

Skadestuelægers kendskab til battered child syndrome er mangelfuldt

Jenny Korsgaard Villadsen, Ann Buhl Bersang, Rikke Thorninger, Bjarne Møller-Madsen & Ole Rahbek

En ny dansk interviewundersøgelse med 3.000 25-årige har vist, at risikoen for, at et barn vil blive udsat for vold i løbet af sin barndom, er 6%. Alene 0,1% af de børn, der bliver udsat for vold, vil blive diagnosticeret i forbindelse med en hospitalsbehandling [1].

Serviceovens § 153 beskriver, at personer i offentlig tjeneste har pligt til at underrette kommunen ved mistanke om vold mod et barn eller en ung under 18 år.

Battered child syndrome (BCS) blev første gang beskrevet af *Kempe* i 1962 [2]. BCS kan forekomme hos børn i aldersgruppen 0-18 år. Den hyppigste manifestation af BCS er bløddelslæsioner dernæst frakturer [3]. Tilstedeværelsen af forskellige risikofaktorer bør give klinikerne mistanke om BCS. De væsentligste faktorer er: barn under 18 måneder, usammenhængende anamnese, antallet af besøg over en kortere tidsperiode, afventende opsøgning af skadestuen, sugillationer af varierende alder samt ældre og multiple frakturer [3, 4].

For børn under 18 måneder gælder, at frakturer på femur, tibia/fibula, humerus og collum costae med stor sandsynlighed er forårsaget af vold. *Corner*-frakturer har især høj specificitet [5-7].

Den store forskel mellem de 6%, der udsættes for vold i barndommen, og de få, der diagnosticeres på hospitalerne, kan formentlig forklares ved, at mange ikke kontakter en skadestue/akutmodtagelse i forbindelse med volden. En anden forklaring kan være en underdiagnosticering af tilfældene som følge af manglende kendskab til sygdomsbilledet for BCS og håndteringen heraf.

Med baggrund i de formodentligt mange udiagnosticerede tilfælde valgte vi at undersøge vidensniveauet om BCS blandt lægerne på syv danske skadestuer/akutmodtagelser. Vores hypotese var, at manglende faglig viden om BCS fører til en underdiagnosticering.

MATERIALE OG METODER

I perioden fra april til juni 2012 blev 19 læger med tilknytning til ortopædkirurgisk regi eller almenmedicin fra syv tilfældigt udvalgte skadestuer/akutmodtagelser interviewet. Med baggrund i højt patientoptag og geografi blev følgende hospitalers skadestuer/akut-

modtagelser inddraget: Hvidovre Hospital, Aarhus Universitetshospital, Aalborg Universitetshospital, Odense Universitetshospital, Regionshospitalet Herning, Kolding Sygehus og Sydvestjysk Sygehus, Esbjerg. Fire ud af de fem regioner var repræsenteret.

Et spørgeskema med 52 spørgsmål dannede baggrund for interviewet. Spørgeskemaet blev udformet ud fra litteraturgennemgang af emnet i forbindelse med en forskningsopgave. Udformning og prioritering af spørgsmålene blev foretaget i samråd med tre speciallæger i ortopædkirurgi inden for traumatologi og børneortopædi.

Spørgsmålene differentierede mellem højrisikogrupper (børn under 18 måneder) og lavrisikogrupper (børn over 18 måneder). Fokus var at afdække kendskabet til de forhold, der bør give mistanke om BCS, når et barn modtages på en skadestue/akutmodtagelse.

Spørgeskemaet blev udfyldt via personlige interview. Intentionen var at sikre interview med både speciallæger og reservelæger fra alle sygehuse. Derudover blev de adspurgte læger tilfældigt udvalgt, efter hvem der var tilgængelige den pågældende dag, og var ikke varslet om interviewet og dets indhold.

RESULTATER

Alle adspurgte læger deltog i undersøgelsen. Fire overlæger i ortopædkirurgi, syv afdelingslæger i enten ortopædkirurgi eller almenmedicin og otte reser-

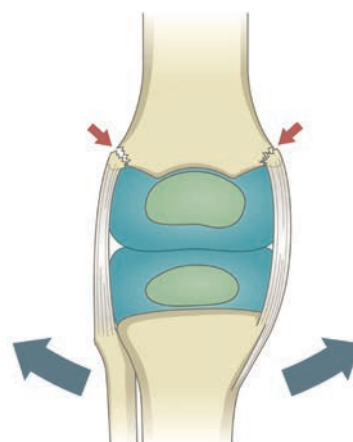


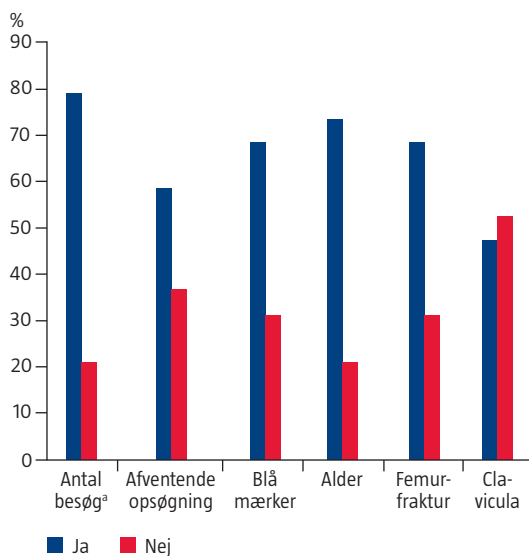
Illustration af en typisk cornerfraktur.

