

Socialpædiatri

- fagområdebeskrivelse

Baggrund

Den franske læge Tardieu beskrev i 1830 de fysiske følger af børnemishandling, men først i 1962 definerede den amerikanske børnelæge Henry Kempe overgreb og omsorgssvigt som et pædiatrisk problem (1,2).

Socialpædiatri som selvstændig disciplin indenfor pædiatrien i Danmark blev beskrevet og etableret i 1960'erne og 70'erne efter et omfattende arbejde af Sven Heinild, der beskrev de sociale vilkårs betydning for sygdom og udviklingsproblemer blandt børn og unge (3).

Socialpædiatri er den del af pædiatrien, der beskæftiger sig med forebyggelse, diagnostik og behandling af sygdomme, hvis årsag og kliniske fremtrædelsesform samt prognose på afgørende vis er afhængig af sociale og psykiske forhold. Med denne definition dækker socialpædiatrien således både de folkesundhedsmæssige aspekter for børn og unge, men også sociale aspekters betydning for udvikling, sundhed og sygdom hos det enkelte barn (4-5).

Fra både internationale og danske studier ved vi, at forskellige former for overgreb og omsorgssvigt ofte optræder sammen. Det er også påvist at børn udsat for et eller flere typer overgreb og omsorgssvigt har øget hyppighed af fysisk og psykisk sygdom, både på kort og langt sigt og dermed øget forbrug af sundhedsvæsenets ydelser. Belastningen potenseres således, at mængden af overgreb og omsorgssvigt (poly-victimization/multi-traumatization) er mere afgørende end typen (6-14).

I pædiatrien ser vi ofte børn, der som følge af psykosociale belastninger bliver indlagt med somatiserende tilstande, fejlnæring, skoleforsømmelser, psykisk fejludvikling, social isolation og forværring af somatisk sygdom pga. manglende adhærens til behandling. Disse børn sygeliggøres således unødvendigt og udsættes for unødvendige undersøgelser og behandlinger.

Hyppigheden af børn udsat for overgreb og omsorgssvigt i Danmark er ikke kendt, da vi ved at der er en kraftig underreportering. De seneste tal fra Socialforskningsinstituttet i 2010 har understreget dette og det påvises også, at hospitaler forsømmer at underrette kommunen, når der er mistanke om overgreb og omsorgssvigt. Ud fra de delrapporter der foreligger og sammenholdt med viden fra andre lande må det antages at mindst 10 % af børn under 18 år (9-11) har været udsat for overgreb og/eller omsorgssvigt. De børneafdelinger der for nuværende har socialpædiatrisk ekspertise (Skejby, Odense, Herlev og Næstved) ser årligt hver mellem 200 og 400 børn udsat for overgreb og omsorgssvigt, samt følger heraf.

Dansk Pædiatrisk Selskab vedtog i 2005 at socialpædiatri skulle være fagområde, og har i 2009 godkendt en ekspertuddannelsesstilling på området. Nordisk Pædiatrisk Forening har udnævnt det som satsområde i 2011.

"Child Abuse Pediatrics" blev i 2006 af "American Board of Pediatrics" godkendt som subspecialie med en 3-årig ekspertuddannelse (27).

Finlands pædiatriske selskab godkendte socialpædiatrien som ekspertområde i 2009.

I Storbritannien har "Royal College of Pediatrics and Child Health" beskrevet, hvilke kompetencer en ekspert i "Child Protection" skal besidde, men man har endnu ikke en formaliseret ekspertuddannelse (28,29).

Afgrænsning

Socialpædiatriens hovedfokus er børn udsat for overgreb, omsorgssvigt og andre alvorlige psykosociale belastninger, samt følgerne heraf.

WHO's definition af overgreb og omsorgssvigt (**Child Maltreatment**) er:

All forms of physical and /or emotional ill-treatment, sexual abuse, neglect or negligent treatment or commercial or other exploitation, resulting in actual or potential harm to the child's health, survival, development or dignity in the context of relationship of responsibility, trust or power.

