

# Omsorgssvikt og tannhelse – en oppsummering av forskning og publikasjoner på området samt en beskrivelse av praksis ved barnehus

Dato: 20.10.23

Kreditering: Linn Eirin Aronsen Haugen, Marianne Bergerud-Wichstrøm  
og Mia Cathrine Myhre

Publisering nkvts.no: ETTER AVTALE

## Innhold

|  |    |
|--|----|
| <b>Sammendrag</b> .....  | 3  |
| Bakgrunn .....   | 5  |
| Formål og problemstillinger .....  | 6  |
| Oppsummering av forskning .....  | 7  |
| Metode.....  | 7  |
| Tann- og munnhelse hos barn som kommer til Barnehus .....  | 8  |
| Kort om tannhelsepersonell sin rolle i arbeidet for å forebygge omsorgssvikt .....   | 8  |
| Å definere omsorgssvikt ved tannhelse ( <i>Dental Neglect</i> ).....   | 9  |
| Å identifisere omsorgssvikt med utgangspunkt i tann- og munnhelse.....   | 10 |
| Juridiske perspektiver .....   | 12 |
| Mer spesifikt om identifisering av omsorgssvikt med utgangspunkt i munn- og tannhelse .....  | 12 |
| Utvalg barn og unge .....  | 12 |
| Utvalg profesjonell praksis.....   | 14 |
| Kliniske verktøy og kriterier .....  | 16 |
| Beskrivelse av praksis for tann- og munnhelseundersøkelse ved barnehus i Norden og i andre europeiske land .....                                       | 17 |
| Metode.....  | 17 |
| Beskrivelse av praksis ved Statens Barnehus .....  | 17 |
| Norge.....   | 18 |
| Intervju av tannlegene på barnehusene .....  | 20 |
| Oppsummering .....   | 21 |
| Sammenhengen mellom omsorgssvikt/vannskjøtsel og tann og munnhelsefunn .....   | 21 |
| Hvordan omsorgssvikt / vannskjøtsel og tann og munnhelsefunn blir vurdert og fulgt opp ved barnehus og sammenliknbare institusjoner i andre land. .... | 22 |
| Referanser .....   | 23 |
| Vedlegg .....  | 26 |
| Tabell 2 Artikler som omhandler dental neglekt og der studieutvalget er barn og ungdom.....  | 26 |
| Tabell 3 Artikler som omhandler dental neglekt og der studieutvalget er tannhelsepersonell .....   | 28 |

## Sammendrag

Litteraturgjennomgangen viser at det er en sammenheng mellom omsorgssvikt og dårlig tann- og munnhelse.

Søk etter forskningsartikler med utvalg fra barnehus eller liknende institusjoner ga kun ett treff. Dette var en norsk artikkel fra 2022 som blant annet konkluderte med at det er behov for å vurdere tann- og munnhelse som en del av evalueringen ved mistanke om barnemishandling, og at barn som kommer til barnehus, har dårligere tannhelse enn andre barn.

Det vanligste og mest brukte begrepet i denne forbindelsen er «dental neglekt». Samtlige artikler benytter en definisjon som viser til foresattes vedvarende manglende oppfølging av nødvendige tannhelsebehov hos barnet, dersom tannhelsetjenester faktisk er tilgjengelig.

Det foreligger ikke kliniske kriterier som på en helhetlig måte gjør at tannhelsepersonell kan vurdere hvorvidt et barn er utsatt for omsorgssvikt eller ikke, og ingen artikler oppgir kriterier for funn i munnen som er ensbetydende med omsorgssvikt. Flere artikler nevner imidlertid atferd fra foresatte som bør lede til at man vurderer omsorgssvikt:

- oppsøker ikke tannbehandling ved åpenbare behov hos barnet, eller kommer sent til behandling
- følger ikke råd om tannbehandling eller forebyggende tannbehandling hos barnet
- sørger ikke for at barnet møter til oppsatte timer eller fullfører behandling
- svikt i basal munnhygiene til tross for opplæring

Og noen nevner kliniske funn som bør lede til at mistanke oppstår:

- alvorlig ubehandlet karies som er lett synlig og åpenbar også for personer uten helsefaglig kompetanse
- når det foreligger alvorlige konsekvenser av manglende oppfølging av tannhelsebehov, som smerter, infeksjoner, vansker med å tygge og spise, påvirket tale eller *failure to thrive*
- gjentatte behov for tannekstraksjoner som følge av manglende oppfølging av tannhelsebehov

Det som i internasjonal litteratur hyppigst oppgis som en barriere for rapportering ved mistanke, er manglende erfaring og kunnskap om kliniske tegn, konsekvenser og lovverket samt manglende lederstøtte.

Retningslinjer og opplæring fremmer rapportering. Retningslinjer bør generelt inneholde presise definisjoner og så spesifikke kriterier som mulig.

Vi fant at det kun er i Norge tannleger er fast tilknyttet barnehus, og det er kun i Norge det blir gjort rettsodontologisk undersøkelse på barnehus.

Det er variasjon i tannlegetilbudet ved barnehusene i Norge. Variasjonen strekker seg fra de som kun har tilgang på tannlege ved bestilling, til de som har flere enn en tannlege tilgjengelig og tannlege på barnehuset flere ganger i uken.

Det er påtalemyndigheten som avgjør hvilke barn man skal gjennomføre rettsmedisinske undersøkelser av, og hvilke barn som skal undersøkes av tannlege i tillegg til lege. Flere av barnehusene rapporterte at tannlegene ofte blir utelatt, fordi det mangler spesifisering i bestillingen. De nevner manglende kompetanse hos påtalemyndighetene som årsak til at dette blir utelatt.

Tannlegene forteller at det mangler en definisjon av omsorgssvikt innen tannhelse som kan brukes til å konkludere med om det foreligger omsorgssvikt i enkelttilfeller. Flere av tannlegene etterlyser også retningslinjer og kriterier til hjelp i slike beslutninger.

Tannlegene forteller at vurderingen av om det foreligger omsorgssvikt, er en helhetsvurdering. Her inngår barnets tannhelse som en del av et større bilde som inkluderer barnets generelle velvære og helse, historikken om hvordan tannhelse har blitt fulgt opp tidligere, samt hva barnet forteller under undersøkelsen.

## Bakgrunn

Tannhelsetjenesteloven § 2-1 stadfester at alle barn (0–18 år) har rett til gratis og oppsøkende tannhelsetjenester. Det fremkommer av forarbeidene at barn er en prioritert pasientgruppe, og at forebyggende tiltak prioriteres over behandling (Ot.prp. nr. 49 (1982–1983)). Tannhelse hos barn har vært en prioritert oppgave hos tannhelsetjenesten og politisk siden etterkrigstiden, og gratis tjenestetilbud har vært utbredt fra førskolealder siden 70-tallet. Tannhelsetjenestene er altså et av områdene hvor samfunnet møter de aller fleste barn, og derfor en viktig arena for å forebygge blant annet omsorgssvikt.

En stor mengde forskning konkluderer samstemt med at vold, overgrep og omsorgssvikt i barndommen er forbundet med negative konsekvenser gjennom livsløpet, innen tre brede områder: somatisk helse, psykisk helse og tannhelse. Tannhelse er et fagfelt der forskningsomfanget er mindre enn på andre deler av helsefeltet.

Med bakgrunn i det vi vet om tannhelsen hos utsatte barn, vil råd og veiledning for tannleger om kartlegging av tannhelse og sammenhengen mellom omsorgssvikt og tannhelsefunn være av betydning, slik at barn blant annet får dekket sine videre behov for helsehjelp i tannhelsetjenesten. Systematisk dokumentasjon av tannhelseplager, som kan være konsekvenser av vold, seksuelle overgrep og omsorgssvikt, vil også kunne være av betydning for saker i rettsapparatet.

Helsedirektoratet har derfor bedt NKVTS om å gjøre en kunnskapsoppsummering om omsorgssvikt og tannhelse, med det formålet og de problemstillingene som beskrives under.

## Formål og problemstillinger

Formålet med bestillingen er å få en oversikt over

- sammenhengen mellom omsorgssvikt/vanskjøtsel og tann- og munnhelsefunn
- hvordan omsorgssvikt/vanskjøtsel og tann- og munnhelsefunn blir vurdert og fulgt opp ved barnehus og sammenliknbare institusjoner i andre land

NKVTS skal utarbeide en kortfattet oppsummering av forskning/kunnskap på området, inkludert en beskrivelse av praksis ved barnehus og tilsvarende institusjoner i andre land.

Forhold som skal belyses:

- kriterier og metode for vurdering av grad av omsorgssvikt
- om tann- og munnundersøkelse avdekker ulike typer omsorgssvikt og/eller vanskjøtsel
- kompetansen til fagpersoner som utfører tannundersøkelse
- videre/anbefalt oppfølging

## Oppsummering av forskning

### Metode

Vi har i samarbeid med NKVTS sin bibliotekar gjennomført tre systematiske søk i databasen Medline. I det første søket benyttet vi søkeord som for det første avgrenset funnene til barn og ungdom, og for det andre avgrenset dem til barnehus (f.eks.: «*children advocacy centers*»; «*barnahus*»; «*children's house*»). Med søket var vi interessert i å finne ut om det eksisterer litteratur om tannhelse og tannhelsetjenester med utvalg fra barnehus eller tilsvarende institusjoner. Vi forventet et snevert resultat, og vi fikk i Medline kun ett treff på dette søket. Dette var en artikkel fra Norge skrevet av norske forskere, og den vil bli omtalt senere i notatet. I det andre søket ( $N=92$ ) fortsatte vi å avgrense til barn og ungdom utsatt for omsorgssvikt, men ekskluderte søkeord knyttet spesifikt til barnehus. Søket selekterte forskningslitteratur som omhandler tannhelse og tannhelsetjenester knyttet sammen med (med funksjon «AND») omsorgssvikt («*neglect*»). Vi begrenset ytterligere til treff de siste 20 årene.

Pasienter: barn og unge i alderen 0–20 år som har vært utsatt for omsorgssvikt

Intervensjoner: vurdering av tann- og munnhelse ved barnehus eller tilsvarende institusjoner (1)  
vurdering av tann- og munnhelse (2)

Sammenlikning: ikke et krav, men eventuelt med barn ikke utsatt for omsorgssvikt

Utkomme: konsekvenser av omsorgssvikt for tann- og munnhelse

- tann- og munnhelsefunn: skader, patologiske forandringer, sykdom og symptomer
- kriterier og metode for vurdering av grad av omsorgssvikt
- kompetansen til fagpersoner som utfører tannhelseundersøkelsen
- betydningen av funn i juridiske sammenhenger
- betydning av funn for oppfølging

Review-artikler ble til slutt selektert.

Vi begrenset gjennomgangen til artikler fra Europa, Nord-Amerika, Australia og New Zealand.