KVALITETS- UDVIKLINGS- ARTIKEL

Ortopædkirurgisk
Afdeling E, Aarhus
Universitetshospital

Ugeskr Læger
2014;176:V11130644

FIGUR 1



De adspurgte lægers kendskab til risikofaktorer for *battered child syndrome* for børn under 18 måneder.

■ Ja ■ Nej

a) Spørgsmålet lød: »Er antallet af besøg i skadestuen/akutmodtagelsen en risikofaktor for, om man har været udsat for *battered child syndrome*?«

velæger. Fra alle sygehuse deltog både speciallæger og reservelæger. **Figur 1** viser kendskabet til risikofaktorer for BCS.

Et af de centrale spørgsmål lød: »Hvad er den typiske fraktur ved BCS under 18 måneder?« (der er flere svarmuligheder). 74% svarede »nej« eller »ved ikke«, til at *corner*-frakturer var associerede til BCS for børn under 18 måneder. For femurfrakturer var det tilsvarende 31% og for *collum costae*-frakturer 37%.

Tabel 1 viser den procentvise fordeling af lægernes svar på, hvilke frakturer de fandt typiske for BCS hos børn under 18 måneder, fordelt på henholdsvis speciallæger (n = 11) og reservelæger (n = 8).

90% af lægerne ville afklæde et barn under tre år ved mistanke om fraktur for at undersøge hele kroppen, hvis anamnesen fordrede det eller ved mistanke

om andre skader. Modsat ville 95% af lægerne ikke rutinemæssigt undersøge hele kroppen på børn, der kom ind på skadestuen med en fraktur.

To tredjedele af de adspurgte læger mente, at deres kendskab til BCS var tilstrækkeligt. 85% af speciallægerne mente, at deres vidensniveau var tilstrækkeligt, hvorimod kun 38% af reservelægerne syntes, at deres vidensniveau var tilstrækkeligt. To tredjedele af speciallægerne ville underrette om BCS ved mistanke herom. 36% af disse ville kontakte socialforvaltningen, mens de resterende ville kontakte en pædiatrisk afdeling. Halvdelen af reservelægerne ville underrette på mistanken, 12,5% til socialforvaltningen og de resterende til en pædiatrisk afdeling.

To ud af de syv skadestuer/akutmodtagelser havde ikke en tilgængelig instruks for BCS. For de resterende fem afdelinger var der betydelige vanskeligheder med at finde den frem i det interne system.

DISKUSSION

Vores undersøgelse viser, at to tredjedele af de deltagende læger angav at have tilstrækkelig faglig viden om BCS. To tredjedele af speciallægerne og halvdelen af reservelægerne ville underrette til sociale myndigheder eller en pædiatrisk afdeling alene på mistanken. På den baggrund kan manglende faglig viden om BCS kombineret med tilbageholdenhed, hvad angår underretning, være en mulig årsag til de få underretninger af BCS, som anført herover.

To ud af de syv skadestuer/akutmodtagelser havde ikke en tilgængelig instruks for håndteringen af BCS. For de resterende fem afdelinger var der betydelige vanskeligheder med at finde dem frem i det interne system. Dette kan på en tidspresset afdeling hæmme tendensen til at gå videre med en eventuelt opstået mistanke om BCS.

Vi finder det uacceptabelt, at størstedelen af de behandlende læger på en skadestue/akutmodtagelse ikke kender til de frakturer, der skal lede opmærksomheden hen på BCS. *Corner*-frakturer beskrives i litteraturen som højspecifikke for BCS [3]. Af de medvirkende læger anså kun 25% *corner*-frakturen som værende typisk for BCS hos børn under 18 måneder. For femur- og *collum costae*-frakturer sås samme mønster. For *corner*-frakturer og *collum costae*-frakturer var usikkerheden størst blandt speciallægerne, selvom størstedelen selv vurderede, at de havde et tilstrækkeligt kendskab.

Der findes begrænset faglig litteratur om vidensniveauet om BCS blandt ortopædkirurger. Et mindre studie fra Israel [8] viser, at kun 20,8% og 32,3% af de adspurgte ortopædkirurger associerede henholdsvis *corner*-frakturer og femurfrakturer med BCS, hvilket understøtter vores resultater. Samlet set viser

TABEL 1

Procentvis fordeling af lægernes svar med hensyn til, hvilke frakturer de fandt typiske for *battered child syndrome* hos børn under 18 måneder.