1. Overgreb og omsorgssvigt omfatter:

- Fysisk overgreb og omsorgssvigt
- Psykisk overgreb og omsorgssvigt
- Seksuelle overgreb
- Vold i familien
- Forældre med rusmiddel problematik
- Forældre med psykisk sygdom, mental retardering eller på anden måde utilstrækkelige personlige ressourcer til at varetage barnets behov.
- Münchhausen by Proxy (abnorm sygeliggørelse), dvs. symptomer som forværres eller forvrænges af forældre eller, hvor sygdommene direkte påføres af forældrene.
- Strukturelt omsorgssvigt (myndighedernes manglende reaktion på omsorgssvigt)

2. Følger af overgreb og omsorgssvigt

Vi ved i dag at funktionelle lidelser eller "medical unexplained symptoms" defineret som: "symptoms and complaints defying the clinical picture of known, verifiable, conventionally defined diseases and unbacked by clinical or paraclinical findings" kan være en følge af alle former for overgreb og omsorgssvigt samt andre psykosociale belastninger.

Næsten alle organsystemer kan reagere på belastning i form af overgreb og omsorgssvigt. Vi ved specielt fra traumeforskningen hvordan følelsesmæssige input i hjernen bearbejdes og påvirker kroppens funktioner. Flere undersøgelser har vist at jo flere traumer et barn har været udsat for jo større risiko for alvorlige følger både fysisk og psykisk med deraf følgende forbrug i sundheds og sociale sektor(12-16).

Følger af alle former for overgreb, omsorgssvigt og andre svære belastninger i barndommen kan præsentere sig i forskellige sygdomsbilleder eller tilstande som:

- Trivselsproblemer (også vægtmæssigt) hos spæd- og småbørn
- Småbørnsanoreksi
- Kronisk recidiverende smerter i hoved, mave, muskler og led.
- Fedme, fejlnæring
- Hyperventilation, smerter i brystet
- Anorexia Nervosa

- Funktionelle kramper, anfald, lammelser og svimmelhed
- Øget infektionshyppighed
- Urenlighedsproblematik
- Selvskadende adfærd
- Selvmordsforsøg
- Adfærds problemer
- Risikoadfærd (usikker sex, rygning, alkohol, stoffer)
- Adhærens problemer ved kroniske sygdomme og dermed forværring af disse
- Posttraumatiske reaktioner

3. Forebyggelse af overgreb og omsorgssvigt samt følgerne heraf

Den primære forebyggelse af overgreb og omsorgssvigt hører iflg. Lov om Social Service hjemme i kommunalt regi. Af ovenfor beskrevne grunde vil tidlig opsporing og behandling af/ handling på overgreb og omsorgssvigt kunne forebygge fortsat overgreb. Specielt er det vigtigt at børnelæger er bevidste om, at når de finder/afdækker een form for overgreb hos et barn er risikoen for, at barnet også har været udsat for andre former, eller kan bliver udsat for flere former, større. I nogle akutte situationer vil indlæggelse på børneafdeling kunne beskytte barnet mod yderligere overgreb som fx straf for at have fortalt om overgrebet (5).

4. Symptomer fra anogenitalregionen

Børn med symptomer fra ydre kønsorganer behandles ofte i socialpædiatrisk regi, da forældre og professionelle bliver bange for at der er tale om et seksuelt overgreb, uden at der i øvrigt er oplysninger, der kan støtte mistanke om seksuelt overgreb. Pædiatere med socialpædiatrisk ekspertise har uddannelse i at undersøge ano-genitalregionen hos børn med fotokolposkop. Undersøgelser har vist at det kræver særlig ekspertise at tolke disse undersøgelser (19-21).

Begrundelse for at oprette fagområde i socialpædiatri

Alle pædiatere og børneafdelinger skal have en grundviden og kompetence i at kunne håndtere børn udsat for overgreb og omsorgssvigt, men de mere komplicerede sager kræver speciel ekspertise. Der kan både være brug for at henvise et barn til eksperter i socialpædiatri samt søge rådgivning hos disse.

