelingen selv tok initiativet til utredningen i 14 av disse sakene mens barna ble henvist fra lege ved annen avdeling i 17 tilfeller, da vesentlig fra kirurgisk og nevrokirurgisk avdeling. I 10 tilfeller var det allmennlege som henviste. Et tilfelle ble henvist fra helsestasjonen. Det var kun leger som formelt sto for henvisning, dette samsvarer med vanlige henvisningsrutiner hvor det formelt kun er lege som kan henviser til 2. linjetjenesten og internt i sykehus. Hvorvidt annet helsepersonell som sykepleier eller helsesøster har varslet i første omgang og siden fått ansvarlig lege til å henviser videre mangler det informasjon om.

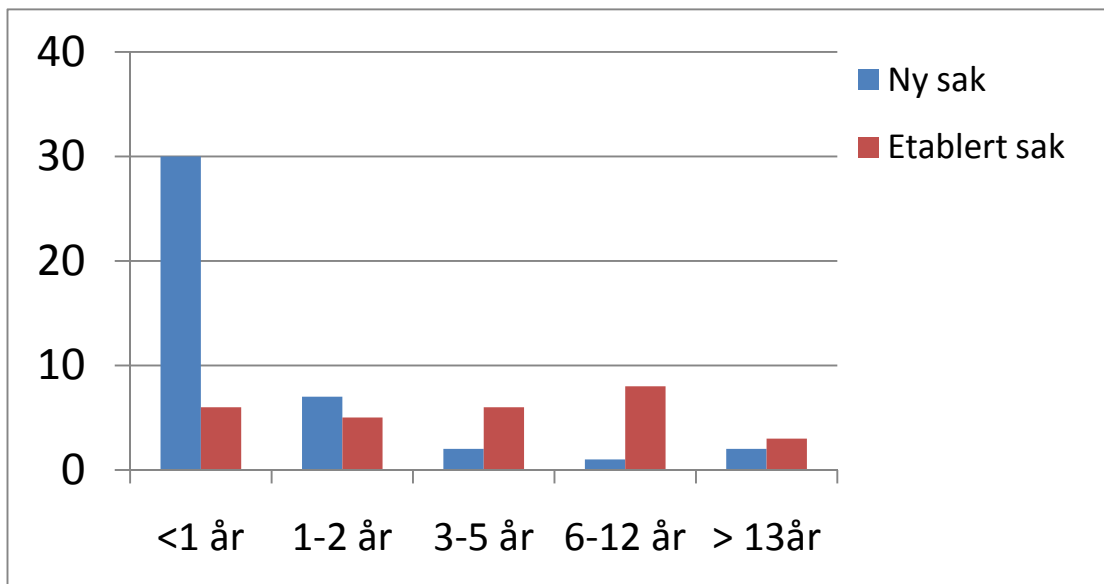
3.2 Bakgrunnsinformasjon

De registrerte sakene omhandlet barn fra en uke til 14 år, med median alder 11 måneder. Det var 45 (64,3 %) gutter og 25 (35,7 %) jenter som ble undersøkt. 25 % hadde tidligere hatt kontakt med 2. linjetjenesten. Det ble funnet én alvorlig sak med sikker barnemishandling, hvor barnet flere ganger tidligere hadde vært innlagt i sykehus med symptomer og funn som kunne ha ledet til utredning og avdekking av mishandlingen, før den aktuelle innleggelsen.

Mistanken i de etablerte sakene bygde på fortelling om fysisk avstraffelse eller annen vold fra barnet selv eller andre nære pårørende. Barna i de etablerte sakene var gjennomgående eldre (gjennomsnitt fem år) og i flere av tilfellene kom søsken sammen. Det er derfor mulig at mishandlingen kan ha foregått i lang tid før avdekking skjedde.

I de nye sakene var barna yngre og over 70 % var under ett år. Dette gjenspeiler at små barn lettere får alvorlige skader med så uttalte symptomer at de blir innlagt i sykehus etter mishandling. Det er også vanskeligere å bortforklare skader hos de minste barna.

Figur 1. Aldersfordelingen i nye (N=42) og etablerte saker (N=28)



3.3 Den medisinske utredningen

3.3.1 Klinisk undersøkelse

Det ble utført klinisk undersøkelse i alle sakene. Det vanligste funnet var blåmerker som ble funnet i 28 (40 %) av sakene. Mistrivsel (failure to thrive) ble beskrevet i fem saker, i to av disse ble det avdekket underliggende sykdom, de andre tilfellene var relatert til mishandling.