	Femurfraktur			Corner-fraktur			Collum costae-fraktur		
	ja	nej	ved ikke	ja	nej	ved ikke	ja	nej	ved ikke
Speciallæge (n = 11)	82	0	18	18	37	46	54,5	18	27,5
Reservelæge (n = 8)	50	37,5	12,5	37,5	25	37,5	75	25	0

vores undersøgelse, at lægerne er usikre på, hvilke risikofaktorer de skal have fokus på, når et barn kommer på skadestuen med en mulig fraktur. Det er påvist, at en tipunktstjekliste med spørgsmål om risikofaktorer kombineret med en undersøgelse af et fuldt afklædt barn giver en høj sensitivitet og specificitet for diagnosticeringen af BCS [9]. Det bemærkes, at 95% af de adspurgte læger ikke rutinemæssigt afklædte børn under tre år ved mistanke om en fraktur eller en anden læsion.

Vores studie har en række begrænsninger. Vi har spurgt et begrænset antal læger på syv skadestuer/akutmodtagelser. Ingen læger frabad sig deltagelse, dermed ingen selektionsbias. Det kan diskuteres, om 19 læger er repræsentative for læger i almindelighed. Vi mener dog alligevel, at de fund, vi har gjort, bør give anledning til øget fokus på området.

Spørgeskemaet har primært fokuseret på frakturer, til trods for at bløddelsskader er den hyppigste manifestation ved BCS. Bløddelslæsioner vil formentlig ikke medføre kontakt til en skadestue eller akutmodtagelse. Disse læsioner vil derimod oftere give kontakt til andre specialer, herunder almen medicin.

Det anvendte spørgeskema er ikke valideret. Dette forhold minimerer dog ikke i væsentlig grad, at nærværende undersøgelse afdækker et betydeligt behov for forbedringer af den faglige håndtering af BCS på landets skadestuer og akutmodtagelser.

Undersøgelsen understreger vigtigheden af at være grundig under såvel anamneseoptagelse som ved den objektive undersøgelse af ethvert barn, alene på mistanke om at barnet har været udsat for en nonaccidentiel hændelse. Især ved enhver fraktur hos børn under 18 måneder, da disse børn per se er en risikogruppe, og fordi ingen frakturtyper er patognomoniske for BCS.

KONKLUSION

Det faglige vidensniveau hos behandlende læger uanset anciennitet på udvalgte skadestuer/akutmodtagelser er med denne undersøgelse fundet at være utilfredsstillende. Der bør være større fokus på at øge viden om BCS hos personalet ansat på danske skadestuer/akutmodtagelser i ønsket om optimering af diagnosticering og behandling af børn, som udsættes for nonaccidentielle hændelser.

KORRESPONDANCE: Jenny Korsgaard Villadsen, Carl Blochs Gade 15, 4. t.v., 8000 Aarhus C. E-mail: jvilladsen@gmail.com

ANTAGET: 5. februar 2014

PUBLICERET PÅ UGESKRIFTET.DK: 28. april 2014

INTERESSEKONFLIKTER: Forfatterens ICMJE-formularer er tilgængelige sammen med artiklen på Ugeskriftet.dk

LITTERATUR

1. Christoffersen MN. Børnemishandling i hjemmet: delrapport 1. 2010. www.sfi.dk/rapportoplysninger-4681.aspx?Action=1&NewsId=2838&PID=9267 (18. feb 2014).
2. Kempe CH, Silverman FN, Steele BF et al. The battered-child syndrome. *JAMA* 1962;181:17-24.
3. Sink EL, Hyman JE, Matheny T et al. Child abuse: the role of the orthopaedic surgeon in nonaccidental trauma. *Clin Orthop Related Res* 2011;469:790-7.
4. Baldwin K, Pandya NK, Wolfgruber H et al. Femur fractures in the pediatric population: abuse or accidental trauma? *Clin Orthop Related Res* 2011;469:798-804.
5. Kleinman PK. Diagnostic imaging of child abuse. 2. ed. St. Louis, MO: Mosby, 1998.
6. Leventhal JM, Martin KD, Asnes AG. Incidence of fractures attributable to abuse in young hospitalized children: results from analysis of a United States database. *Pediatrics* 2008;122:599-604.
7. Kemp AM, Dunstan F, Harrison S et al. Patterns of skeletal fractures in child abuse: systematic review. *BMJ* 2008;337:859-62.
8. Tenenbaum S, Thein R, Herman A et al. Pediatric nonaccidental injury: are orthopedic surgeons vigilant enough? *J Pediatr Orthop* 2013;33:145-51.
9. Pless IB, Sibald AD, Smith MA et al. A reappraisal of the frequency of child abuse seen in pediatric emergency rooms. *Child Abuse Negl* 1987;11:193-200.