Som nævnt i indledningen har flere lande allerede oprettet ekspertstillinger i socialpædiatri med velbeskrevne kompetencer. Flere undersøgelser viser også at området, ikke kun pga. af den fornødne lægelige specialviden men også pga. den store berøringsangst, tabuisering og ofte komplicerede juridiske forløb, der er forbundet med disse sager, kræver en særlig ekspertise både sundhedsfagligt, psykologisk samt etisk og juridisk(22-29).

På børneafdelingen kræver håndteringen af børn med socialpædiatrisk problemstilling et inter-professionelt team med deltagelse af socialpædiater, børnesygeplejerske, psykolog, socialrådgiver, lærer og pædagog, hvor den enkelte fagperson ud fra sin professionelle baggrund er øvet i at tale med barn og forældre, observere børnenes adfærd og relation til forældrene og kan beskrive dette

uden at fagpersonens egen fortolkning indgår. Personalet skal turde og kunne tale med børn og forældre så bekymringen for barnet gøres klart og fastholdes uden at samarbejdet med forældrene sættes over styr. Det er et kendt problem, at utrænede personale ofte viger tilbage fra familier med socialpædiatriske problemstillinger, hvor forældrene desuden ofte udsætter personalet for trusler og forsøg på ”splitting”. Også blandt læger er der få som kan og tør håndtere disse problemer, der ofte vækker stærke aggressioner og manglende accept hos forældre.

Socialpædiatri er en multidisciplinær videnskab med aspekter indenfor det naturvidenskabelige, humanistiske og samfundsvidenskabelige felt. Der er desuden ofte et retsligt aspekt når børn har været udsat for overgreb. Udredning og behandling af denne patientgruppe er således interprofessionel og kræver desuden et velkoordineret intersektorielt samarbejde mellem sundhedsvæsen, socialvæsen, evt. skolevæsen og retsvæsen. Alle involverede fagpersoner skal koordinere deres indsats og kende deres ansvar. Det er vigtigt at de forskellige sektorer samarbejder og undgår yderligere traumatisering af barnet ved at det kastes mellem sektorerne således at barnets behov for en tryk og sund opvækst holdes i fokus og strukturel omsorgssvigt undgås (26).

Organisatorisk og strukturel placering i Sundhedsvæsenet

Den amerikanske børnelæge og forsker David Chadwick som i 1987 grundlagde et af de første Child Protection Centers i USA sagde: ”De sektorer der SKAL samarbejde i dette arbejde (mod overgreb) er i det mindste: Social- rets- sundheds- og undervisningssektoren. Ingen er mere vigtig end den anden, og ingen er vigtigere end problemet. Fælles lokalitet for disse aktiviteter øger markant muligheden for koordination og samarbejde”.

En stor del af de socialpædiatriske problemstillinger ses af de alment praktiserende læger, i skadestuer, i den kommunale sundhedstjeneste og i et vist omfang i pædiatrisk speciallægepraksis.

På hospitalsområdet er mange socialpædiatriske problemstillinger hovedfunktioner, der skal kunne håndteres på enhver pædiatrisk afdeling.

Nogle tilfælde af overgreb er imidlertid så sjældne og komplekse samt kræver specielt undersøgelsesudstyr og fagkompetence, at de bør samles i regionale centre. Det drejer sig om seksuelle overgreb eller mistanke herom, hvor deres ønskes gennemført ano-genital undersøgelse ved hjælp af et video-kolposkop. Undersøgelsesudstyret er dyrt at anskaffe og det kræver megen erfaring at kunne tolke undersøgelsesresultaterne. Alle alvorlige former for overgreb som kranietraumer, Münchausen by Proxy (Medical Child Abuse), multiple skader og alvorlig psykisk mishandling kræver også særlig ekspertise at udrede, behandle og vejlede.