Av de 92 artiklene som ble identifisert, var 50 artikler som ved første gjennomgang ble vurdert som relevante. Ved andre gjennomgang ble antallet redusert til 46. Ved gjennomlesing så vi at det var hensiktsmessig å dele artikkelutvalget i to etter hva som var utvalget i studiene:

- studier der utvalget var barn og ungdom,  $N=22$  (tabell 1)
- studier der utvalget var tannhelsepersonell,  $N=24$  (tabell 2)

## Tann- og munnhelse hos barn som kommer til barnehus

Søk etter forskningsartikler med utvalg fra barnehus eller liknende institusjoner ga kun ett treff. Dette er den norske artikkelen «Oral health history in children referred to a child advocacy center in Norway», skrevet av Julie Toft, Arne Kristian Myhre, Yi-Qian Sun, Tiril Willumsen og Anne Rønneberg og publisert i «Child Abuse and Neglect» i 2022. De fant at barn som kom til Statens barnehus, hadde mer karies i både melketenner og permanente tenner enn matchede kontroller. Det var også dobbelt så stor sannsynlighet for at de hadde en registrering med «ikke møtt» / «ikke tatt med» i den offentlige tannhelsetjenesten. Det var også en tendens til at de hadde trukket flere melketenner og hadde flere fyllinger i permanente tenner enn kontrollene, selv om funnet ikke var statistisk signifikant. De fant ingen forskjell i tannskader mellom gruppene, og kanskje overraskende heller ingen forskjell i antall meldinger til barneverntjenesten. Dette ble tolket som at det fortsatt er behov for kunnskap om risikofaktorer for barnemishandling knyttet til tann- og munnhelse og for å sette søkelys på melding til barneverntjenesten fra tannhelsetjenesten.

Videre var det fire ganger økt sannsynlighet for karies eller fyllinger i permanente tenner hos barn der det var mistanke om seksuelle overgrep, sammenliknet med barn der det var mistanke om fysisk mishandling. Studien støtter at det er behov for å vurdere tann- og munnhelse som en del av evalueringen ved mistanke om barnemishandling, og at barn som kommer til barnehus, har dårligere tannhelse enn andre barn.

Av annen relevant litteratur fant vi rapporten «Systematisk Retsmedisinsk Screening af Børn ved Mistanke om Vold – En erfaringsopsamling fra et 2-årigt interventionsprosjekt 2020–2022» fra Danmark. I dette prosjektet ble barn som kom til barnehus for avhør, undersøkt av et tverrfaglig rettsmedisinsk team bestående av en rettsmedisiner, en tannlege og en helsesykepleier. Totalt ble 205 barn fra region Hovedstaden undersøkt, og det ble funnet tegn på vold eller sykdom hos halvparten av barna. Hos mer enn hvert fjerde barn (29 %) ble det vurdert å være behov for oppfølging hos enten egen lege, sosialpediater eller tannlege. Det ble ikke spesifisert hvor mange av disse som trengte oppfølging i tannhelsetjenesten. Det ble heller ikke spesifisert hvor mange som hadde funn relatert til munn og tenner, og heller ikke typen munn- og tannfunn. Rapporten ga derfor ikke spesifikk informasjon knyttet til problemstillingen her. Det er allikevel verdt å ta med seg at prosjektet konkluderte med at kombinasjonen av en rettsmedisinsk undersøkelse og en helseundersøkelse inkludert tannlegeundersøkelse var nyttig for barna, og at alle barn bør sikres en systematisk rettsmedisinsk undersøkelse ved mistanke om vold i nære relasjoner hvis saken etterforskes av politiet.

## Kort om tannhelsepersonell sin rolle i arbeidet med å forebygge omsorgssvikt

Tannhelsepersonell er en undervurdert aktør i arbeidet med å forebygge og forhindre omsorgssvikt (Khalid et al., 2022; Nuzzolese et al., 2009). Dårlig tannhelse og tannhygiene utgjør i alvorlige tilfeller synlige utfordringer. Hos voksne ser man tannhelseproblemer som typiske symptomer ved depresjon og rusproblemer, og det er forhøyet risiko for tannhelseproblemer hos mennesker med lav sosioøkonomisk status. En fellesnevner i dette er en mangelfull oppfølging og nedprioritering av tannhelse. God tannhelse krever nemlig daglig pleie og gode rutiner. Det offentlige spiller en rolle i dette ved å jevnlig innkalle til kontroll frem til fylte 18 år, samt ved å tilby en kostnadsreduert tjeneste opp til fylte 20 år.

Den første innkallingen fra det offentlige tannhelsetilbudet, i regi av fylkeskommunen, kommer rundt treårsalderen. Men helsestasjonen skal allerede ved toårsalderen gjøre en overfladisk



tannhelsesjekk, hvor de undersøker blant annet bakteriebelegg, tannkjøttets tilstand, hull og skader. Dette gjøres av enten en lege eller en helsesykepleier. Undersøkelsen kan resultere i offentlig henvisning til fylkeskommunens tannhelsetilbud allerede før barnet fyller tre år. Etter første innkalling ved treårsalderen vil det komme jevnlig innkalling, men med ulike intervaller – oftest samordnet i fylkeskommunene. For hver enkelt klinikk og for hver pasient vil det være et skjønnsmessig rom i hvor hyppig en slik innkalling skal komme, og hvor omfattende oppfølging det vil være behov for. I dette skjønnsmessige intervallet ligger det en god mulighet for både forebygging og identifisering av omsorgssvikt, blant annet ved forhold knyttet til den kliniske konteksten og forhold som bidrar til å opparbeide en relasjon og derav et helhetsbilde av pasientens situasjon.

Som en forutsetning for dette er tannhelsepersonells bevissthet og kunnskap om både tematikken og sitt ansvar. I internasjonal litteratur kan man se at det er et lite antall tannhelsepersonell som ikke anser identifisering av omsorgssvikt som en del av sitt ansvar (Han et al., 2022). Norge har heldigvis kommet langt på akkurat dette området.<sup>1</sup> Samtidig er det høy sannsynlighet for at det er tilfeller som kunne blitt avdekket tidligere, og saker som i større grad kunne blitt belyst, dersom det var enklere kriterier å forholde seg til. Avdekking av omsorgssvikt er nemlig ikke en enkel oppgave, noe som vil bli diskutert ytterligere i denne rapporten.

## Å definere omsorgssvikt ved tannhelse (*dental neglect*)

Ved gjennomlesningen av de internasjonale review-artiklene og empiriske artiklene som ble identifisert i litteratursøket, har vi fått innsikt i hvordan omsorgssvikt defineres i konteksten tannhelse. I dette kapitlet er følgende begreper relevante: «dental neglect», «dental prevention neglect», «dental treatment neglect» og «dental disability».

Det vanligste og mest brukte begrepet er «dental neglect». Samtlige artikler benytter en definisjon som har sitt opphav i USA [ref.], som viser til foresattes vedvarende manglende oppfølging av nødvendige tannhelsebehov hos barnet, og som inkluderer både forebyggende tiltak og behandling av skader:

*(...) a wilful failure of the parent or guardian to seek and follow through with treatment necessary to ensure a level of oral health essential for adequate function and freedom from pain and infection. (Rønneberg et al., 2019)*

Et av kriteriene her viser særlig til hvorvidt tannhelsetjenester faktisk er tilgjengelige,<sup>2</sup> og likevel ikke benyttet:

*(...) if parents or carers have access to, but persistently fail to obtain help. (Sarri et al., 2012)*

Ordet *wilful* på engelsk indikerer en villet handling, altså et bevisst valg. I en revidering av definisjonen fra England er dette endret til *persistent*. Hensikten med det var å endre fokus fra skyld til behovene som ikke imøtekommes (Khalid et al., 2022). Ettersom dårlig tannhygiene og karies er tilstander som kan forebygges og skal behandles, viser et slikt kriterium til et foreldreansvar dersom

---

<sup>1</sup> Blant annet ved lansering av nasjonale retningslinjer i 2022.

<sup>2</sup> I Norge gis barn og ungdom opp til fylte 20 år rett til regelmessig og oppsøkende tannhelsetilbud. Et slikt forebyggende tiltak gis i prioritert rekkefølge, hvorav barn opp til fylte 18 år er øverste prioritet, jf.

Tannhelsetjenesteloven § 1-3.

samfunnet har et tilstrekkelig tilbud (NICE guidelines, punkt. 1.3.12.). Det betyr at selv om man kan anerkjenne at noen barn kan ha svært utfordrende atferd i anledning tannpuss, og at opprettholdelse av god munnhygiene er krevende, så ligger ansvaret alltid hos foresatte og ikke barnet selv. Et slikt ansvar for personlig tannhygiene vil øke med alderen, men vi vet at rutiner etableres tidlig.

Noen definisjoner viser til omfang og kontekst for omsorgssvikt, hvorav omsorgssvikt kan være et fenomen som foregår over en lengre tidsperiode og med potensielt livstruende konsekvenser, mens det i andre tilfeller skjer over en kortere tidsperiode, da ofte med kontekstuelle forklaringer (Hartung et al., 2019). Et slikt perspektiv kan sees i begrepet «dental prevention neglect», som i grove trekk handler om det å frastå fra forebyggende oppfølging, som fører til påfølgende skade over tid. Dette skiller seg fra perspektivet som sees i begrepet «dental treatment neglect», som handler om å frastå behandling over tid etter at en skade har oppstått (Kiatipi et al., 2021; Khalid et al., 2022). Dette skjer blant annet i tilfeller hvor barn som har vært utsatt for et traume, ikke oppsøker hjelp før etter lang tid, og hvor skaden for kan ha blitt svært smertefull.

Som presisert i Nuzzolese et al. (2009) er det en balansegang mellom tilfeller hvor foreldre tilsynelatende «ikke vet bedre» og har behov for, samt er mottakelige for, opplæring i både diett og tannpuss (m.m.). Det vil i slike tilfeller være potensial for videre forebygging og samarbeid, og dette kan derfor ikke nødvendigvis omtales som omsorgssvikt. Det til tross for at den kliniske tilstanden hos barnet i stor grad kan overlappes med tilfeller som til slutt blir vurdert som omsorgssvikt/neglekt.

Det er nærliggende å forvente at effekten omsorgssvikt og dårlig tannhelse har på barnet, har en vesentlig betydning for daglig fungering. Dette er et sentralt kriterium, ettersom alle barn har rett til god levestandard og utvikling (jf. Barnekonvensjonen art. 27):

*(...) so as to ensure adequate function and freedom from pain and infection (Bhatia et al., 2014).*

*(...) a child's basic oral health needs, likely to result in the serious impairment of the child's oral or general health or development (Karst et al., 2022)*

Et annet begrep er derfor «dental disability», som i større grad viser til omfattende konsekvenser av dårlig tannhelse. I de mest alvorlige tilfellene fører dårlig tannhelse til nedsatt funksjonsevne (Kvist et al., 2018). En anbefaling som fremheves i oversiktsartikkelen til Bhatia, er derfor å inkludere livskvalitetsmål som en del av vurderingen.