3.3.2 Røntgen av hele skjelettet

Røntgen total-skjelett var den tilleggsundersøkelsen som ble hyppigst brukt i utredningen. Denne undersøkelsen brukes for å avdekke brudd av både ny og eldre dato samt for å se etter tegn til beinsykdommer/beinskjørhet. Denne undersøkelsen er viktigst å utføre hos de minste barna. I fire av de 44 undersøkelsene som ble utført ble det funnet brudd som ikke var kjent før undersøkelsen. To av disse funnene ga sterk mistanke om vold mot barnet mens det i et tilfelle ble avdekket funn forenelig med en alvorlig beinskjørhetssykdom.

3.3.3 Computer Tomografi (CT) og Magnetisk Resonans (MR) undersøkelse av hodet

CT og MR av hodet er viktig for å oppdage og kartlegge hodeskader. Disse undersøkelsestypene er dels overlappende og dels supplerende i hva de kan avdekke. CT er raskt og benyttes oftest først ved mistanke om skade. CT avdekker skallebenbrudd, blødninger innenfor hodeskallen og større hjerneskader og kan si noe om hvor gammel en blødning er. MR er mer tid- og ressurskrevende, og benyttes for å få et bedre bilde av omfanget av en skade. MR er bedre til å se forandringer i hjernevev og gir i tillegg supplerende opplysninger om tidsaspektet. MR benyttes noen ganger som første undersøkelse der hvor annen nevrologisk sykdom er en mulig forklaring og for å unngå strålebelastning. Vi fant her at MR og CT ble benyttet omtrent like ofte og at begge undersøkelsene ble benyttet i halvparten av sakene. I alle tilfellene hvor begge undersøkelsene ble benyttet hadde CT avdekket en hodeskade og MR ble gjort for nærmere kartlegging av skaden.

3.3.4 Undersøkelse av øyenbunnen

Øyenbunnsundersøkelse blir utført av øyelege for å se etter blødninger i netthinnen. Slike blødninger er assosiert med risting av barn hvor hodet slenges frem og tilbake. Denne undersøkelsen ble utført der hvor det var mistanke om at barnet kunne ha blitt ristet eller på annen måte fått en hodeskade. Det ble funnet øyenbunnforandringer hos fem barn. Alle var av den typen som styrket mistanken om risting av barnet.

3.3.5 Undersøkelse av koagulasjonssystemet

Undersøkelse av koagulasjonssystemet (blodlevringssystemet) for å se etter økt blødningstendens ble utført i halvparten av sakene. Økt blødningstendens er viktig å utelukke der bekymringen er uvanlig mange eller store blåmerker og ved hjerneblødninger. Det ble funnet øket blødningstendens i to saker.

Tabell 1. Resultater av de medisinske undersøkelser som ble utført

Undersøkelse	Utført	Funn av skade eller sykdom	Funn av eldre skade(r)	Funn av sykdom
Klinisk undersøkelse	70 (100 %)	40 (57,1 %)	—	1
Rtg total skjelett	44 (62,9 %)	18 (40,9 %)	2	1
CT Caput	21 (30,0 %)	13 (61,9 %)	4	1
MR Caput	20 (28,6 %)	12 (60,0 %)	2	0/1
Øyebunnsundersøkelse	31 (44,3 %)	5 (15,6 %)		0
Koagulasjonsutredning	35 (50,0 %)	2 (8,3 %)		2
Annen utredning	30 (42,9 %)	2 (2,71 %)		
Samlet utredning			6	5

Medisinsk undersøkelse resulterte i at det i fem tilfeller ble funnet en sykdom eller tilstand som forklaring på funnene og mistanken om mishandling ble svekket. I seks av tilfellene fant man tilleggsskader og eldre skader som styrket mistanken om mishandling.

3.4 Oppgitt hendelse

I de etablerte sakene forelå oftest en fortelling fra barnet selv eller nære pårørende om vold. I de nye sakene oppsto mistanken som følge av uoverensstemmelse mellom fortellingen om hvordan skaden skjedde og skadeomfanget, eller det ble funnet forandringer som tydet på skade uten at det ble beskrevet noe traume (11 tilfeller). Fall var den vanligst beskrevne hendelsen, de fleste fra en høyde på én meter eller lavere (20 av 24 beskrevne).