En tværprofessionel arbejdsgruppe udsprunget af ”Forskningsnetværket om seksuelle overgreb mod børn” med deltagelse af alle sektorer har foreslået at der i hver region oprettes et Børnebeskyttelsescenter eller Børnehus med særlig ekspertise i børn udsat for seksuelt og fysisk overgreb samt alvorlig omsorgssvigt. Disse centre anbefales placeret i tilknytning til pædiatriske afdelinger på universitetshospitaler med socialpædiatrisk ekspertise, hvor børnene kan indlægges til undersøgelse, observation og beskyttelse uden at blive blandet med alvorligt somatisk syge børn. I notatet fra Forskningsnetværket beskrives rammerne for et koordineret tværprofessionel og

tværsektoriel samarbejde i et børnevenligt miljø på barnets præmisser. I et Børnebeskyttelsescenter samarbejder socialpædiateren således med retsmedicinere, efterforskning og socialvæsen, så barnet, der har været udsat for overgreb, kan blive i børnevenlige omgivelser og ikke skal transporteres rundt til de forskellige professionelle, der i stedet kommer til barnet (16).

Der er aktuelt 4 børneafdelinger i Danmark med ekspertuddannede socialpædiatere og udstyr samt ekspertise i at foretage ano-genital undersøgelse ved brug af video-kolposkop: Herlev (Region Hovedstaden), Næstved (Region Sjælland), Odense (Region Syddanmark) samt Skejby (Region Midtjylland). Righospitalet har Børneteamet ved Center for Seksuelle Overgreb (CSO, tidligere SMB), med psykosocial ekspertise i at behandle børn udsat for seksuelle overgreb og mulighed for retsmedicinsk undersøgelse og børnelægeundersøgelse, men ikke specialteam i socialpædiatri og mulighed for socialpædiatrisk indlæggelse.

Region Midtjylland er den eneste region i Danmark, hvor der er etableret Børnehus/Børnebeskyttelsescenter (Center for Børn udsat for Overgreb (CBO)) med deltagelse af alle nødvendige professionelle fra de forskellige sektorer, og som kan håndtere alle former for overgreb og omsorgssvigt. Centeret er et samarbejde mellem Region Midt, Børneafdelingen Skejby Hospital, Retsmedicinsk Institut i Århus og Østjyllands Politi. På Centeret kan børnene blive pædiatrisk og Retsmedicinsk undersøgt samt videoafhørt af Politiet. Teamet sørger for kontakt til kommunen. Psykologen giver støtte og kortere behandlingsforløb.

I henhold til justitsministeriets bestemmelse skal alle personundersøgelser i tilfælde af en retssag foretages af retsmedicinere. Da børnelægen er den eneste der er uddannet i børns udvikling, sygdom og sundhed og også i modsætning til retsmedicineren kan ordinere undersøgelser og behandling samt følge op på barnets helbredstilstand anbefales det at børnelæge og retsmedicinere foretager undersøgelsen sammen.

Internt i Sundhedssektoren er de vigtigste samarbejdspartnere: kirurgiske afdelinger, gynækologiske afdelinger, dermatologiske afdelinger, skadestuerne, røntgenafdelinger, laboratorier, kommunalt ansatte læger indenfor børn og ungeområdet, de praktiserende læger, retspatologer samt børn- og unge psykiatere.

Eksterne samarbejdspartnere er de kommunale socialforvaltninger, pædagoger, skolevæsen, PPR (Pædagogisk Psykologisk Rådgivning), diverse rådgivningscentre og i nogle tilfælde politiet. Socialforvaltningerne har iht. Lov om Social Service ansvar for længerevarende psykosociale behandlingsforløb for børn udsat for overgreb og omsorgssvigt.

Børneafdelingerne skal ikke påtage sig behandling af børn, der rettelig burde behandles i andet regi, f.eks. socialsektoren eller Børne- og Ungdomspsykiatrisk afdeling

Lægelige kompetencer

DPS har i 2009 godkendt et 3-årigt ekspertuddannelsesforløb, hvor de krav der stilles til uddannelsen svarer til dem der stilles i USA, Finland og Storbritannien. (27-29)

Forudsætningen for at kunne starte en ekspertuddannelse i Socialpædiatri er speciallægeuddannelse i Pædiatri. Ekspertuddannelsen svarer i sin opbygning til andre ekspertuddannelses forløb i DPS regi.