## Å identifisere omsorgssvikt med utgangspunkt i tann- og munnhelse

Det er en kjent utfordring for tannhelsepersonell å identifisere omsorgssvikt. Det finnes en overordnet forklaring på dette ved at det ikke eksisterer kliniske kriterier som på en helhetlig måte gjør tannhelsepersonell i stand til å vurdere hvorvidt et barn er utsatt for omsorgssvikt eller ikke. Fra både norsk og internasjonal forskning kan man se at trygghet i identifisering og diagnose i stor grad handler om erfaring og kompetanse (Rønneberg et al., 2019; Han et al., 2022). Typiske barrierer for rapportering handler blant annet om frykt for feilaktig rapportering, tid- og ressursmangel og frykt for ytterligere konsekvenser for barna. Det er kun et fåtall som ikke opplever identifisering av omsorgssvikt som deres ansvar (Han et al., 2022).

En hovedutfordring ligger i at slik identifisering er en helhetsvurdering. Det er ikke tilstrekkelig å vurdere barnets tannstatus alene, noe som gjør at en standard tannlegetime på ca. 15 minutter er

kort tid for en slik vurdering. Det er flere faktorer som er sentrale for å vurdere om det foreligger omsorgssvikt. Dette inkluderer ikke bare vurderinger knyttet til kliniske undersøkelser, som karies og tannkjøttets forandringer, men også atferdstrekk og relasjonelle trekk ved barnet selv og deres kommunikasjon med foresatte. Det er også urovekkende dersom barnet ikke blir tatt med til oppsatt time, og/eller det er vanskelig å oppnå kontakt med foresatte. Flere artikler tar for seg minimumskrav for hva som må forventes av oppfølging innen tannhelse fra foresatte, eller sagt på en annen måte: en terskel for når mistanke *bør* oppstå. For eksempel konkluderer Jenkins og medarbeidere med at det ikke finnes spesifikke funn relatert til tenner alene som identifiserer neglekt, men at det er noen forhold som *bør* vekke bekymring. Blant annet fremheves alvorlig ubehandlet karies som er lett synlig og åpenbar også for personer uten helsefaglig kompetanse (Jenkins et al., 2018).

I de aller fleste tilfeller der tannhelsepersonell rapporterer om mistanke for omsorgssvikt, handler det om noe mer enn bare barnets kliniske tilstand (Bhatia et al., 2014; Kvist et al., 2017; Pawils et al., 2022). Svært få artikler viser til spesifikke retningslinjer, eller omfattende lovverk, som instruerer eller støtter tannhelsepersonell i slike vurderinger. Dette til tross for at retningslinjer ser ut til å ha en positiv effekt på både antall rapporteringer og opplevelsen av å ta slike vurderinger (Rønneberg et al., 2019; Pawils et al., 2022).

I noen tilfeller er tannhelsepersonells møter med barn et resultat av andre offentlige tjenesters henvisning eller forespørsel. I flere studier er en stor andel av barna som rapporteres inn som utsatt for mulig omsorgssvikt, allerede kjent for sosiale tjenester (Karst et al., 2022; Kvist et al., 2017; Sarri et al., 2012; Keene et al., 2015; Schlabe et al., 2018). Det er sterk sammenheng mellom sosioøkonomiske faktorer og tannhelse, både hos barn og voksne, som gjør at særlig utsatte barn ofte har flere kjente utfordringer. I litteraturen oppgis risikofaktorer knyttet til foreldres utdanningsnivå og yrkesaktivitet, hvorvidt barnet er underlagt offentlig omsorg, om barnet har mange søsken, om det er eneforsørgende foreldre, og/eller om familien har innvandrerbakgrunn (Khalid et al., 2018; Keene et al., 2015; Sarri et al., 2012). Det blir også påpekt at det er spesielt vanskelig å sette grensen for hva som *bør* regnes som omsorgssvikt, i populasjoner der det generelt er en høy forekomst av karies (Bhatia et al., 2014)

I andre tilfeller er tannhelsepersonell de første til å oppdage slik svikt. En utfordring som nevnes i litteraturen, er uvisshet om hva som blir konsekvensene av at man rapporterer om mistanke. I Norge har en studie vist at helsepersonell sjeldent får vite noe om resultatet av rapporteringen fra barnevernet – det vil si at det er lav feedback (Rønneberg et al., 2019). I internasjonal litteratur ser barrierer for rapportering i stor grad ut til å handle om blant annet frykt for falsk mistanke, uklarhet om hva som kan skje med barnet, en opplevelse av at man ikke har tilstrekkelig informasjon, betenkeligheter om egen sikkerhet og svak lederstøtte vedrørende mistanken [ref.]. I Norge ser man jevnt over en høy kompetanse på tematikken og god opplevelse av støtte, men likevel kan det være lite kjennskap til konsekvensene av rapportering eller ikke-rapportering (Rønneberg et al., 2019).

## Juridiske perspektiver

Etter helsepersonelloven § 33 har helsepersonell inkludert tannhelsepersonell en lovpålagt plikt til å være oppmerksom på forhold som kan føre til tiltak fra barneverntjenestens side. Barnevernet har plikt etter barnevernsloven § 13-3 til å bekrefte at meldingen er mottatt. Dersom meldingen kommer fra en offentlig instans, må de også formidle hva som skjer videre etter mottatt melding.

- **Opplysningsplikten**, jf. barnevernsloven § 13-2, viser til tjenestetilbyderes plikt til å melde fra til barnevernet blant annet dersom det etter bokstav a er mistanke om omsorgssvikt, etter bokstav b er mistanke om sykdom, eller ved fravær til behandling, og etter bokstav c når hjelpetrengende barn ikke får dekket behov. Instanser som arbeider etter helsepersonelloven, pliktes ved slik mistanke til å oppgi dokumentasjon uten hinder for taushetsplikten, jf. helsepersonelloven § 33.
- **Avvergingsplikten**, jf. straffeloven § 196, viser til enhver borgers plikt til å melde fra til politiet dersom det fremstår med sikkerhet og sannsynlighet at et lovbrudd har blitt begått, eller kommer til å bli begått. Avvergingsplikten viser til lovbruddene spesifisert i bokstav a. I NOU 2017: 12 ble det argumentert for at omsorgssvikt bør være nevnt spesifikt, men det er ikke tatt til følge i gjeldende rett.<sup>3</sup>

Opplysningsplikten er formulert slik at det er klart at omsorgssvikt relatert til tannhelse omfattes, og den er tydelig på at det å ikke sørge for at barnet kommer til undersøkelse eller behandling for alvorlig sykdom eller skade, skal meldes til barneverntjenesten. Loven gir imidlertid ingen andre føringer enn at det skal dreie seg om alvorlig omsorgssvikt og alvorlig skade eller sykdom. Hva som regnes som alvorlig, blir dermed en vurdering helsepersonell må gjøre.

## Mer spesifikt om identifisering av omsorgssvikt med utgangspunkt i munn- og tannhelse

### Utvalg barn og unge

Det er særlige forhold som trekkes frem når omsorgssvikt og tannhelse vurderes i en klinisk kontekst, som også er godt beskrevet i [Nasjonale retningslinjer for tannhelsetjenester til barn og unge 0–20 år](#). Både av retningslinjene og fra artikkelutvalget kan man oppsummert si at vurdering av omsorgssvikt baserer seg på fysiske tegn, psykiske tegn og hvordan foreldre har fulgt opp opp tannhelsebehov. For det første sees en åpenbar relevans ved tanntilstand, trekk ved munnhygiene og påvisning av eventuell sykdom. Artikkelen som omhandler trekk ved barnets tannhelse som kan ha sammenheng med omsorgssvikt og avvikende opplevelser i barndom, trekker frem følgende: karies (alvorlighetsgrad), betennelse i tannkjøtt, lesjoner, ømhet og gjentatte tannekstraksjoner (Smitt et

---

<sup>3</sup> Fra NOU 2017: 12: «Forholdet mellom avvergeplikten og ulike tjenestepersoners opplysningsplikt til barneverntjenesten kan skape usikkerhet ute i tjenestene. Bestemmelsen om avvergeplikt er utydelig på hvordan man skal avverge. Bestemmelsen (fra daværende straffelov) bruker formuleringen «gjennom anmeldelse eller på annen måte». Dette kan skape usikkerhet når det gjelder hva som skal til for å oppfylle sin avvergeplikt. Er det for eksempel i en tenkt situasjon tilstrekkelig å melde til barneverntjenesten, men ikke å anmelde til politiet? Hvilke andre handlinger skal man eventuelt foreta seg?»

al., 2017). Det trekkes også frem forhold som hemmer utvikling, som vektnedgang som følge av problemer med å spise, forsinket språkutvikling og påvirket talespråk (Pantelewicz og Olczak-Kowalczyk, 2020). Øvrige artikler som omhandler kliniske tegn, er listet opp i tabell 2.

Som et ledd i en slik helhetsvurdering er det vesentlig hvorvidt tannhelsen er så dårlig at det er synlig utad, og ikke bare er noe som oppdages ved klinisk undersøkelse (Khalid et al., 2022; Harris, 2012). Sånn sett kan tannhelse være et sentralt tema i en bekymringsmelding til barnevernet, og tematikken kan også være omtalt av andre helseinstanser, men er sannsynligvis sjeldent et grunnlag for rapportering alene. I motsetning til når barn er utsatt for traumer, vil omsorgssvikt i større grad kunne handle om et fravær av forebyggende tiltak over tid. Den vanligste indikatoren på omsorgssvikt er derfor det å ikke møte opp til konsultasjon. Dette er gjentatte ganger listet opp som en risikofaktor eller et «rødt flagg» i både retningslinjer og litteratur.

Årsaken til at fravær er relevant, noe Powell og Appleton (2012) presiserer, når de differensierer mellom det å ikke komme til timen (*did not attend*) og det å ikke bli tatt med til timen (*was not brought*). Ved «*did not attend*» indikeres en timeendring eller en slags forklart årsak til fraværet, mens det ved «*was not brought*» viser til foreldres eller omsorgspersoners manglende evne til eller forståelse for oppfølging av barnets tannhelse. I Toft et al. (2022) hadde barn som undersøkes på barnehuset, dobbelt så høy sannsynlighet for sistnevnte registrering. At barn blir fraværende mer periodevis, omtalt som «*dental health service avoidance*» (Tvist et al., 2018), er en spesifikk form for fravær som er fremtredende ved mistanke om omsorgssvikt. I slike tilfeller har tannhelsetjenesten kanskje god kjennskap til barnet, men vil i perioder slite med å opprettholde kontakt og gjennomføre behandling.