3.5 Skadetyper og skader som følger av mishandling

I de sakene hvor det forut for undersøkelsen forelå mistanke om mishandling (etablerte saker) ble det ikke avdekket alvorlige skader som brudd og hodeskader. I 14 av disse 28 sakene ble blåmerker og sår som kunne relateres til mishandling avdekket og dokumentert.

For de nye sakene var skadebildet mer alvorlig og variert (Tabell 2). Det gjenspeiler at det er lettere å stille spørsmål om skademekanisme kan forklare skaden ved alvorlige skader, og at barnet kan ha fått så alvorlige symptomer at familien søker lege. Hodeskade var den vanligste skadetypen hvor det ble startet utredning (17) fulgt av bruddskader (13) og bløtdelsskader (6). For de med skade mot hodet ble 10 meldt til barnevern, fem av disse hadde blødning under den harde hjernebinnen (alle hadde øyebunnsblødninger og to hadde tegn til skade på

hjernevevet) og en hadde brudd på begge sider av hjerneskillen. I en sak ble mistanken om alvorlig påført hodeskade avkrefret (sinus venetrombose) dog var det ingen tvil om behovet for barnevernstiltak. Blant bruddskader var lårbensbrudd den vanligst årsaken til å starte utredning, kun i ett av sju tilfeller ble det antatt mishandling og saken meldt barnevernet.

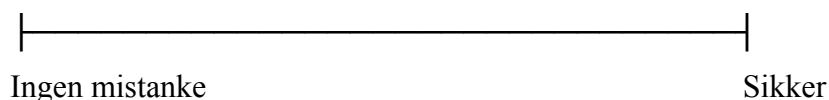
Tabell 2. Viktigste skadetyper i de nyoppdagede sakene

Skade type	Antall Tilfeller N = 42	Meldt til barnevern N = 23	Ikke meldt barnevern N = 19
Hodeskade	17	10	7
Blødning under den harde hjernehimnen	6	5	1
Blødning over den harde hjernehimnen	2	0	2
Skallebrudd	4	1	3
Annet	1	1	
Spørsmål om hodeskade uten funn	4	3	1
Nye brudd (eks SF)	13	5	8
Lårben	7	1	6
Andre	6	4	2
Blåmerker, sår, brannskade	6	4	2
Annet - drukning, kveling, forgiftning, skade på indre organer	4	3	1
Ingen skade	2	1	1

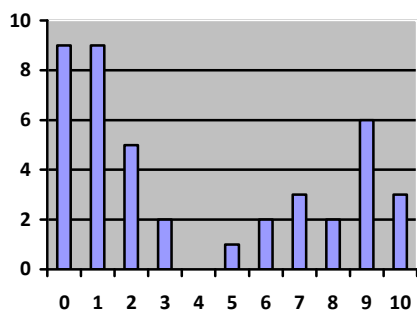
* Flere skadetyper kan forekomme sammen, men kun viktigste fremkommer i tabellen

3.6 Grad av mistanke

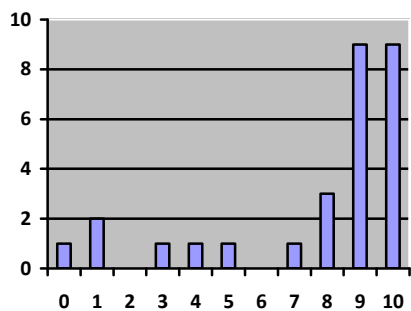
Legene som rapporterte om utredningene, ble bedt om å markere i hvilken grad utredningen avdekket funn som ble tolket som påførte skader. Det ble brukt en såkalt Visuell Analog Skala (VAS) for å markere grad av mistanke (0 = ingen mistanke om fysiske overgrep og sikre funn på fysiske overgrep = 10).