Socialpædiaterens primære arbejdsmæssige placering er på et universitetssygehus børneafdeling, hvor der er ekspertise i socialpædiatri. DPS's uddannelsesudvalg godkender stillingsopslag samt afsluttet forløb.

Socialpædiateren skal kunne:

- Varetage udredning, behandling og videre visitering af alle former for omsorgssvigt og overgreb mod børn, uden at påvirke eventuel senere efterforskning.
- Kunne dokumentere fund så det kan bruges i en evt. retssag samt ved underretning af sociale myndigheder
- Varetage udredning, behandling og videre visitering for udviklingsproblemer og sygdomstilstande, hvor sociale eller psykologiske forhold er hovedårsagen til den kliniske tilstand.
- Varetage identifikation, visitering og opfølgning af socialpædiatriske problemer i perinatologien.
- Varetage anogenital undersøgelse med video-kolposkop og stå for tolkning af resultaterne samt foretage sporsikring ved mistanke om overgreb.
- Rådgive, undervise og supervisere andre læger og hospitalsafdelinger, der møder børn udsat for overgreb og omsorgssvigt og modtage disse børn om nødvendigt.
- Indgå i relevant interprofessionelt og intersektorielt samarbejde, herunder forestå ledelse af netværksmøde og udfærdige erklæringer til disse sagsforløb
- Have grundigt kendskab til sundhedsloven samt social- og strafferetslig lovgivning
- Deltage i retslige sagsforløb som sagkyndigt vidne
- Give relevant vejledning for god seksuel og reproduktiv sundhed
- På ekspertniveau yde konsulentbistand til kommuner og andre offentlige instanser i sager om omsorgssvigt og overgreb.
- Undervise børnelæger og andre faggrupper samt studerende i socialpædiatri
- Have kontakt til socialpædiatriske centre i andre lande og garantere at faget i Danmark lever op til internationale standarder specielt i den vestlige verden.
- Forske og vidensopsamle m.h.p. udvikling af socialpædiatrien i Danmark

Under uddannelsesforløbet skal pædiateren deltage i internationale og nationale konferencer samt deltage i tværsektorielt samarbejde omkring vigtige problemstillinger vedrørende børn udsat for overgreb og omsorgssvigt.

Dette betragtes også som en forudsætning for at vedligeholde den socialpædiatriske ekspertise.

Internationale forhold

Som nævnt er socialpædiatri godkendt som subspecialer i USA og Finland, og Nordisk Pædiatrisk Forening har også overordnet vedtaget det.

De generelle krav som UEMS stiller til subspecialer er opfyldt i nærværende beskrivelse (30).

Storbritannien har beskrevet fornødne kompetencer for pædiatere der beskæftiger sig med området.

I Sverige og Norge arbejdes der på en godkendelse.

I 2009 dannede nordiske socialpædiatere et fagligt netværk: "Nordic Pediatric Network on Child Abuse". Der holdes fagligt seminar en gang årligt og samarbejdes omkring godkendelse af Socialpædiatri som subspecialer, samt fælles videreuddannelse i de nordiske lande.

Danske og nordiske socialpædiatere deltager i faglig udvikling og sparring i internationale faglige organisationer som Nordisk Forening for Børn udsat Omsorgssvigt (NFBO) og international Society for Prevention of Child Abuse and Neglect (ISPCAN).

Der er tætte netværksforbindelser især til specialister i USA, med hvem danske socialpædiatere har samarbejdet i en årrække.