Sammenliknet med kontrollgrupper har barn som ikke blir jevnlig undersøkt av tannlege, dårligere munnhelse, mer gingivitt (betennelse i tannkjøtt) og mer plakk (Tvist et al., 2018; Brattbakk et al., 2018). I en studie fra England fant de en fire ganger økt sannsynlighet for dårlig tannhelse dersom ungdommen ikke hadde vært hos tannlegen det siste året (Sarri et al., 2012). Jevnlig kontakt er ansett som avgjørende for barnets helse ettersom flere studier peker på at barn som over lang tid blir fraværende fra tannhelsesjekk, først oppsøker hjelp når smerten og skaden er så stor at det blant annet blir behov for narkose ved behandling (Tvist et al., 2018; Kvist et al., 2014). En annen risiko sees i tilfeller hvor foreldre ikke gjennomfører anbefalt behandlingsløp (Schlabe et al., 2018; Khalid et al., 2022).

Barnets fysiske tilstand må sees i sammenheng med flere årsaks- og forklaringsammenhenger. I flere artikler hvor tannhelsepersonell velger å melde mistanke om omsorgssvikt, har det vært relevant hva slags atferd barnet utviser både i den kliniske situasjonen, men også i relasjon til foresatte. Dette kan være en utfordring, siden den kliniske situasjonen i utgangspunktet kan virke skremmende for mange barn. Det er ikke et veldig klart skille mellom atferd og for eksempel *tannlegeskrekk* eller tilsvarende psykiske barrierer som påvirker atferd.<sup>4</sup> Samtidig kan man forvente at frykt og ubehag hos barn normalt sett fører til at de søker seg til foresatte, enten ved noe klengete uttrykk eller ved å søke bekreftelse i sterk grad (Manea et al., 2007). Barn som er utsatt for

---

<sup>4</sup> *Imøtekommelsen av barn som fremstår sårbare og hvor det er mistanke om omsorgssvikt bør få oppleve en viss kontroll over situasjonen. For barn som utviser særlig stress vil Oh & López-Santacruz (2020) for eksempel anbefale å holde døren åpen.*

omsorgssvikt, vil kunne ha betydelige stressrelaterte atferd, mens noen barn også kan fremstå apatiske og vise generelt lite interesse og få følelser. Generelt sett ser man at barn som er utsatt for omsorgssvikt, oftere har en atferd som avviker fra hva som er forventet utfra alderen. De nasjonale retningslinjene oppfordrer helsepersonell til å snakke med barnet alene der det er mulig.

Behov for mer kunnskap om dette er derfor viktig, ettersom langsiktige konsekvenser av dårlig tannhelse har en negativ effekt på både språkutvikling, skolegang, søvn, vekt og somatisk helse generelt.

### Utvalg profesjonell praksis

Ettersom avdekking av omsorgssvikt er et tema som har fått mye faglig oppmerksomhet de siste årene, fikk det også en vesentlig plass i de nasjonale retningslinjene som ble lansert i 2022. I retningslinjene oppgis kjennskap til opplysningsplikt som et krav, mens kunnskap om tegn til omsorgssvikt som en sterk anbefaling. Før retningslinjene ble lansert, så man i en norsk studie fra 2019 at tannhelsepersonell har relativt god opplæring og kompetanse når det gjelder oppdagelse av omsorgssvikt. I studien var det tre fjerdedeler som svarte at de har fått slik opplæring, og over 90 % oppga at de opplevde støtte fra ledelse og kollegaer ved slik mistanke (Rønneberg et al., 2019). Det er likevel nærliggende å tro at det fortsatt er utfordringer i dette arbeidet, og at både faktorer som erfaring, kompetanse og regionale forskjeller spiller en rolle. Øvrige artikler som omhandler profesjonell praksis, er listet opp i tabell 3.

Det som i internasjonal litteratur hyppigst oppgis som en barriere for rapportering ved mistanke, er manglende erfaring (Bhatia et al., 2013). For at tannhelsepersonell skal oppleve trygghet ved mistanke og mulig rapportering, fremstår det avgjørende at de har kjennskap til potensielle konsekvenser for både pasienten og seg selv, at de har forståelse for lovverket, som både plikter og beskytter ved slik mistanke, og at de har tilgang på retningslinjer og opplever støtte i arbeidet (Han et al., 2022; Burgette et al., 2020; Kvist et al., 2012; Brattabø et al., 2022; Pawils et al., 2022).

Ifølge Kiatipi et al. (2021) har mistanke om omsorgssvikt tre nivåer. Svak eller lav mistanke, det laveste nivået, vil kunne løses ved råd, veiledning og oppfølging på lavest mulig nivå, som vil si ved forebyggende tiltak eller behandling hos tannlegen. I noen tilfeller kan svikt i tannpleie løses ved god undervisning om både tannpuss og diett. Det er særlige kulturelle faktorer som gjør seg relevant her, for eksempel bruk av tåteflaske med saft eller juice. Ifølge Nuzzoese et al. (2009) kan dårlig tannhelse og fysiske tegn til omsorgssvikt tidvis forklares ved at foreldre mangler kunnskap eller ferdigheter, men dette kan motvirkes med god dialog og samarbeid. Forutsetningen er at foresatte og barn møter opp til timen, noe som er en kjent utfordring ved omsorgssvikt. Et poeng som kommer frem i Hartung et al. (2019), er at det i noen tilfeller kan være lettere å motivere og gi opplæring direkte til barn og ungdom enn via foreldre, ettersom foreldre allerede kan ha etablert dårligere rutiner og har vanskeligere for å omstille seg. Samtidig er det noen barn som det er mer utfordrende å samarbeide med. Barn som har mer utagerende atferd sammenliknet med en kontrollgruppe, vil oftere ha behov for narkose ved behandling, som også er en indikasjon på at skaden er mer alvorlig eller har utviklet seg lenger før man søker behandling (Kvist et al., 2014).

For andre vil mistanke kunne føre til at andre instanser må kobles inn – og da er man på andre nivå. Et slik nivå innledes gjerne med at man drøfter saken anonymt med kolleger eller samarbeidspartnere, og til slutt eventuelt sender en melding der man rapporterer om mistanke om

omsorgssvikt. I en studie fra Tyskland ble manglende støtte problematisert som en stor institusjonell barriere (Hartung et al., 2018). Dersom det oppstår usikkerhet rundt hvem og hva som skal meldes, eller man opplever at kollegaer er utilgjengelige for konsultasjon eller lite støttende, risikerer man en høy belastning ved å stå alene med mistanken. Identifisering av omsorgssvikt er også utfordrende fordi det er vanskelig å få et helhetlig bilde i løpet av en relativt kort tannlegetime. I 2019 var det rundt 33 % av utvalget tannhelsepersonell som ikke hadde meldt fra selv om det var mistanke om blant annet omsorgssvikt (Rønneberg et al., 2019). I dette utvalget hadde rundt 75 % lært om tematikken i løpet av utdannelsen i Norge, og 88 % hadde fått opplæring i løpet av de siste fem årene. Blant tannhelsepersonell som hadde gjennomført utdannelsen i utlandet, var det en større andel saker hvor de ikke hadde rapportert ved mistanke, men det var samtidig denne gruppen som hyppigst rapporterte om mistanke. For tannleger som ofte jobber med pasienter i barnealder, ble det også rapportert mindre hyppig enn de som sjeldent har barn som pasienter. Dette er funn som viser til treffsikkerheten som oppstår når man får kompetanse og erfaring med pasientgruppen (Rønneberg et al., 2019).

Det tredje nivået inntreffer når det er særlig sterk mistanke, eller man har avdekket omsorgssvikt. Etter at bekymringsmeldingen er sendt, er man da innforstått med at informasjonen som man har gitt, kan bidra til at det etableres tiltak i regi av barnevernet, og/eller det skjer andre omveltninger i barnets liv. Men det som skjer, er i stor grad utenfor helsepersonells kontroll. Det kommer frem i Brattabø et al. (2018) at tannhelsepersonell i slike tilfeller ikke nødvendigvis mottar særlig informasjon om hva som skjer videre med saken. Dette er kanskje spesielt utfordrende i tilfeller hvor mistanken rapporteres med bakgrunn i at barnet ikke har møtt til behandling, og hvor melder ikke har fått et reelt innblikk i barnet helsetilstand og relasjon til foresatte. Det kan også oppstå usikkerhet rundt konsekvensene dersom et barn og deres familie flytter fra området og til en annen fylkeskommunes ansvarsområde. Også fra internasjonal litteratur er en barriere for rapportering at man er usikker på hva konsekvensene for barnet er (Han et al., 2022). Kjennskap til og trygghet på systemet er derfor avgjørende, både for egen forståelse av ansvar og konsekvens og for samfunnsoppdraget generelt. Videre oppfølging er gjerne nødvendig, fordi vi vet at barn under offentlig omsorg kan ha vedvarende høyere risiko for tannhelseutfordringer (Ridsdale et al., 2023; Keene et al., 2015).

Retningslinjer bør generelt inneholde presise definisjoner og kriterier for diagnose så spesifikt som det lar seg gjøre. Videre vil henvisning til konsekvenser for barnet og tydeliggjøring av sammenhenger med andre typer omsorgssvikt være nyttig. Andre elementer som også bør være med, er terapeutiske fremgangsmåter, råd for kommunikasjon med foreldre (særlig ved non-compliance), juridiske aspekter og en avklaring av forholdet til andre relevante instanser (Hartung et al., 2019).

## Kliniske verktøy og kriterier

Følgende skalaer, metodiske kriterier og verktøy redegjøres for i litteraturen:

- **The decay-missing-filled teeth (DMFT) index** er oppgitt som en av de vanligste metodene for å avdekke karies og behandlingsbehov i en større populasjon. DMFT innebærer i korte trekk en relativt overfladisk undersøkelse som oppgir antall utsatte tenner.
- **The Gingival Index (GI)** avdekker og registrerer gingivitt etter endringer i farge, form og blødning, på en skala fra 0 til 3.
- **The Dental Neglect Scale (DNS)** er et måleverktøy for hvorvidt en person tar vare på tannhelsen sin, mottar behandling og oppfatter tannhelse som viktig. I utgangspunktet er skalaen ment for foreldre som svarer på vegne av barna sine (7 punkter). En annen versjon er utviklet for voksne (6 punkter). Skalaen har også blitt validert for ungdom (Coolidge et al., 2009).
- **Dental Fear Scale (DFS)** er et måleverktøy (20 punkter) som på en skala fra 20 til 100 måler angst knyttet til tannlegebesøk, hvorav en score over 60 indikerer høy frykt. Skalaen måler unnvikelse, psykiske reaksjoner og angstårsaker.
- **The BANA test** brukes til å identifisere visse orale anaerobe bakterier som bidrar til oral lukt.
- **Traumebevisst omsorg (TIC)**



# Beskrivelse av praksis for tann- og munnhelseundersøkelse ved barnehus i Norden og i andre europeiske land

## Metode

Deskriptiv beskrivelse av praksis for vurdering av tann- og munnhelse ved barnehus i Norden og Europa basert på

- informasjon tilgjengelig på internett, hjemmesider o.l.
- publikasjoner fra barnehusene som belyser aktuell praksis
- kontakt via e-post eller telefon med aktuelle fagpersoner ved barnehusene

For å få utdypende informasjon om hvilke vurderinger tannleger gjør, ble tannleger tilknyttet barnehus ringt og intervjuet. Det ble ikke gjort kvalitativ analyse av svarene, men referat fra samtalen er gjengitt i notatet og oppsummert.