Figur 2. Oversikt over grad av mistanke om mishandling i nye saker



Figur 3. Oversikt over grad av mistanke om mishandling i etablerte saker



I nye saker var det stor spredning i graden av mistanke (gjennomsnitt 3,9) med U-formet fordeling; 23 utredninger førte til liten grad av mistanke om overgrep (skåret tre eller lavere), mens 11 utredninger ble tolket som høy grad av mistanke om at skaden var påført (skåret åtte eller høyere). I de resterende sakene var legene usikre. I etablerte saker var skåren i gjennomsnitt høy (gjennomsnitt 7,7) som uttrykk for at barnelegene var enige i barnevernets eller politiets vurderinger. I noen saker ble det ikke avdekket funn og legene hadde derfor lite grunnlag for å konkludere.

Graden av mistanke var 6,4 i gjennomsnitt i de sakene som ble meldt til barnevernet. Det var også noen tilfeller med lav skåre for grad av mistanke som ble meldt til barnevernet. I disse tilfellene avdekket ikke utredningen funn som var forenlig med fysisk mishandling av barnet, men annen informasjon førte til rapporteringen. Terskelen for å melde til politiet var 8,0. Se tabell 3.

Tabell 3 Graden av mistanke i forhold til tiltak i nye saker (N = 42)

Tiltak i nye saker	VAS gjennomsnitt (SD)
Ingen melding videre (19)	0,9 (SD 1,4)
Melding av ny sak til barnevern (23)	6,4 (SD 3,1)
Melding av ny sak til BV som genererte hastevedtak (5)	9,2 (SD 0,8)
Melding til politi (12)	8,0 (SD 2,2)

3.7 Videre oppfølging

Det ble sendt melding til barnevernet i 23 av de nye tilfellene (42). I fem av disse tilfellene ble det gjort hastevedtak om umiddelbar omsorgsoverdragelse, i de resterende tilfellene er det ikke registrert hvilke tiltak som ble igangsatt av barnevernet. Tolv saker ble samtidig politianmeldt.

I kun fire av disse sakene som ble meldt til barnevernet ble det satt opp poliklinisk kontroll ved barneavdelingen og i kun to ble helsestasjonen varslet spesielt. I sakene som ikke ble meldt barnevernet ble det sendt beskjed til helsestasjonen i fire saker mens fem ble satt opp til poliklinisk kontroll, i de resterende 12 sakene ble det ikke igangsatt noen videre oppfølging. I saker henvist fra barnevernet kunne vi ikke se at ytterligere tiltak ble igangsatt av barnelege. Syv av sakene var politianmeldt på forhånd.

3.8 Prosedyrer brukt i avdelingene

Veileder i akuttpediatri utgitt av legeföreningen er elektronisk tilgjengelig for alle og er i bruk ved alle landets barneavdelinger. Denne inneholder et kapittel om akutt sosialpediatri, hvor det er gitt anbefalinger om hva den medisinske utredning bør inneholde av undersøkelser, samt hvilke lover og regler som gjelder. I tillegg har Aslaksen og Køpp ved Barneavdelingen i Kristiansand utgitt en egen veileder "Barnemishandling, en veileder for helsepersonell" som også er gjort tilgjengelig for alle avdelinger og som 2/3 av avdelingene oppgir å bruke.

Foruten Kristiansand er det kun Ullevål og Fredrikstad som oppgir å ha egne prosedyrer. Veilederen fra Kristiansand er lagt opp tverrfaglig og til bruk også ved andre avdelinger. Vi har ikke undersøkt om den er i bruk ut over ved barneavdelingene og vi har heller ikke undersøkt om den er implementert i sin helhet eller kun brukt som oppslagsverk.

4 KONKLUSJONER

4.1 Hva slags problematikk førte til utredning for mulig fysisk barnemishandling ved norske barneavdelinger?

Barneavdelingene utredet et bredt spekter av saker med mistanke om barnemishandling. De dekket et stort alderspenn fra nyfødte til tenåringer, med overvekt av de yngste barna. Svært mange skader og symptomer kan opptre som følge av mishandling. I vårt materiale ble det rapportert om alt fra tilfeller uten synlige skader til livstruende skader og død. Mistanke om påført hodeskade var den vanligste årsaken til å starte utredning. Det kreves en bred kompetanse fra de som skal sørge for adekvat utredning og ivaretagelse av disse barna.

Undersøkelsen viste at barneavdelingene utredet to typer saker; saker med etablert mistanke der barnet blir henvist til barneavdelingen for dokumentasjon av skader og eventuelt ytterligere utredning og nye saker der mistanke oppsto i tilslutning til det aktuelle oppholdet.