Referencer

1. Tardieu A. Etude medico-légale sur les services et mauvais traitement exercés sur les enfants. *Annales d'hygiène Publique et Médecin Légale* 1860;13:361-98
2. Kempe CH, Silverman FN, et al. The battered- child Syndrome. *J Am Acad Child Psychiatr* 1963;2:10-211.
3. Heinild S. Den virkelighed barnet lever i. *Rhodos København* 1965.
4. Gilbert RE, Spatz Widom C, Browne K, Fergusson D, Webb E, Janson S. Burden and consequences of child maltreatment in high-income countries. *Lancet* 2009;373:68-81.
5. Macmillan HL, Wathen CN, et al. Interventions to prevent child maltreatment and associated impairment. *Lancet* 2009;17:250-66.
6. Dong M, Anda RF, Felitti V, et al. The interrelatedness of multiple forms of childhood abuse, neglect and household dysfunction. *Child Abuse Negl* 2004;28:771-84
7. Finkelhor D, Ormrod RK, Turner HA. Poly-victimization. *Child Abuse Negl* 2007;31:7-26.
8. Gustafsson PE, Nilsson D, Svedin CG. Polytraumatization and Psychological symptoms in Children and Adolescents. *Eur Child Adolesc Psychiatr* 2009;18:274-283.
9. Helweg-Larsen K, Larsen HB. Unges trivsel år 2008. *SIF 2009*
10. Mogens F Christiansen. Børnemishandling i hjemmet. *SFI 2010*
11. E.Christensen 7 års børneliv., *SFI 2004*
12. Seng JS, Sandra A et al. Posttraumatic Stress Disorder and Physical Comorbidity Among Female Children and Adolescents:Results from Service-Use Data. *Pediatrics* 2005;116:767-76
13. Graham-Bermann SA, Seng JS. Violence exposure and traumatic stress symptoms as additional predictors of health problems in high risk children. *J Pediatr* 2005;146:349-59
14. Glaser D. Child Abuse and Neglect and the Brain – A Review. *J Child Psychol Psychiatry*. 2000;41:97-116.
15. Rask CU. Functional somatic symptoms in 5-7-year-old children. Faculty of Health Sciences, Aarhus University 2009
16. Uldum B, Christensen HN, Welbury R, Poulsen S. Danish dentist' and dental hygienists knowledge of and experience with suspicion child abuse and neglect. *Int. J Paediatr Dent* 2010;20:361-4.
17. Notat om national model for Børnehuse I Danmark. Oktober 2009. Tværfaglig arbejdsgruppe under Forskningsnetværket om Seksuelle overgreb på børn.
18. Dansk Pædiatrisk Selskab 2001: den pædiatriske indsats for børn udsat for seksuelt overgreb eller mistænkt herfor.
19. Adams JA, Kaplan RA, Starling SP et al. Guidelines for medical care of children who may have been sexually abused. *J Pediatr Adolesc Gynecol* 2007;20(3):163-17
20. Heger A, et al. Children referred for possible sexual abuse. *Child Abuse Neglect* 2002;26(6): 645-59.
21. Kellogg ND. Evaluation of suspected child physical abuse. *Pediatrics* 2007;119:1232-
22. Hymel KP, Jenny C et al. Analysis of missed cases of abusive head trauma. *JAMA* 1999;282:621-26.
23. Lane WG, Dubowitz H. Primary care paediatricians experience, comfort and competence in the evaluation and management of child maltreatment: Do we need child abuse experts? *Child Abuse Negl* 2009;33:76-83
24. Flaherty EG, Gege R. Barriers to physician identification and reporting of child abuse. *Pediatr Ann* 2005;34:349
25. National Association Children's Hospital and Related Institutions. Defining the Children's Hospital Role in Child Maltreatment. Alexandria, VA: NACHRI 2006
26. APSAC Handbook of Child Maltreatment. *APSAC 2011*.
27. Block RW, Palusci VJ. Child abuse pediatrics: A new pediatric subspecialty. *J pediatrics* 2006;148:711
28. *Royal College of Paediatrics and Child health 2006: Model job description, named doctor for child protection.*
29. Child protection trainings for paediatricians. *Arch Dis Child* 2006; 91:639-41
30. www.uems.org

<http://www.sm.dk/netpublikationer/2003/p2socialarv0407/>

www.barnsomfarilla.org
www.barnehuset.com
www.cestudy.org
www.ispcan.org
www.nfbo.com

På vegne af

Socialpædiatrisk udvalg under Danske Pædiatrisk Selskab
30.august 2011

Hanne Nødgaard Christensen
Forkvinde