## Beskrivelse av praksis ved Statens barnehus

For å få innsikt i praksisen ved barnehusene ble det først gjennomført en generell kartlegging, etterfulgt av samtaler med tannlegene på barnehusene. Den innledende kartleggingen ble gjennomført med ønske om å få frem hvilken praksis ulike barnehus har for å gjennomføre tann- og munnhelseundersøkelser. Den delen av kartleggingen omhandlet tannlegenenes personlige vurderinger av hvilke kriterier som legges til grunn for å sannsynliggjøre omsorgssvikt.

Den første delen av kartleggingen omfattet en ringerunde til barnehus i Europa. Etter tidligere oppdrag og samarbeidsprosjekter har NKVTS kontaktinformasjonen til mange barnehus i både Norden og Europa, og disse kontaktleddene ble brukt for å gjennomføre den første delen av kartleggingen. I alt ble barnehus i elleve land i Europa forsøkt kontaktet i tidsrommet 30.08.23–20.09.23. Alle barnehusene i utvalget ble forsøkt ringt inntil tre ganger, og det ble lagt igjen beskjed på telefonsvarer der det var mulig. Det varierte hvem som besvarte henvendelsene. Når kontakt ble opprettet, ble personen som svarte, spurt om de kunne besvare henvendelsen, som besto av fem spørsmål som omhandlet tann- og munnhelse.

Tabell 1: Spørreskjema til første del av kartleggingen

|    |  |
|----|--|
| 1. | Vurderes munn og tenner (som del av den) spesielt i den rettsmedisinske undersøkelsen?<br>Are the mouth and teeth considered (as part of it) especially in the forensic examination?                         |
| 2. | Hvem utfører denne delen av undersøkelsen?<br>Who carries out this part of the examination?  |
| 3. | Har dere tannlege tilgjengelig?<br>Do you have a dentist available?  |
| 4. | Hvilke kriterier/finn skal til for å kalle det neglekt basert på undersøkelsen av tenner og munnen?<br>What criteria/findings are needed to call it neglect based on the examination of the teeth and mouth? |

|    |  |
|----|--|
| 5. | Har dere noen kriterier for når funn fra tannundersøkelsen skal rapporteres til sosialtjenesten/barneverntjenesten/ CPS?<br><br>Do you have any criteria for when findings from the dental examination must be reported to the social services/child welfare services/CPS? |
|----|--|

I alt ble barnehus i følgende elleve land i Europa forsøkt kontaktet: Albania, Bulgaria, Danmark, England, Estland, Norge, Kroatia, Spania, Sverige, Tsjekkia og Tyskland. Av de elleve utvalgte landene fikk vi kontakt med barnehus i ni land: Bulgaria, Danmark, England, Norge, Kroatia, Spania, Sverige, Tsjekkia og Tyskland. Av disse ni var det sju som hadde anledning til å besvare henvendelsen: Danmark, England, Norge, Kroatia, Spania, Sverige og Tyskland. Av barnehus i disse sju landene var det kun barnehus i Norge som hadde tannlege tilknyttet seg, mens de øvrige landene henviste til den offentlige tannhelsetjenesten etter behov.

## Norge

På bakgrunn av dette funnet ble det en ringerunde til åtte barnehus i Norge, for å få innsikt i om bruken av tannlege på barnehuset i Oslo er tilnærmet lik bruken på andre barnehus i Norge. Følgende andre barnehus ble oppringt: Bergen, Hamar, Moss, Kristiansand, Sandefjord, Stavanger, Tromsø og Ålesund. Alle de forespurte barnehusene har enten en tannlege fast tilgjengelig på barnehuset eller en avtale, for eksempel gjennom fylkestannlegen, som gir barnehuset tilgang til en tannlege som kommer ved behov.

Videre viser funnene fra kartleggingen at det er ulik praksis på barnehusene hvor ofte tannlegene blir benyttet. Avgjørelsen hviler på påtalemyndighetene, siden det er de som beslutter hvem som skal gjennomføre den rettsmedisinske undersøkelsen. Det er ikke tilstrekkelig med en generell begjæring, man må eksplisitt bestille tann- og munnundersøkelse med tannlege, ellers kobles ikke tannlegen på.

1. vanlig rettsmedisinsk undersøkelse, utføres som regel kun av en lege
2. rettsmedisinsk undersøkelse med spesifisering om en munn- og tannundersøkelse som tillegg, utføres enten kun av en lege eller av en lege og en tannlege

Flere av barnehusene rapporterte at tannlege ofte blir utelatt, og at manglende spesifisering i bestillingen skyldes manglende kompetanse hos påtalemyndighetene. Flere rapporterte at de ikke trodde påtalemyndighetene forsto nøkkelkunnskapen tannlegen kan tilføye, men at det også kan skyldes at de rett og slett ikke vet at barnehusene har tannlege tilgjengelig. Flere av barnehusene var frustrerte over at de hadde tilgang på kompetente tannleger som gjerne gjennomfører slike undersøkelser, men at de i for liten grad ble etterspurt i bestillingen.

«Så det hjelper ikke at barnehusene har kompetanse og ressurser når ikke påtalemyndighetene har det».

– sitat fra et barnehus

Det varierer i hvilken grad tannlegetilbudet er tilgjengelig i barnehusene. Variasjonen strekker seg fra de som kun har tilgang på tannlege ved bestilling, til de med høyest kapasitet, der de har flere enn én

tannlege tilgjengelig på barnehuset flere ganger i uken. Et av barnehusene som har størst tilgang på tannleger, beskriver det slik:

Vi startet opp med tannlegetilbudet i 2011. Det har vært en kjepphest å ha tannleger i teamet. To av tannlegene som vi har nå, skal ta doktorgrad på funn herfra. Nå som vi bare har tannlege tilgjengelig en dag i uken, mister vi «felleskapet» som er viktig å ha med de andre i teamet som har den medisinske kompetansen. Før var det god overlapp mellom legene og tannlegene, dette var verdifullt. Sykepleierne kan bistå tannlegen i undersøkelsen. Siden det er fylkeskommunen/tannlegesjefen som bestemmer hvor mange ressurser som kan avsettes, blir dette veldig opp til hvert enkelt fylke og deres økonomi. Det er ikke greit og går på bekostning av tilbudet til barnehusene. Heldigvis ser vår tannlegesjef dette som en del av vårt samfunnsoppdrag, og har ønske om å øke ressursene videre. Ved nedbemanningen av tannleger mister legetjenesten og tannlegene felleskapet de har i forkant av undersøkelsen, som er svært verdifullt for de med medisinsk kompetanse.

– sitat fra et barnehus

Det er derfor viktig å problematisere variasjonen i tilbudet som følger barnehusene. I forhold til resten av Europa kan det virke som Norge har kommet langt med å tilby tannlegeundersøkelse for barna på barnehusene. Samtidig hadde det vært interessant å videre utforske kompetansen og kjennskapen påtalemyndighetene har til begjæringen om rettsmedisinsk undersøkelse med tannlege. I hvilken grad er påtalemyndigheten kjent med at barnehusene har tannlege tilgjengelig? Og hvilke kriterier legger de til grunn i vurderingen om hvorvidt det er nødvendig å bestille tann- og munnundersøkelse med tannlege?

Det var kun ett av barnehusene som hadde kjennskap til hvilke kriterier/funn tannlegen la til grunn for å kalle det neglekt basert på en undersøkelse av tenner og munnen. Barnehuset som oppga svar her, beskrev at det handler om tannstatus i form av karies, sliteskader og kjevemuskulatur. De resterende barnehusene visste ikke hvilke kriterier som lå til grunn, men oppga at tannlegen hadde kunnskap om dette.

Barnevernet er allerede involvert i omtrent alle barn som kommer inn til barnehusene, men det forkommer også unntak. Barnehusene har ulik praksis når det kommer til å involvere barnevernstjenesten basert på funn i den rettsmedisinske undersøkelsen, siden dette er en vurdering som ofte gjøres fra sak til sak. Alle barnehusene var enige om at det i en rettsmedisinsk undersøkelse er en begjæring fra påtalemyndighetene som legges til grunn, og at det er påtalemyndighetene som er eier av rapporten. Funnene fra kartleggingen indikerer at det var noe variasjon i om barnehusene selv hadde rutiner for hvem som har ansvaret for å koble på barnevernet dersom det var funn i rapporten som tilsa at det var nødvendig. Her mente de aller fleste at det ansvaret fullt og helt lå i hendene til påtalemyndigheten.

To av barnehusene mente at ansvaret også hvilte både på den som utførte undersøkelsen, og at det var svært viktig at det eksplisitt ble skrevet i rapporten at barnevernet burde kobles på basert på funn. De mente også at informasjonen samtidig måtte gå til barnehuset. Barnehusene beskrev den doble varslingen som et ekstra sikkerhetsnett, slik at barnehusene hadde anledning til å følge opp og kontrollere at påtalemyndighetene koblet på barnevernstjenesten.

I en rettsmedisinsk undersøkelse rapporterer ikke barnehusene videre til barnevernet. Dette er fordi undersøkelsen er gjort på bestilling fra påtalemyndighetene. Det er de som er eier av rapporten. Det er derimot påtalemyndighetenes ansvar å koble på BVT. Vi er redde for at dette i for liten grad skjer, men ofte er BVT allerede inne. Systemet er uansett lagt opp slik at påtalemyndighetene plikter å koble på når de sitter med informasjon.

– sitat fra Barnehus

## Intervju av tannlegene på barnehusene

For å få utdypende informasjon om hvilke vurderinger tannleger gjør i med hensyn til å vurdere omsorgssvikt ble det i samtalene med barnehusene klart at vi måtte snakke med tannlegene direkte. Som et tillegg til den opprinnelige prosjektplanen ble derfor tannleger tilknyttet barnehus ringt og intervjuet. Følgende spørsmål ble forsøkt belyst:

### **Hvordan blir omsorgssvikt definert og operasjonalisert i forhold til tann og munn helse?**

### **Hvilke kriterier blir lagt til grunn når det blir konkludert med omsorgssvikt?**

Oppsummert forteller tannlegene at det mangler en definisjon av omsorgssvikt innen tannhelse som kan brukes til å konkludere med om det foreligger omsorgssvikt i enkelttilfeller. Flere av tannlegene etterlyser retningslinjer og kriterier til hjelp i slike beslutninger.