4.2 Omfanget av saker med mistenkt fysisk barnemishandling ved barneavdelingene i Norge

Vi fikk rapportert 70 tilfeller som ble utredet grunnet mistanke om mishandling det året registreringen varte. I 42 av disse oppsto mistanken i relasjon til den aktuelle skaden eller sykdomsbildet. Det kan ha vært en underrapportering til oss, men vi mener med bakgrunn i denne undersøkelsen å kunne anslå omfanget av saker hvor barnelege utreder for mistenkt fysisk barnemishandlinger til i underkant av 100 saker i året. Eventuelle utredninger uten bistand av barnelege kommer ikke frem i denne undersøkelsen.

4.3 Utredningspraksis og prosedyrer

Det var liten forskjell i praksis mellom de ulike avdelingene som sendte inn skjema. Den medisinske utredningen syntes i stor utstrekning å følge anbefalte retningslinjer i Den norske legeföreningens akuttveileder som følger internasjonal standard og god praksis. Mens selve den medisinske utredningen virket systematisk og ensartet, virket prosessen som ga mistanke om mishandling mer tilfeldig. Den hyppigste årsaken til at utredning ble igangsatt var avvik

mellom beskrevet hendelse og faktisk skade. Vi fanget ikke opp noen systemer for å identifisere slike tilfeller.

4.4 Resultatet av utredningene som gjøres, og hva de fører til for de henviste barna

Undersøkelsen viste at den medisinske utredningen som gjøres er viktig for å sikre barnets og familiens rettigheter. Det ble avdekket flere tilfeller av annen sykdom som årsak til funnene som ga mistanken. I disse sakene kunne mistanken avkrefte og barnet få den medisinske behandlingen som sykdommen krevde. Utredningen styrket også mistanken om mishandling i flere tilfeller og bidro således til at tiltak for å sikre barnet kunne i verksettes og styrket bevisførselen i eventuelle rettssaker. I etablerte saker ble det dokumentert funn som sannsynlig var relatert til mishandling i halvparten av tilfellene. Dette var hovedsaklig førskole- og skolebarn og mishandlingen kan ha foregått i lang tid før avdekking. I de fleste tilfellene ga imidlertid ikke medisinske undersøkelser klar konklusjon og annen utredning vil være nødvendig for å avgjøre om barna var utsatt for mishandling og i behov av beskyttelse.

4.5 Rutinene for henvisning til barneavdelingen og for oppfølging i etterkant av utredningen

Det var bekymringsfullt at det var så få henvisninger fra helsestasjon, legevakt og allmennlege. Legevakt behandler mange barn med skader, og det er her de fleste med skader relatert til mishandling først vil henvende seg. Undersøkelsen sier ingen ting om i hvilket omfang legevakt og allmennlege selv utreder for mistanke om barnemishandling eller hvor ofte de henviser til barnevernet. Full medisinsk utredning for barnemishandling krever imidlertid undersøkelser som kun er tilgjengelige i sykehus, og vi er bekymret for at det lave antallet med saker henvist fra førstelinjetjenesten gjenspeiler at mishandlingssaker blir oversett der.

Undersøkelsen viste at barneavdelingene meldte til barnevern i flertallet av de nye sakene som ble utredet og mistanken om mishandling var lav der det ikke ble sendt melding. Vi fant dermed holdepunkt for at barneavdelingene generelt overholdt plikten til å melde barnevernet der utredning ble startet og sakene inkludert i denne undersøkelsen. I undersøkelsen så vi at barneavdelingene i liten grad tok initiativ til videre oppfølging av barna. Få barn ble henvist til barne- og ungdomspsykiatrien, og få barn ble fulgt videre ved barneavdelingen. Undersøkelsen kartla ikke fullstendig hvilke avtaler som ble gjort med 1. linjetjenesten og barnevernet om oppfølging, og mulig har god oppfølging blitt sikret her.

5 ANBEFALINGER

5.1 Avdekking

Vi mener det er viktig å etablere tverrfaglige team som har til oppgave å utrede de barna man minstenker at er utsatt for mishandling. Teamene skal aktivt bidra til arbeidet med å avdekke barnemishandling og omsorgssvikt. Teamet bør ledes fra barneavdelingen, men ved alle avdelinger som undersøker og behandler barn bør det være en fagperson som har et spesielt faglig ansvar for denne problemstillingen. Det må også finnes en felles prosedyre for alle avdelinger som undersøker og behandler barn ved hvert sykehus. Sykehusprosedyren bør inneholde følgende:

- Interne henvisningsrutiner og ansvarsfordeling
- Kunnskap om når det er grunnlag for mistanke
- Informasjon om skader, symptomer og funn som skal utredes
- Fastslå rutiner for teamvurderinger mht barnemishandling
- Rutiner for dokumentasjon

Det vil også være viktig å etablere et nærmere samarbeid mellom sosialpediatrien i sykehus og helsestasjon, legevakt og fastleger. Målet bør være et formalisert samarbeid med skriftlige retningslinjer i alle kommuner, samt kompetanseheving.

5.2 Utredning

Denne undersøkelsen ga ikke grunnlag for nye anbefalinger for selve den medisinske utredningen, men vi mener at barneavdelingene kan ta ansvar for en bredere kartlegging av barnas situasjon. Det bør etableres systematisk vurdering av psykososiale forhold, psykisk helsetilstand og eventuelle psykiske tegn på omsorgssvikt og mishandling. Utredningen bør starte mens barnet er innlagt eller rett etter utskrivelse, for å bidra til at riktige tiltak iverksettes og sørge for at barnet får hjelp raskest mulig. Generell medisinsk undersøkelse og oppfølging er også viktig da utsatte barn har overhyppighet av andre helseproblemer.

5.3 Oppfølging

Det bør etableres et samarbeid med helsestasjonene om oppfølging etter skader hos barn. Manglende tilsyn og problemer i familien øker faren for at barn skal skade seg. Hjemmebesøk og tett oppfølging av familien er målrettede, forebyggende tiltak for å fange opp barnemishandling, mangelfullt tilsyn og manglende sikkerhet i hjemmet.

Vi så at få barn ble henvist til BUP. Med tanke på de kjente alvorlig psykiske skadevirkningene mishandling og omsorgsvikt har hos barn, mener vi at det må etableres et system slik at alle utsatte barn raskt undersøkes og følges opp i psykisk helsevern for barn og unge.

Der hvor bekymringsmelding blir sendt til barnevernet av fagperson eller institusjon, bør barnevernet være pliktig til å melde tilbake om hvilke tiltak som blir igangsatt. Den endringen som er gjort i barnevernloven § 6-7a om at barneverntjenesten kan dele informasjon med melder, og skal gjøre dette der melder omhandles av barnevernloven § 6-4 er etter vårt skjønn ikke tilstrekkelig. Det bør gis tilbakemelding om hvilke tiltak som er igangsatt, ikke kun om barnevernet følger opp saken videre.

5.4 Dokumentasjon

Det bør sikres gode rutiner for å sende epikriser til helsestasjon og fastlege fra 2. linjetjenesten. Nasjonale retningslinjer bør sørge for at journalopplysninger følger barnet ved flytting og bytte av helsestasjon, fastlege og sykehus. Vi er klar over at dette i dag strider mot taushetsplikten i lov om helsepersonell, men dette er et så viktig tiltak for barn, at det bør vurderes å gjøre en lovendring. Små barn er i dag prisgitt foreldrenes evne og vilje til å formidle helseinformasjon.

6 BARNEHUSENE

Barnehusene som var i oppbyggingsfasen mens undersøkelsen pågikk, er nå etablert i hele landet. Barnehusene er tiltenkt en viktig rolle i utredning og oppfølging av barn utsatt for overgrep, også fysisk mishandling. Barnehusene vil slik det er tenkt ta over utredning og bistå med dokumentasjonen i mange av de sakene som i denne rapporten klassifiseres som etablerte. Det vil da være nødvendig med et samarbeid med sykehuset for å få utført røntgenundersøkelser og blodprøver. Det er viktig at den kompetansen som i dag finnes i sykehusene blir tatt vare på ikke minst for å sikre at andre, sjeldne sykdommer blir oppdaget. Det er også viktig at barnehuset sørger for at barna blir grundig undersøkt slik at andre sykdommer og helseplager blir fulgt opp. Denne undersøkelsen viser at sykehus med barneavdelingene i spissen, er en viktig arena for å oppdage nye tilfeller av barnemishandling. Dette vil være uendret selv om barnehusene er opprettet. Etableringen av barnehus gir imidlertid mulighet for at barneavdelingene kan henvise dit for videre tverrfaglig utredning og oppfølging. Et tett samarbeid vil kunne sikre den psykososiale og barnepsykiatriske vurderingen, som denne rapporten konkluderer med at ofte mangler i dag,

eller kanskje kommer sent. Dette svekker imidlertid etter vår mening ikke behovet for tverrfaglige team tilknyttet barneavdelingene, men det er viktig å etablere samarbeidsrutiner slik at ressursene blir best mulig utnyttet og utsatte barn får fullstendig utredning og god oppfølging.