Tannlegene forteller at vurderingen av om det foreligger omsorgssvikt, er en helhetsvurdering. Her inngår barnets tannhelse som en del av et større bilde som inkluderer barnets generelle velvære og helse, historikken om hvordan tannhelse har blitt fulgt opp tidligere, samt hva barnet forteller under undersøkelsen.

## Oppsummering

### Sammenhengen mellom omsorgssvikt/vannskjøtsel og tann- og munnhelsefunn

Samlet viser litteraturgjennomgangen at det er en sammenheng mellom omsorgssvikt og tann- og munnhelse. Det er imidlertid ingen klare kriterier for når tannhelsepersonell bør konkludere med omsorgssvikt. De fleste forfatterne konkluderer med at en slik vurdering må gjøres individuelt, og at faktorer både ved foresatte, barnet og omgivelsene må vektlegges. Spesielt forutsetter både definisjoner og artikler at det må være et tilgjengelig og kjent tannhelsetjenestetilbud for at mangelfull oppfølging av tannhelse skal kunne regnes som omsorgssvikt. Videre vektlegges det om foreldre har fått råd og anbefalinger som de ikke klarer å følge opp. I drøftelsene av definisjoner er det forståelse for at utfordrende atferd hos barnet kan være en medvirkende årsak til dårlig tann- og munnhelse, men det vektlegges at det å sørge for adekvat tannbehandling allikevel er et foreldreansvar. Omsorgssvikt relatert til tannhelse forekommer sjelden isolert, og det er ofte bekymring i forhold om hvorvidt barnet får dekket sine basale behov på flere områder. Flere studier har også funnet en sammenheng mellom dental neglekt og annen barnemishandling og seksuelle overgrep. En beslutning om å melde videre til barnevern eller andre myndigheter vil derfor ofte også bygge på andre bekymringsfulle forhold. Videre vil avgjørelser om inngripen fra det offentlige sjelden bygge på forhold knyttet til munn- og tannhelse alene.

Med hensyn til definisjoner ser vi at det blir tatt utgangspunkt i definisjonene av omsorgssvikt generelt – «omsorgssvikt innebærer og å forsømme å dekke et barns grunnleggende behov i en slik grad at det utsettes for fysisk eller psykisk skade eller fare» – og så spesifiseres det opp mot munn- og tannhelse. «Dental neglect» var det mest brukte begrepet, og det refererer til foreldres vedvarende manglende oppfølging av nødvendig tannhelse for barn, inkludert forebygging og behandling av tannproblemer. Også begrepene «dental prevention neglect», «dental treatment neglect» og «dental disability» ble brukt for å beskrive ulike aspekter av omsorgssvikt innen tannhelse. Begrepene «dental prevention neglect» og «dental treatment neglect» fokuserer på henholdsvis manglende forebygging og manglende behandling av tannproblemer over tid, og «dental disability» refererer til alvorlige konsekvenser av dårlig tannhelse som kan påvirke barns funksjonsevne og livskvalitet.

Trygghet i å identifisere og diagnostisere omsorgssvikt avhenger i stor grad av tannhelsepersonellens erfaring og kompetanse. Barrierer for å rapportere mistanke om omsorgssvikt inkluderer frykt for feilaktig rapportering, mangel på tid og ressurser samt frykt for konsekvenser for barna. Forskning viser at retningslinjer kan bidra til økt rapportering og trygghet i vurderingene (Brattabø et al., 2019, Kvist et al. 2017).

Omsorgssvikt vurderes ut fra et helhetsbilde, der tannhelse er et relevant element. Dårlig tannhelse, inkludert alvorlig karies, betennelse i tannkjøtt, smerter og behov for å trekke mange tenner kan være tegn på omsorgssvikt. Terskler for mistanke om omsorgssvikt kan variere, men alvorlig ubehandlet karies eller andre skader eller forandringer som er lett synlig også for legfolk, og som barnet ikke blir tatt med til behandling for, har blitt nevnt som kriterier der omsorgssvikt må vurderes. Konsekvenser som forsinket språkutvikling, vektnedgang som følge av spisevansker og talevansker som følge av dårlig tann- og munnhelse som kan knyttes til manglende oppfølging fra foreldre, gjør at man kan konkludere med at det dreier seg om alvorlig og dermed meldepliktig omsorgssvikt.

Manglende oppmøte til avtaler hos tannlege eller tannpleier er av flere omtalt som en indikator på omsorgssvikt. Dette kan skyldes at foreldrene mangler forståelse for barnets behov, eller har

manglende vilje til å møte disse behovene. Dersom foreldrene evner å ta imot råd og endre praksis, vil det ikke lenger foreligge omsorgssvikt. Om det ikke er mulig å få til forandring, og resultatet blir behov for smertefulle og omfattende tannbehandlinger, må dette regnes som omsorgssvikt, og meldeplikten til barnevernet trer inn. En juridisk gjennomgang har imidlertid gjort det klart at det ikke er lovhjemmel for å melde kun som følge av at barnet ikke har blitt tatt med til kontroller. Det må foreligge grunn til å tro at det dreier seg om alvorlig mishandling (Tannhelsetjenester til barn og unge 0–20 år. Helsedirektoratet (2022).

## Hvordan omsorgssvikt/vannskjøtsel og tann- og munnhelsefunn blir vurdert og fulgt opp ved barnehus og sammenliknbare institusjoner i andre land

Det er variasjon i tannlegetilbudet som er tilgjengelig ved barnehusene i Norge. Variasjonen strekker seg fra de som kun har tilgang på tannlege ved bestilling, til de som har flere enn én tannlege tilgjengelig på barnehuset flere ganger i uken.

I samtalen med barnehusene kommer det klart frem at det er påtalemyndigheten som avgjør hvem som skal gjennomføre den rettsmedisinske undersøkelsen, og dermed hvilke barn som skal undersøkes av tannlege. Det er ikke tilstrekkelig med en generell begjæring, det må eksplisitt foreligge et mandat for tann- og munnundersøkelse med tannlege. Flere av barnehusene rapporterte at tannlegeundersøkelse ofte blir utelatt, fordi det mangler spesifisering i bestillingen. De nevner manglende kompetanse hos påtalemyndighetene som årsak til at dette blir utelatt.

Søk etter forskningsartikler med utvalg fra barnehus eller liknende institusjoner som omhandler tann- og munnhelse, ga kun ett treff. Dette var en norsk artikkel fra 2022. I studien finner de mer problemer knyttet til tannhelse hos barn som kommer til barnehus, enn hos et kontrollutvalg. De konkluderer med at det er behov for å vurdere tann- og munnhelse som del av evalueringen ved mistanke om barnemishandling. Studien benytter data fra den offentlige tannhelsetjenesten og tar ikke for seg hvordan tannhelse blir vurdert ved barnehus.

Manglende publikasjoner er ikke overraskende, siden vi finner at få, om noen, barnehus utenfor Norge har etablert et tannlegetilbud. Ingen av de barnehusene vi kontaktet utenfor Norge, hadde tannlege tilknyttet fast. Ved de barnehusene hvor det ble gjennomført rettsmedisinske undersøkelser, var det lege som også vurderte munn og tenner, og barnet ble henvist til lokal tannhelsetjeneste dersom det ble avdekket problemer. De vi kontaktet, ga uttrykk for at tannhelse var viktig å vurdere i tilknytning til mishandling og omsorgssvikt, og flere ønsket at de hadde tilgjengelig tannlege eller faste tannleger å samarbeide med. At tannhelse også ansees viktig i andre land, blir tydeliggjort ved at barna i det danske prosjektet «Systematisk Retsmedicinsk Screening af Børn ved Mistanke om Vold» ble vurdert av rettsmedisinere, helsesykepleiere og tannlege, men dette synes ikke å ha blitt etablert som fast praksis i Danmark i etterkant av prosjektet.

I og med at det ikke var tannlegetilbud ved barnehusene utenfor Norge, var det ikke mulig å svare ut mer detaljert om hvordan omsorgssvikt og tann- og munnhelse ble vurdert og fulgt opp. Det var ikke mulig innenfor rammen av dette prosjekt å kontakte ulike lokale tannhelsetjenester. Også da vi kontaktet de norske barnehusene, kunne ikke de fast ansatte der svare på hvordan omsorgssvikt ble vurdert. De henviste oss videre til tannlegene. Som en utvidelse av prosjektet ble derfor tannleger ved fire barnehus interjuvet.

Oppsummerte forteller tannlegene at det mangler en definisjon av omsorgssvikt innen tannhelse, som de kan bruke til å konkludere med om det foreligger omsorgssvikt i enkelttilfeller. Flere av tannlegene etterlyser retningslinjer og kriterier til hjelp i slike beslutninger. Litteraturgjennomgangen

har vist at det er vanskelig å definere klare kriterier, og en tannlege nevner at manglende støtte i faglitteraturen gjør det vanskelig å konkludere med omsorgssvikt. Litteraturen er imidlertid klar på at retningslinjer som beslutningsstøtte er med på å øke årvåkenheten og gi flere varslinger. Tannlegene selv etterlyser altså mer forskning og tydeligere definisjoner for å hjelpe dem å styrke konklusjonene deres.

Tannlegene forteller at det er en helhetsvurdering om det foreligger omsorgssvikt. Barnets tannhelse er en del av et større bilde, som inkluderer barnets generelle velvære og helse, historikken for hvordan tannhelsen har blitt fulgt opp tidligere, samt hva barnet forteller under undersøkelsen. Det blir påpekt at kulturelle faktorer kan spille en rolle i vurderingen av omsorgssvikt. Det blir understreket at det er behov for å samarbeide med andre fagpersoner på barnehusene og å få opplæring for å forbedre vurderingsprosessen.

## Referanser

- Bhatia, S. K., Maguire, S. A., Chadwick, B. L., Hunter, M. L., Harris, J. C., Tempest, V., Mann, M. K., & Kemp, A. M. (2014). Characteristics of child dental neglect: A systematic review. *Journal of Dentistry*, 42(3), 229–239. <https://doi.org/10.1016/j.ident.2013.10.010>
- Brattabo, I. V., Bjørknes, R., & Astrom, A. N. (2018). Reasons for reported suspicion of child maltreatment and responses from the child welfare - a cross-sectional study of Norwegian public dental health personnel. *BMC Oral Health*, 18(1), 29–29. <https://doi.org/10.1186/s12903-018-0490-x>
- Brattabø, I. V., Bjørknes, R., Breivik, K., & Åstrøm, A. N. (2019). Explaining the intention of dental health personnel to report suspected child maltreatment using a reasoned action approach. *BMC Health Services Research*, 19(1), 507–507. <https://doi.org/10.1186/s12913-019-4330-8>
- Brattabø, I. V., Iversen, A. C., Åstrøm, A. N., & Bjørknes, R. (2016). Experience with suspecting child maltreatment in the Norwegian public dental health services, a national survey. *Acta Odontologica Scandinavica*, 74(8), 626–632. <https://doi.org/10.1080/00016357.2016.1230228>
- Brattabø, I. V., Lie, S. A., & Åstrøm, A. N. (2022). Dental health personnel's experience with receiving inquiries from child welfare services: a national cross-sectional study. *Acta Odontologica Scandinavica*, 80(4), 281–288. <https://doi.org/10.1080/00016357.2021.2003428>
- Burgette, J. M., Safdari-Sadaloo, S. M., & Van Nostrand, E. (2020). Child dental neglect laws: Specifications and repercussions for dentists in 51 jurisdictions. *The Journal of the American Dental Association* (1939), 151(2), 98–107.e5. <https://doi.org/10.1016/j.adaj.2019.09.010>
- Coolidge, T., Heima, M., Johnson, E. K., & Weinstein, P. (2009). The Dental Neglect Scale in adolescents. *BMC Oral Health*, 9(1), 2–2. <https://doi.org/10.1186/1472-6831-9-2>
- Eilenberger, L. (2022). Systematisk Retsmedicinsk Screening af Børn ved Mistanke om Vold - En erfaringsopsamling fra et 2-årigt interventionsprojekt 2020-2022. Redaktører: Pernille Spitz, Jytte Banner & Brian Belling. [https://retsmedicin.ku.dk/pdf\\_filer/ri-rpa-samle/Boernehushusprojekt\\_erfaringsopsamling\\_juni\\_2022.pdf](https://retsmedicin.ku.dk/pdf_filer/ri-rpa-samle/Boernehushusprojekt_erfaringsopsamling_juni_2022.pdf)
- Han, H., Lees, A. B. B., Morse, Z., & Koziol-McLain, J. (2022). Child abuse knowledge and attitudes among dental and oral health therapists in Aotearoa New Zealand: a cross-sectional study. *BMC Health Services Research*, 22(1), 1504–1504. <https://doi.org/10.1186/s12913-022-08907-1>
- Hartung, B., Schaper, J., Fischer, K., & Ritz-Timme, S. (2019). Care for children with dental neglect: identification of problems and approaches to solving them. *International Journal of Legal Medicine*, 133(2), 641–650. <https://doi.org/10.1007/s00414-018-1938-x>
- Jenkins, G. W., Bresnen, D., Jenkins, E., & Mullen, N. (2018). Dental Abscess in Pediatric Patients: A Marker of Neglect. *Pediatric Emergency Care*, 34(11), 774–777. <https://doi.org/10.1097/PEC.0000000000001611>

Karst, F. W., Brandsma, D. S., Ilyas, N., Kabban, M., & Fan, K. (2022). Dento-facial infections in children - A potential red flag for child neglect? *The Surgeon (Edinburgh)*, 20(6), 373–377.

<https://doi.org/10.1016/j.surge.2021.12.010>

Keene, E. J., Skelton, R., Day, P. F., Munyombwe, T., & Balmer, R. C. (2015). The dental health of children subject to a child protection plan. *International Journal of Paediatric Dentistry*, 25(6), 428–435.

<https://doi.org/10.1111/ipd.12149>

Khalid, G., Metzner, F., & Pawils, S. (2022). Prevalence of dental neglect and associated risk factors in children and adolescents—A systematic review. *International Journal of Paediatric Dentistry*, 32(3), 436–446.

<https://doi.org/10.1111/ipd.12923>

Kiatipi, M., Davidopoulou, S., Arapostathis, K., & Arhakis, A. (2021). Dental Neglect in Children: A Comprehensive Review of the Literature. *The Journal of Contemporary Dental Practice*, 22(2), 199–204.

<https://doi.org/10.5005/jp-journals-10024-3019>

Kvist, T., Annerbäck, E.-M., & Dahllöf, G. (2018). Oral health in children investigated by Social services on suspicion of child abuse and neglect. *Child Abuse & Neglect*, 76, 515–523.

<https://doi.org/10.1016/j.chiabu.2017.11.017>

Kvist, T., Coccozza, M., Annerbäck, E., & Dahllöf, G. (2017). Child maltreatment – prevalence and characteristics of mandatory reports from dental professionals to the social services. *International Journal of Paediatric Dentistry*, 27(1), 3–10. <https://doi.org/10.1111/ipd.12230>

Kvist, T., Malmberg, F., Boqvist, A.-K., Larheden, H., & Dahllöf, G. (2012). Clinical routines and management of suspected child abuse or neglect in Public Dental Service in Sweden. *Swedish Dental Journal*, 36(1), 15–23.

Kvist, T., Zedren-Sunemo, J., Graca, E., & Dahllöf, G. (2014). Is treatment under general anaesthesia associated with dental neglect and dental disability among caries active preschool children? *European Archives of Paediatric Dentistry*, 15(5), 327–332. <https://doi.org/10.1007/s40368-014-0118-z>

Manea, S., Favero, G. A., Stellini, E., Romoli, L., Mazzucato, M., & Facchin, P. (2007). Dentists' perceptions, attitudes, knowledge, and experience about child abuse and neglect in Northeast Italy. *The Journal of Clinical Pediatric Dentistry*, 32(1), 19–26. <https://doi.org/10.17796/jcpd.32.1.f920721252jx3614>

Mezzich, A. C., Bretz, W. A., Day, B.-S., Corby, P. M., Kirisci, L., Swaney, M., Cornelius, J. R., & Weyant, R. J. (2007). Child Neglect and Oral Health Problems in Offspring of Substance-Abusing Fathers. *The American Journal on Addictions*, 16(5), 397–402. <https://doi.org/10.1080/10550490701525509>

National Collaborating Centre for Women's and Children's Health (UK). (2009). When to suspect child maltreatment. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/21938864/>

Nuzzolese, E., Lepore, M., Montagna, F., Marcario, V., De Rosa, S., Solarino, B., & Di Vella, G. (2009). Child abuse and dental neglect: the dental team's role in identification and prevention. *International Journal of Dental Hygiene*, 7(2), 96–101. <https://doi.org/10.1111/j.1601-5037.2008.00324.x>

Pantelewicz, A. M., & Olczak-Kowalczyk, D. (2020). Erosive Tooth Wear, Presence of Parafunctional Habits and Tooth Injuries-Occurrence in a Group of Children and Adolescents Exposed to Domestic Violence. *The Journal of Clinical Pediatric Dentistry*, 44(6), 429–435. <https://doi.org/10.17796/1053-4625-44.6.7>

Pawils, S., Lindeman, T., & Lemke, R. (2022). Dental Neglect and Its Perception in the Dental Practice. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 19(11), 6408.

<https://doi.org/10.3390/ijerph19116408>

Ridsdale, L., Johnston, L., James, N., & Balmer, R. (2023). Looked after children: an overview for the dental team. *British Dental Journal*, 234(1), 34–38. <https://doi.org/10.1038/s41415-022-5359-3>

Rodrigues, J. L. S. ., Lima, A. P. ., Nagata, J. Y., Rigo, L., Cericato, G. O., Franco, A., & Paranhos, L. R. (2016). Domestic violence against children detected and managed in the routine of dentistry – A systematic review. *JOURNAL OF FORENSIC AND LEGAL MEDICINE*, 43, 34–41. <https://doi.org/10.1016/j.jflm.2016.07.006>



Sarkar, R., Ozanne-Smith, J., & Bessed, R. (2020). Mandatory reporting of child physical abuse and dental neglect by Australian dentists. *Forensic Science, Medicine, and Pathology*, 16(1), 134–142.  
<https://doi.org/10.1007/s12024-019-00180-9>

Sarri, G., Evans, P., Stansfeld, S., & Marcenes, W. (2012). A school-based epidemiological study of dental neglect among adolescents in a deprived area of the UK. *British Dental Journal*, 213(10), E17–E17.  
<https://doi.org/10.1038/sj.bdj.2012.1042>

Schlabe, J., Kabban, M., Chapiroau, D., & Fan, K. (2018). Paediatric dento-facial infections – A potential tool for identifying children at risk of neglect? *British Dental Journal*, 225(8), 757–761.  
<https://doi.org/10.1038/sj.bdj.2018.862>

Tannhelsetjenester til barn og unge 0–20 år. Helsedirektoratet (2022).  
<https://www.helsedirektoratet.no/retningslinjer/tannhelsetjenester-til-barn-og-unge-020-ar/Barnemishandling-seksuelle-overgrep-eller-omsorgssvikt-av-barn-og-unge>

Toft, J., Myhre, A. K., Sun, Y.-Q., Willumsen, T., & Ronneberg, A. (2022). Oral health history in children referred to a child advocacy center in Norway. *Child Abuse & Neglect*, 132, 105789–105789.  
<https://doi.org/10.1016/j.chiabu.2022.105789>

## Vedlegg

Tabell 2 Artikler som omhandler dental neglekt og der studieutvalget er barn og ungdom

| TITLE   | TIDSSKRIFT  | LAND      | FORFATTERE   |
|---|---|-----------|--|
| <b>A school-based epidemiological study of dental neglect among adolescents in a deprived area of the UK</b>  | British Dental Journal. 213(10): E17, 2012  | UK        | Sarri G<br>Evans P<br>Stansfeld S<br>Marcenes W            |
| <b>Association between adolescents' self-perceived oral health and self-reported experiences of abuse.</b>  | European Journal of Oral Sciences. 121(6):594-9, 2013   | Sverige   | Kvist T<br>Annerback EM<br>Sahlqvist L<br>m.fl.            |
| <b>Association Between Severe Dental Caries and Child Abuse and Neglect</b>   | Journal of Oral & Maxillofacial Surgery. 75(11):2304-2306, 2017   | Nederland | Sillevis Smitt H<br>de Leeuw J<br>de Vries T               |
| <b>Characteristics of child dental neglect: a systematic review</b>   | Journal of Dentistry. 42(3):229-39, 2014  | Review    | Bhatia SK<br>Maguire SA<br>Chadwick BL<br>m.fl.            |
| <b>Child neglect and oral health problems in offspring of substance-abusing fathers</b>   | American Journal on Addictions. 16(5):397-402, 2007   | USA       | Mezzich AC<br>Bretz WA<br>Day BS<br>m.fl.                  |
| <b>Dental Abscess in Pediatric Patients: A Marker of Neglect.</b>   | Pediatric Emergency Care. 34(11):774-777, 2018  | UK        | Jenkins GW<br>Bresnen D<br>Jenkins E<br>Mullen N           |
| <b>Dental Neglect and Its Perception in the Dental Practice.</b>  | International Journal of Environmental Research & Public Health 19(11), 2022  | Tyskland  | Pawils S<br>Lindeman T<br>Lemke R                          |
| <b>Dental Neglect in Children: A Comprehensive Review of the Literature</b>   | Journal of Contemporary Dental Practice [Electronic Resource]. 22(2):199-204, 2021  | Review    | Kiatipi M<br>Davidopoulou S<br>Arapostathis K<br>Arhakis A |
| <b>Dento-facial infections in children - A potential red flag for child neglect?</b>  | Surgeon Journal of the Royal Colleges of Surgeons of Edinburgh & Ireland. 20(6):373-377, 2022                                   | UK        | Karst FW<br>Brandsma DS<br>Ilyas N<br>m.fl.                |
| <b>Erosive Tooth Wear, Presence of Parafunctional Habits and Tooth Injuries- Occurrence in a Group of Children and Adolescents Exposed to Domestic Violence</b> | Journal of Clinical Pediatric Dentistry. 44(6):429-435, 2020  | Polen     | Pantelewicz AM<br>Olczak-Kowalczyk D                       |
| <b>Is treatment under general anaesthesia associated with dental neglect and dental disability among caries active preschool children?</b>                      | European Archives of Paediatric Dentistry: Official Journal of the European Academy of Paediatric Dentistry. 15(5):327-32, 2014 | Sverige   | Kvist T<br>Zedren-Sunemo J<br>m.fl.                        |

|  |   |         |  |
|--|---|---------|--|
| <b>Oral health history in children referred to a child advocacy center in Norway</b>   | Child Abuse & Neglect. 132:105789, 2022                                 | Norge   | Toft J<br>Myhre AK<br>Sun YQ<br>Willumsen T<br>Rønneberg A |
| <b>Oral health in children investigated by Social services on suspicion of child abuse and neglect</b>                                       | Child Abuse & Neglect. 76:515-523, 2018                                 | Sverige | Kvist T<br>Annerback EM<br>Dahløf G                        |
| <b>Paediatric dento-facial infections - a potential tool for identifying children at risk of neglect?</b>                                    | British Dental Journal. 225(8):757-761, 2018                            | UK      | Schlabe J<br>Kabban M<br>Chapireau D<br>Fan K              |
| <b>Prevalence of dental neglect and associated risk factors in children and adolescents-A systematic review</b>                              | International Journal of Paediatric Dentistry. 32(3):436-446, 2022 May. | Review  | Khalid G<br>Metzner F<br>Pawils S                          |
| <b>Prevalence of early childhood caries in a population of children with history of maltreatment</b>   | Journal of Public Health Dentistry. 68(2):94-101, 2008                  | Canada  | Valencia-Rojas N<br>Lawrence HP<br>Goodman D               |
| <b>Protecting children</b>   | British Dental Journal. 202(7):422-3, 2007 Apr 14.                      | UK      | Sidebotham PD<br>Harris JC                                 |
| <b>The Dental Neglect Scale in adolescents</b>   | BMC Oral Health. 9:2, 2009  | UK      | Coolidge T<br>Heima M<br>Johnson EK<br>Weinstein P         |
| <b>The "Neglected" Relationship Between Child Maltreatment and Oral Health? An International Scoping Review of Research</b>                  | Trauma Violence & Abuse. 22(2):265-276, 2021 04.                        | Review  | Bradbury-Jones C<br>Isham L<br>Morris AJ<br>Taylor J       |
| <b>The dental health of children subject to a child protection plan</b>  | International Journal of Paediatric Dentistry. 25(6):428-35, 2015 Nov.  | UK      | Keene EJ<br>Skelton R<br>Day PF<br>m.fl                    |
| <b>The dentist's role in recognizing childhood abuses: study on the dental health of children victims of abuse and witnesses to violence</b> | European Journal of Paediatric Dentistry. 10(4):185-7, 2009             | Italia  | Montecchi PP<br>Di Trani M Sarzi<br>Amadè D<br>m.fl.       |
| <b>Understanding child neglect. Current perspectives in dentistry</b>  | Primary Dental Care. 17(3):105-9, 2010                                  | UK      |  |

Tabell 3 Artikler som omhandler dental neglekt og der studieutvalget er tannhelsepersonell

| TITLE   | TIDSSKRIFT   | LAND        | FORFATTERE  |
|---|--|-------------|---|
| <b>Barriers and factors influencing communication between dental professionals and Child Welfare Services in their everyday work.</b> | International Journal of Paediatric Dentistry. 29(6):684-691, 2019 | Norge       | Rønneberg A<br>Nordgarden H<br>Skaare AB<br>Willumsen T |
| <b>Care for children with dental neglect: identification of problems and approaches to solving them.</b>                              | International Journal of Legal Medicine. 133(2):641-650, 2019      | Tyskland    | Hartung B<br>Schaper J<br>Fischer K<br>Ritz-Timme S     |
| <b>Child abuse and dental neglect: the dental team's role in identification and prevention.</b>                                       | International Journal of Dental Hygiene. 7(2):96-101, 2009         | Italia      | Nuzzolese E<br>Lepore M<br>Montagna F<br>m.fl.          |
| <b>Child abuse knowledge and attitudes among dental and oral health therapists in Aotearoa New Zealand: a cross-sectional study</b>   | BMC Health Services Research. 22(1):1504, 2022                     | New Zealand | Han H<br>Lees AB<br>Morse Z<br>Koziol-McLain J          |
| <b>Child dental neglect laws: Specifications and repercussions for dentists in 51 jurisdictions.</b>                                  | Journal of the American Dental Association. 151(2):98-107.e5, 2020 | USA         | Burgette JM<br>Safdari-Sadaloo SM<br>Van Nostrand E     |
| <b>Child maltreatment - prevalence and characteristics of mandatory reports from dental professionals to the social services.</b>     | International Journal of Paediatric Dentistry. 27(1):3-10, 2017    | Sverige     | Kvist T<br>Cocozza M<br>Annerback EM<br>Dahllof G       |
| <b>Clinical routines and management of suspected child abuse or neglect in public dental service in Sweden</b>                        | Swedish Dental Journal. 36(1):15-24, 2012.                         | Sverige     | Kvist T<br>Malmberg F Boovist<br>AK<br>m.fl             |
| <b>Dental health personnel's experience with receiving inquiries from child welfare services: a national cross-sectional study.</b>   | Acta Odontologica Scandinavica. 80(4):281-288, 2022                | Norge       | Brattabø IV<br>Lie SA<br>Astrøm AN                      |
| <b>Dentists' perceptions, attitudes, knowledge, and experience about child abuse and neglect in northeast Italy</b>                   | Journal of Clinical Pediatric Dentistry. 32(1):19-25, 2007         | Italy       | Manea S<br>Favero GA<br>Stellini E<br>m.fl.             |
| <b>Domestic violence against children detected and managed in the routine of dentistry - A systematic review</b>                      | Journal of Forensic & Legal Medicine. 43:34-41, 2016               | Review      | Rodrigues JLSA<br>Lima APB<br>Nagata JY<br>m.fl         |
| <b>Experience with suspecting child maltreatment in the Norwegian public dental health services, a national survey.</b>               | Acta Odontologica Scandinavica. 74(8):626-632, 2016                | Norge       | Brattabø IV<br>Iversen AC<br>Astrom AN<br>Bjørknes R    |

|  |  |             |   |
|--|--|-------------|---|
| <b>Explaining the intention of dental health personnel to report suspected child maltreatment using a reasoned action approach</b>                                     | BMC Health Services Research. 19(1):507, 2019 Jul 22.                | Norge       | Brattabø IV<br>Bjørknes R<br>Breivik K<br>Astrøm AN   |
| <b>Knowledge, experiences and attitudes of dental health professionals towards reporting child abuse in Western Australia</b>  | Australian Dental Journal. 66(2):194-200, 2021                       | Australia   | Kugananthan S<br>Nguyen T<br>Patel J<br>Anthonappa R  |
| <b>Looked after children: an overview for the dental team.</b>   | British Dental Journal. 234(1):34-38, 2023                           | UK          | Ridsdale L<br>Johnston L<br>James N<br>Balmer R       |
| <b>Mandatory reporting of child physical abuse and dental neglect by Australian dentists<br/>Review</b>  | Forensic Science, Medicine & Pathology. 16(1):134-142, 2020          | Australia   | Sarkar R<br>Ozanne-Smith J<br>Bassed R                |
| <b>New Zealand dental therapists' beliefs regarding child maltreatment</b>   | Australian & New Zealand Journal of Public Health. 38(5):480-4, 2014 | New Zealand | Tilvawala D<br>Murray C<br>Farah R<br>Broadbent JM    |
| <b>Paediatric dentists' role in child protection practice: Progress over time?</b>   | International Journal of Paediatric Dentistry. 32(5):714-723, 2022   | UK          | Harris JC<br>Baker SR<br>Elcock C                     |
| <b>Reasons for reported suspicion of child maltreatment and responses from the child welfare - a cross-sectional study of Norwegian public dental health personnel</b> | BMC Oral Health. 18(1):29, 2018                                      | Norge       | Brattabø IV<br>Bjørknes R<br>Astrøm AN                |
| <b>Reporting suspicion of child maltreatment - a 5 yr follow-up of public dental health care workers in Norway</b>   | Acta Odontologica Scandinavica. 80(3):169-176, 2022                  | Norge       | Astrøm AN<br>Berge KG<br>Brattabø IV                  |
| <b>Safeguarding children in dental practice</b>  | Dental Update. 34(8):508-10, 513-4, 517, 2007                        | UK          | Harris JC Sidebotham<br>PD Welbury RR                 |
| <b>Safeguarding children in dentistry: 1. Child protection training, experience and practice of dental professionals with an interest in paediatric dentistry</b>      | British Dental Journal 206(8):409-14, 2009                           | UK          | Harris JC<br>Elcock C, Sidebotham<br>PD Welbury RR    |
| <b>Safeguarding children in dentistry: 2. Do paediatric dentists neglect child dental neglect?</b>   | British Dental Journal, 9;206(9):465-70, 2009                        | UK          | Harris JC<br>Elcock C Sidebotham<br>PD<br>Welbury RR. |
| <b>The dilemma of reporting suspicions of child maltreatment in pediatric dentistry</b>  | European Journal of Oral Sciences. 122(5):332-8, 2014                | Sverige     | Kvist T<br>Wickstrom A<br>Miglis I<br>Dahllof G       |
| <b>The Scottish dental practitioner's role in managing child abuse and neglect</b>   | British Dental Journal. 214(9): E24, 2013 May.                       | UK          | Harris CM<br>Welbury R<br>Cairns AM                   |