VEDLEGG 1: Registreringsskjema

LITTERATUR

1. Butchart A, Harvey AP, Mian M, et al. *Preventing child maltreatment: a guide to taking action and generating evidence*. Geneva: World Health Organization and International Society for Prevention of Child Abuse and Neglect; 2006.
2. Gilbert R, Widom CS, Browne K, et al. Burden and consequences of child maltreatment in high-income countries. *Lancet*. 2009;373:68-81.
3. Kempe CH, Silverman FN, Steele BF, et al. Landmark article July 7, 1962: The battered-child syndrome. By C. Henry Kempe, Frederic N. Silverman, Brandt F. Steele, William Droegemueller, and Henry K. Silver. *Jama*. 1984;251:3288-3294.
4. Caffey J. On the theory and practice of shaking infants: its potential residual effects of permanent brain damage and mental retardation. *Am J Dis Child*. 1972;124:161-169.
5. *Barnmisshandel: att förebygga och åtgärda: slutbetänkande från Kommittén mot barnmisshandel*: Stockholm: Socialdepartementet; 2001. SOU 2001: 72.
6. Cicchetti D, Toth SL. Child maltreatment. *Annu Rev Clin Psychol*. 2005;1:409-438.
7. WHO. *World report on violence and health*. Geneva: 2002.
8. Steen, J. *Barnemishandling og omsorgssvikt*: Oslo: Barne- og likestillingsdepartementet. NOU 1982:26.
9. SSB. *Igangsatt barnevernstiltak i 2005 etter alder og grunn*. Oslo: 2006 Lest fra: <http://www.ssb.no/emner/03/03/10/barneverng/tab-2006-08-29-08.html>.
10. Mossige S, Stefansen K. (Red.). *Vold og overgrep mot barn og unge. En selvrapporderingsstudie blant avgangselever i videregående skole*. Oslo: Norsk institutt for forskning om oppvekst, velferd og aldring NOVA; 2007. NOVA rapport 20/07.
11. Schou L, Dyb G, Graff-Iversen S. *Voldsutsatt ungdom i Norge - resultater fra helseundersøkelser i seks fylker*. Oslo: Nasjonalt folkehelseinstitutt og Nasjonalt kunnskapssenter om vold og traumatisk stress; 2007. NOVA-rapport 8/07.
12. Øia T. *Ung i Oslo: Levekår og sosiale forskjeller*. Oslo: Norsk institutt for forskning om oppvekst, velferd og aldring (NOVA); 2007. NOVA-rapport 6/07.
13. Nilson, L. *Barnmisshandel - en kartlegging av polisanmeldte misshandel av små barn*. Stockholm: Brottsförebyggande Rådet; 2000. BRÅ-rapport 2000:15.
14. Janson, S. *Barn och misshandel – En rapport om kroppslig bestraffning och annan misshandel i Sverige vid slutet av 1900-talet*. Stockholm: Komittén mot barnmisshandel; 2001. SOU 2001:18.
15. Roaten B, Partrick DA, Nydam TL, et al. Nonaccidental trauma is a major cause of morbidity and mortality among patients at a regional level 1 pediatric trauma center. *Journal of pediatric surgery*. 2006;41:2013-2015.
16. DiScala C, Sege R, Li G, et al. Child abuse and unintentional injuries: a 10-year retrospective. *Archives of pediatrics & adolescent medicine*. 2000;154:16-22.

17. Coffey C, Haley K, Hayes J, et al. The risk of child abuse in infants and toddlers with lower extremity injuries. *Journal of pediatric surgery*. 2005;40:120-123.
18. Barlow K, Minns RA. Annual incidence of shaken impact syndrome in young children. *The lancet*. 2000;356:1571-1572.
19. Myhre MC, Grøgaard JB, Dyb GA, et al. Traumatic head injury in infants and toddlers. *Acta Pædiatrica*. 2007;96:1159-1163.
20. Keenan HT, Hooper SR, Wetherington CE, et al. Neurodevelopmental consequences of early traumatic brain injury in 3-year-old children. *Pediatrics*. 2007;119:23.
21. Barlow KM, Thomson E, Johnson D, et al. Late neurologic and cognitive sequelae of inflicted traumatic brain injury in infancy. *Pediatrics*. 2005;116:85.
22. Dube SR, Felitti VJ, Dong M, et al. The impact of adverse childhood experiences on health problems: evidence from four birth cohorts dating back to 1900. *Prev Med*. 2003;37:268-277.
23. Fergusson DM, Boden JM, Horwood LJ. Exposure to childhood sexual and physical abuse and adjustment in early adulthood. *Child Abuse Negl*. 2008;32:607-619.
24. Kilpatrick DG, Ruggiero KJ, Acierno R, et al. Violence and risk of PTSD, major depression, substance abuse/dependence, and comorbidity: results from the National Survey of Adolescents. *J Consult Clin Psychol*. 2003;71:692-700.
25. Moran PB, Vuchinich S, Hall NK. Associations between types of maltreatment and substance use during adolescence. *Child Abuse Negl*. 2004;28:565-574.
26. Lansford JE, Dodge KA, Pettit GS, et al. A 12-year prospective study of the long-term effects of early child physical maltreatment on psychological, behavioral, and academic problems in adolescence. *Arch Pediatr Adolesc Med*. 2002;156:824-830.
27. Haapasalo J, Pokela E. Child-rearing and child abuse antecedents of criminality. *Aggression and Violent Behavior*. 1999;4:107-127.
28. Cohen P, Brown J, Smaile E. Child abuse and neglect and the development of mental disorders in the general population. *Dev Psychopathol*. 2001;13:981-999.
29. Hibbard RA, Desch LW. Maltreatment of children with disabilities. *Pediatrics*. 2007;119:1018-1025.

Utfylt skjema returneres som epostvedlegg til:
m.c.myhre@nkvts.unirand.no

Eventuelle papirskjemaer returneres til:
Mia Myhre, NKVTS, Kirkeveien 166 - bygning 48, 0407 OSLO

Lagre en blank versjon som mal dersom skjemaet skal benyttes flere ganger.
Vær oppmerksom på at tekst som går ut over feltstørrelsen ikke kommer med på utskrift.
På siste side finnes et felt for utfyllende kommentarer dersom det er for liten plass i noen tekstfelder.

Avdeling: _____

Barnets kjønn: Gutt . Jente

Alder år _____ mnd _____

Etnisitet: mor _____ far _____

Barn i familien _____ nr i søskenflokken _____

Bor sammen med:

mor og far mor og stefar mor

andre: _____

Tidligere skader, ant. _____

beskriv:

Tidligere sykehusinnleggelseser, ant ganger _____ Vet ikke

Tidligere polikliniske kontakter - totalt, ant ganger _____ Vet ikke

Tidligere sykdommer: Beskriv:

Hvem henviste til eller tok initiativet til denne utredningen?

Barnelege Assistent lege Lege ved annen avdeling

hvilke avd.? _____

Helsestasjonen Allmennlege/legevakt Sykepleier Andre

Hvis andre, hvem? _____

Oppgitt hendelse

Beskriv:

Fall fallhøyde ____ m

Skolding

Forgiftning

Livløshetsfall, ALTE

Kramper

Vanskjøtsel

Annet

Ingen

Skade

Beskriv:

Ingen

Hematom Sår

Sår

Forbrenning

Brudd

Hodeskade

Annet

Utredning**Utført****Funn**

Ua Beskriv:

Klinisk undersøkelse

Rtg. Total skjelett

CT Caput

MR Caput

Øyebunns undersøkelse

Koagulasjonsutredning

Annet

Tiltak

Ingen

Spesiell oppfølging på helsestasjonen

Poliklinisk kontroll

Melding til barnevernet

Omsorgsovertakelse

Melding til politiet

Beskriv:

Mistanke om mishandling

(Kryss av på skalaen hvor stor grad av mistanke du har)

Utfyllende kommentarer, annet: