



Linda Næss, Ragnhild Bjørknes og Ingrid Vaksdal Brattabø

Tannhelsepersonellets rolle for å oppdage barn utsatt for mishandling eller omsorgssvikt

Den offentlige tannhelsetjenesten i Sogn og Fjordane, Hordaland og Rogaland utviklet i 2011 intervensjonen *Tannhelse og barnevern* for å etablere en bedre praksis i å oppdage barn som er utsatt for mishandling eller omsorgssvikt. I denne artikkelen presenteres det rettslige rammeverket for tannhelsepersonells opplysningsplikt til barnevernet, og beskriver deretter hovedkomponentene i intervensjonen *Tannhelse og barnevern*. Det settes også fokus på viktige faktorer for å sikre vellykket implementering av programmet i tannhelsetjenesten før artikkelen avsluttes med en kort orientering om det pågående forskningsprosjektet *Tannhelse og barnevern – samhandling til beste for barnet*. Studien er et samarbeidsprosjekt mellom HEMIL-senteret ved Universitetet i Bergen (UiB), og Tannhelsetjenestens kompetansesenter Vest, avdelingene Hordaland og Rogaland.

Den offentlige tannhelsetjenesten er den eneste helsetjenesten i Norge som kaller inn alle barn og unge mellom 3 og 18 år til regelmessig undersøkelse gjennom hele oppveksten. Innkallingen til den offentlige tannhelsetjenesten er hjemlet i tannhelsetjenesteloven § 1–3, 1. ledd bokstav a. Etter denne paragrafen skal Den offentlige tannhelsetjenes-

ten gi et regelmessig og oppsøkende tilbud til barn og ungdom fra fødsel til og med det året de fyller 18 år.

Undersøkelsene som foretas i forbindelse med innkallingen gir viktig informasjon om barnets orale- og generelle helse, barnets utvikling samt samspillet mellom barn og foreldre. Dette gjør at tannhelsepersonell er i en unik posisjon til å oppdage barn som er utsatt for mishandling eller andre typer alvorlig omsorgssvikt (1). Slike bekymringer er svært komplekse og gjenstand for vurderinger, usikkerhet og dilemma for alle profesjoner. Det er ingen enkel fasit for når meldeplikten til barnevernet inntreffer for tannhelsepersonell. Særlig kan det være en utfordring for tannlege eller tannpleier å differensiere mellom karies og den dentale omsorgssvikt som gir grunnlag for bekymringsmelding til barnevernet (2). I en nyere svensk studie ble det undersøkt hvilke faktorer svenske pedodontister mener hindrer rapportering til barnevernet. Funnene viser at bekymringsmeldinger til barnevernet gir en rollekonflikt som kan føre til et etisk og klinisk dilemma (3). Dette kan forklare noen av årsakene til at internasjonal og nasjonal forskning viser at det foreligger underreportering av bekymringsmeldinger sendt til barnevernstjenesten fra tannhelsepersonell (4–8).

I 2011 ble det sendt totalt 474 bekymringsmeldinger fra Den offentlige tannhelsetjenesten i Norge til barnevernstjenesten (9). Året før (2010) ble forekomst av omsorgssvikt og mishandling av barn i Norge stipulert til 5–8 prosent (10). Dette styrker mistanken om at det kan være underreportering fra Den offentlige tannhelsetjenesten i Norge. På denne bakgrunnen, ble det i Den offentlige tannhelsetjenesten i 2011 iverksatt en intervensjon som skulle gjøre det enklere for de ansatte å fange opp barn som kan være utsatt for omsorgssvikt og/eller mishandling. Intervensjonen, *Tannhelse og barnevern*

ble utviklet av Den offentlige tannhelsetjenesten i Sogn og Fjordane, Hordaland og Rogaland, i samarbeid med Statens Barnehus, Bergen, barneklubben ved Institutt for klinisk odontologi UiB og Ressurscenter om vold, traumatisk stress og selvmordsforebygging (RVTS). Intervensjonens hovedkomponenter er (i) Kunnskap om meldeplikt etter gjeldende regelverk; (ii) Kompetanseheving i tannhelsetjenesten om barn som er utsatt for barnemishandling, overgrep og andre former for alvorlig omsorgssvikt; (iii) Samarbeidsavtale mellom barnevernet og tannhelsetjeneste; (iv) Interne rutiner for innsending av bekymringsmeldinger.

I utgangspunktet er intervensjonen *Tannhelse og barnevern* utformet med tanke på Den offentlige tannhelsetjenesten, men også tannhelsepersonell i privat virksomhet kan møte barn som er utsatt for mishandling eller omsorgssvikt. Dette har interesse for tannhelsepersonell både i offentlig og privat praksis.

Barnevernstjenesten som adressat for bekymringsmeldinger

Barnevernstjenesten har som hovedoppgave å sikre at barn og unge som lever under forhold som kan skade deres helse og utvikling, får den nødvendige hjelp og omsorg, jf. barnevernloven § 1–1. Det er de foresattes oppgave å sørge for barnets oppvekst og omsorg, mens det er barneverntjenesten som er ansvarlig for å avdekke omsorgssvikt eller mishandling, og iverksette tiltak for å hjelpe barnet. Barnevernet skal etter § 3–2, 2. ledd samarbeide med andre sektorer og forvaltningsorganer når dette kan bidra til å løse disse oppgavene.

Når barneverntjenesten mottar en melding fra for eksempel tannhelsepersonell, skal meldingen vurderes snarest og senest innen en uke, jf. barnevernloven § 4–2. Meldingen kan resultere i at

Forfattere

Linda Næss, fagleder, jurist, Tannhelse Rogaland FK. Næss er tilknyttet studien *Tannhelse og barnevern – samhandling til beste for barnet*, for fremstilling av den juridiske analysen av opplysningsplikt til barnevernet

Ragnhild Bjørknes, førsteamanuensis. Prosjektleder for *Tannhelse og barnevern – samhandling til beste for barnet*, HEMIL-senteret, Det psykologiske fakultet, Universitetet i Bergen.

Ingrid Vaksdal Brattabø, Ph.d.-kandidat i *Tannhelse og barnevern – samhandling til beste for barnet*, HEMIL-senteret/TK Vest avdeling Hordaland

saken blir henlagt eller at barnevernstjenesten oppretter en undersøkelsessak. Barnevernstjenesten har rett og plikt til å undersøke barnets omsorgssituasjon når det er rimelig grunn til å anta at det foreligger forhold som kan gi grunnlag for tiltak etter barnevernloven, jf. barnevernloven § 4–3. Denne undersøkelsen skal gjennomføres så skånsomt som mulig, men barnevernstjenesten skal likevel foreta de undersøkelser som er nødvendige for å avgjøre om det er grunnlag for tiltak etter barnevernloven.

Tannhelsepersonells taushetsplikt, opplysningsrett og opplysningsplikt

Det kan være ulike grunner til at man blir bekymret for et barn man møter i tannklinikken. Bekymringen kan være knyttet til observasjoner man gjør når barnet er på tannklinikken, eller det kan oppstå bekymring fordi barnet gjentatte ganger ikke møter til timeavtaler. Denne bekymringen kan man ha uten å ha sikker viten om at noe er galt i barnets omsorgssituasjon. Usikkerhet med hensyn til hva som ligger i vilkårene for opplysningsplikt og i hvilke situasjoner taushetsplikten skal settes til side kan, sammen med manglende interner melderutiner, være en barriere for å melde saker til barnevernet.

Alle som arbeider i tannhelsetjenesten eller i barnevernstjenesten er underlagt regler om taushetsplikt, jf. helsepersonelloven § 21 og barnevernloven § 6–7, første ledd. Taushetsplikten innebærer et forbud mot å formidle opplysninger til andre, med mindre det finnes unntak i lov som gir plikt eller rett til å formidle opplysningene. Helsepersonells taushetsplikt hviler på en langvarig og sikker tradisjon og utgjør ett av de etiske grunnprinsipper for profesjonsutøvere (11).

Taushetspliktreglene kompliseres av at helsepersonell kan være underlagt flere typer regelsett alt etter hvilke arbeidsoppgaver som utføres. Undersøkelser viser at mange oppfatter taushetsbestemmelsene som vanskelige å praktisere, og dette kan gi seg utslag i at bestemmelsene praktiseres ulikt, enten for strengt eller for lemfeldig (11). Når det gjelder taushetspliktbestemmelsene og bekymringsmelding til barnevernet kan det sondres mellom den plikten (helsepersonelloven § 33) helsepersonell har til å melde fra til barnevernet og den retten (helsepersonelloven § 23, 4. ledd) helsepersonell

har til å melde fra etter nødrettsbetraktninger.

Dette er en konkret vurdering som må gjøres i hvert tilfelle, men der er noen vesentlige forskjeller. I henhold til helsepersonelloven § 23, 4. ledd kan helsepersonell gi opplysninger som er underlagt taushetsplikt etter § 21 når «tungtveiende private eller offentlige interesser» gjør det rettmessig å gi opplysningene videre. Det må her foretas en interesseavveining mellom ulike hensyn, hvor hensynene som taler for å meddele ellers taushetsbelagte opplysninger må veie tyngre enn hensynet som taler for å bevare taushet. Hensyn som taler for å fravike taushetsplikten er å motvirke skade av et visst omfang, for eksempel truende fare, eller akutt situasjoner der det er fare for gjentakelse (12). Det er verdt å merke seg at dette er en streng norm, og det skal svært mye til før opplysninger skal kunne gis videre på dette grunnlaget.

Ett av vilkårene for å melde etter pliktbestemmelsen i § 33, 2. ledd er at det oppstår bekymring under utførelse av helsehjelp. Det betyr at meldingen skal baseres på det man får vite under utførelsen av yrket (her: tannlege, tannpleier eller tannhelsesekretær), og være dokumentert. En slik begrensning finner vi ikke retten til å melde fra etter helsepersonelloven § 23.

Plikten til melde fra etter helsepersonelloven § 33, 2. ledd har et skjønnsmessig vurderingstema. Taushetsplikten settes til side når det er «grunn til å tro» at et barn blir «mishandlet i hjemmet» eller det foreligger «andre former for alvorlig omsorgssvikt». Spørsmålet blir da hva som ligger i vilkåret «mishandlet eller annen alvorlig omsorgssvikt»?

En vanlig måte å definere omsorgssvikt på er å skille mellom passiv og aktiv fysisk mishandling og passiv og aktiv psykisk mishandling (13–14). Passiv fysisk mishandling innebærer manglende tilfredstillende av barns fysiske behov som sterkt avvikende ernæring, manglende beskyttelse mot fysiske farer, manglende hygiene og klær som ikke passer til vær og temperatur. I norsk dagligtale brukes gjerne begrepet vanskjøtsel for denne type omsorgssvikt. Den aktive fysiske mishandlingen omfatter blant annet grov vold i form av slag og spark. Passiv psykisk omsorgssvikt omfatter understimulering og manglende konsekvens,

og mangel på forutsigbarhet slik at det hemmer barnets utvikling. Aktiv psykisk mishandling kan være fiendtlig holdning fra omsorgspersoner, latterliggjøring og trusler om straff (14). Ifølge Killén (13) er ikke de ulike formene for omsorgssvikt gjensidig utelukkende. Barn som er utsatt for omsorgssvikt, utsettes sjelden for bare en form for overgrep. For eksempel vil aktiv fysisk mishandling fra foreldre/foresatte alltid innebære at barnet samtidig er utsatt for aktiv psykisk omsorgssvikt. I tillegg til disse typene av omsorgssvikt finner vi de seksuelle overgrep som dreier seg om seksualisert språk/atferd, intime berøringer, seksuell omgang som tukling med kjønnsorganer til gjennomført samleie og voldtekt (14,15). Helsepersonelloven § 33, 2. ledd sier videre at det skal meldes til barnevernet når man har «grunn til å tro» at barnet er utsatt for ett av ovenstående tilfeller. Med «grunn til å tro» menes at man har en begrunnet mistanke om at barnet er utsatt for mishandling eller alvorlig omsorgssvikt. Det kreves altså ikke sikker viten.

Forholdet til foresatte

I utgangspunktet bør tannhelsepersonell så tidlig som mulig informere foresatte om at man er bekymret for barnet. I forarbeidene til helsepersonelloven § 33 sies det at «det bør være en utfordring for helsepersonellet å innfri formålet med opplysningsplikt til barnevernstjenesten samtidig som tillitsforholdet til pasienten opprettholdes. Departementet ønsker å synliggjøre dette ved å anbefale at samtykke forsøkes innhentet der et slikt forsøk ikke kommer i strid med formålet med bestemmelsen, som er å avhjelpe en situasjon som kan medføre skade på barnet» (11). Forarbeidene sier med dette at noen ganger kan man ikke informere foresatte om at det vil bli sendt bekymringsmelding til barnevernet. Dette gjelder i situasjoner hvor man har mistanke eller visshet om at barnet er utsatt for mishandling eller overgrep. En melding til foresatte vil i slike tilfeller kunne sette barnet i større fare samt fare for bevisforspillelse.

Barn over 16 år som ikke møter til tannbehandling

Den helserettslige myndighetsalder er 16 år, jf. pasient- og brukerrettighetsloven § 4–3, med mindre det finnes un-

tak i lov. I utgangspunktet kan derfor barn over 16 år selv velge om de vil motta helsehjelp. Som hovedregel skal det derfor ikke sendes melding til barnevernet dersom barn over 16 år unnlater å møte til tannhelsekontroll. Foreldre eller foresatte skal heller ikke varsles i disse tilfellene. Begrunnelsen for dette er at helsepersonell som hovedregel har taushetsplikt overfor pårørende til pasienter som er over 16 år, jf. pasient- og brukerrettighetsloven § 3–4. Det er gitt unntak fra dette i paragrafens tredje ledd. Unntaket gjelder informasjon som er nødvendig for å oppfylle foreldreansvaret. Det skal mye til for å varsle foreldre eller foresatte på dette grunnlaget, men forhold som rusmisbruk eller alvorlig spiseforstyrrelse kan begrunne varsel.

Det er viktig å merke at ved mistanke om mishandling eller andre former for alvorlig omsorgssvikt som gjelder andre forhold enn manglende oppmøte til tannbehandling, gjelder opplysningsplikten til barnevernet frem til barnet er 18 år.

I det foregående er det gitt en oppsummering av de viktigste reglene for tannhelsepersonells opplysningsplikt til barnevernet. Regelverkets kompleksitet og fragmentariske karakter gjorde at en så et behov for å utvikle rutiner som skulle forenkle tannhelsepersonells lovpålagte opplysningsplikt til barnevernet. Under neste avsnitt sees det nærmere på oppbygning og innhold i intervensjonen *Tannhelse og barnevern*.

Prosjektet Tannhelse og barnevern

Tannhelse og barnevern har som mål å sette tannhelsepersonell i bedre posisjon til å utøve lovpålagt opplysningsplikt til barnevernet, og dermed bidra til at flere barn og unge som lever under vanskelige forhold kan bli fanget opp tidligere. Programmet består av et kompetansenettverk og en samarbeidsavtale mellom tannhelsetjenesten og barnevernet.

Kompetansenettverket

Kompetansenettverk Vest arbeider for at tannhelsepersonell skal ha nødvendig kunnskap om barn som er utsatt for mishandling, overgrep eller omsorgssvikt. Initiativtakere til nettverket er Den offentlige tannhelsetjenesten i Sogn og Fjordane, Hordaland og Rogaland, Statens Barnehus, barneklini-

ken ved Institutt for klinisk odontologi UiB og RVTS.

Gjennom nettverket skal nødvendig og relevant kunnskap gjøres tilgjengelig for samhandelnde parter. I nettverket legges det vekt på tverrfaglighet som samarbeidsform der alle fagdisipliner bidrar med sin spesialkompetanse og erfaringer når det gjelder barn med ekstra oppfølgingsbehov. Nettverket er skriftlig formalisert gjennom en samarbeidsavtale mellom partene. I nettverket er følgende profesjoner representert: spesialist i pedodonti, tannleger, tannpleiere, tannhelsesekretærer, politi, psykolog, barnelege, folkehelserådgivere, barnevernspedagoger, forskere og jurister. Kompetansenettverket har årlige møter. Her drøftes konkrete problemstillinger og erfaringer. Det blir tatt opp spørsmål knyttet til intervensjonen, og gitt innspill til det videre arbeidet i nettverket. I tillegg utveksles informasjon av faglig karakter fra de ulike fagdisiplinene. Kompetansenettverket ønsker å bidra til reflekterte diskusjoner og veloverveide beslutninger. I tillegg til fellesmøter, bistår partene i nettverket hverandre gjennom hele året. Bistand kan gis i form av undervisning, hospitering, veiledning og informasjonsutveksling. Kompetansenettverket har hatt og har en sentral og uvurderlig rolle i kvalitetssikring av intervensjonens andre del: Samarbeidsavtale mellom tannhelsetjenesten og barnevernet med interne rutiner.

Samarbeidsavtale og interne rutiner i tannhelsetjenesten

Avtalen: For å etablere en forståelse og godt samarbeid mellom tjenestene er det utarbeidet forslag til samarbeidsavtale mellom den enkelte tannklinikk og det lokale barnevernkontor. For å sikre likhet for alle barn, uavhengig av geografisk tilhørighet, er det ønskelig å ha en tilnærmet standardisert avtale. Samtidig er det viktig at samarbeidsavtalen har rom for lokale tilpasninger og er godt forankret hos partene. Samarbeidsavtalen gjennomgås av partene årlig. Avtalen er gjensidig forpliktende og har en klar ansvarsfordeling. Inn under barnevernstjenesten sitt ansvar faller deltakelse på samarbeidsmøter med tannhelsetjenesten, kjennskap til tannhelsetjenestens rutiner for innkalling, informasjon til foresatte og oversendelse av bekymringsmeldinger. Tannhelsetjenesten på sin side har an-

svar for å kalle inn til årlige samarbeidsmøter, og sikre at de ansatte er gjort kjent med kontaktteam i barnevernstjenesten i sitt distrikt.

Interne rutiner for innsending av bekymringsmeldinger: Det er utarbeidet rutiner for når tannhelsepersonell skal sende bekymringsmelding til barnevernet. Det skilles mellom to type tilfeller:

1. Bekymringsmelding som gjelder pasienter mellom 0–16 år som til tross for påminnelser og varsel gjentatte ganger over tid uteblir fra oppsatte timer uten varsel.

2. Bekymringsmelding som gjelder pasienter mellom 0–18 år som en mistenker er utsatt for mishandling eller andre former for alvorlig omsorgssvikt.

Det er utarbeidet brevmalere for de to typene bekymringsmelding.

Interne organisatoriske aktiviteter som støtter gjennomføringen av intervensjonen

En ny satsning som *Tannhelse og barnevern* vil, som alle nye satsninger, representere en organisatorisk endringsprosess. Dersom man skal lykkes med iverksetting og gjennomføring av *Tannhelse og barnevern* må det derfor sette fokus på faktorer som kan legge til rette for en slik endringsprosess. Forskning viser at kritiske komponenter i implementeringsprosesser er organisasjonens villighet og motivasjon til å ta i bruk den nye satsningen, de ansattes kompetanse, programforkjempere (ildsjeler) og opplæring (16). Videre har klar motivasjon (16) og interne behov for endring (17) stor betydning for om man lykkes med implementering av et nytt program.

Barn som er utsatt for mishandling eller annen alvorlig omsorgssvikt er et tema som berører mange i tannhelsetjenesten. Et ønske om å bidra til at flere barn og unge får den omsorgen de har krav på gir klar motivasjon for tannhelsepersonell å ta i bruk *Tannhelse og barnevern*. Et internt behov for endring kan tvinge seg frem når det fra myndighetene settes fokus på underrapportering fra tannhelsetjenesten. I utformingen av *Tannhelse og barnevern* ble det derfor lagt vekt på komponentene programforkjempere, de ansattes kompetanse og opplæring, og det ble utviklet aktiviteter som understøtter dette.

Ressursperson barnevern: I litteraturen beskrives programforkjempere som er en person med innflytelse som innehar tillit, både blant ansatte og ledelse, og

dermed kan opprettholde støtte og forhandle frem løsninger som oppstår i implementeringsprosessen (18, 19). I *Tannhelse og barnevern* har programforkjemper fått tittelen ressursperson i barnevern. Ressursperson barnevern er oppnevnt for å sikre at de ansatte har en person i egen organisasjon som de kan spørre til råds, eller på anonymt grunnlag, diskutere sine bekymringer og vurderinger. Ressurspersonen er tilgjengelig per telefon eller e-post, og kan i tillegg til å gi rådgivning i enkeltsaker også formidle kontaktinformasjon til andre faginstanser. Ressurspersonen sitter også i Kompetansenettverket.

Opplæring: Et ledd i intervensjonen er kunnskapsheving og faglig oppdatering. Siden oppstart av intervensjonen er det med jevne mellomrom gjennomført kurs og gitt forelesninger til ansatte i Den offentlige tannhelsetjenesten om emnet. Det er brukt både interne og eksterne foredragsholdere, hvorav mange er hentet fra Kompetansenettverket.

Kvalitetssirkel: For å sikre at de ansatte har god kjennskap til rutiner er det utviklet kvalitetssirkler. De ansatte arbeider gjennom et sett med spørsmål og caseoppgaver som er knyttet opp til opplysningsplikt, lovtekst og fiktive bekymringsssituasjoner.

Tannhelsetjenesten får stadig flere utfordringer med utvikling av nye mål eller at nye tiltak utvikles. Det gjør at det kan være vanskelig å holde fokus oppe på det enkelte tiltak. For å opprettholde fokus på *Tannhelse og barnevern* over tid er det viktig å innføre vedlikeholds-rutiner og en plan for dette arbeidet. Målet er å etablere en levedyktig intervensjon som skal kreve mindre ressurser etter en viss tid. For å sikre levedyktighet bør det i takt med organisasjonens kompetanse og utvikling på området, legges vekt på evaluering og eventuelle justeringer av planleggings, gjennomførings og vedlikeholds-rutiner.

Videre satsning på forskning og praksis

Studien *Tannhelse og barnevern, samhandling* til beste for barnet er en videre satsning på kompetanseheving for tannhelsesektoren. Studien er praksisnær ved å være initiert av den offentlige tannhelsetjenesten, og har som mål å fremskaffe kunnskap om opplevelser og utfordringer som ofte er knyttet til helsepersonell sin meldeplikt til barnevernet. Studien er etablert som et samarbeidsprosjekt mel-

lom Tannhelsetjenestens kompetansesenter Vest, avdeling Rogaland og Hordaland, og Hemil-senteret, UiB. Tverrfaglighet er en viktig kjernekomponent der forskningserfaring er hentet fra barnevern, helsefremmende arbeid, odontologi og juss. Forskerne i studien tar i bruk kvalitative og kvantitative metoder for å undersøke samarbeidet mellom offentlige tannklinikker og barnevernstjenesten. Konsekvensene av omsorgssvikt av barn er mange og svært alvorlige (8). Den offentlige tannhelsetjenesten er i en unik posisjon for å avdekke omsorgssvikt og overgrep. Men tjenesten trenger mer kunnskap, slik at tannhelsepersonell får etablert en trygghet i hvordan man går frem for å melde til barnevernet, og i hvilke saker man skal melde fra til barnevernet. Et samspill mellom forskning og praksis kan være et faglig bidrag til å sette tannhelsepersonell i bedre posisjon til å utøve sin meldeplikt, og dermed sikre at flere barn og unge som lever under vanskelige forhold blir fanget opp og får tidlig hjelp.

Referanser

1. Kloppen K, Rønneberg A, Espelid I, Bårdsen ML. Tannhelsetjenesten – en viktig samarbeidspartner og informant for barnevernet når barnet utsettes for omsorgssvikt og mishandling, Norges barnevern. 2010; 87: 224–30.
2. Bhatia SK, Maguire SA, Chadwick BL, Hunter ML, Harris JC, Tempest V, Mann MK, Kemp AM. Characteristics of child dental neglect: A systematic review. *J Dent.* 2013; 42: 229–39.
3. Kvist T, Wickström A, Miglis I, Dahllöf G. The dilemma of reporting suspicions of child maltreatment in pediatric dentistry. *Eur J Oral Sci.* 2014; 122: (5) 332–8.
4. Laud A, Gizani S, Maragkou S, Welbury R, L Papagiannoulis. Child protection training, experience, and personal views of dentists in the prefecture of Attica, Greece. *Int J Paed Dent.* 2012; 23: 64–71
5. Newcity A, Zinili S, Needleman H. Recognizing and Reporting Child Maltreatment: A Survey of Massachusetts Dentists, *Journal of the Massachusetts Dental Society* (internet). 2011; 1–16. Hentet fra: <http://www.massdental.org/publications/search.aspx?searchText=recognizing%20and%20Reporting%20&include=170,22,30,26,28>
6. Sonbol HN, Abu-Ghazaleh S, Rajab LD, Baqain ZH, Saman R, Al-Bitar ZB. Knowledge, educational experiences and attitudes towards child abuse amongst Jordanian dentists. *Eur J Dent Educ.* 2012; 16: 158–165.

7. Uldum B, Christensen HN, Welbury R, Poulsen, Poulsen S. Danish dentists and dental hygienists' knowledge of and experience with suspicion of child abuse or neglect. *Int J Paed Dent.* 2010; 20: 361–5.
8. Early Years Neglect / EA. <http://www.core-info.cardiff.ac.uk/reviews/emotional-neglect> (lest 24.06.2014)
9. Bekymringsmeldinger i tannhelsetjenesten. Ekstern prosjektgruppe Helsedirektoratet.no/Om/nyheter/Documents/bekymringsmeldinger-i-tannhelsetjenesten.pdf
10. Kvello Ø. Sped- og småbarn utsatt for omsorgssvikt. In: Moe V, Slinning K, Hansen MB, editors. *Håndbok i sped- og småbarns psykiske helse.* Oslo: Gyldendal akademisk; 2010 p. 493–525.
11. Ot.prp.nr 13 Om lov om helsepersonell mv (helsepersonelloven). Sosial- og helsedepartementet. Oslo: 1998.
12. Ot.prp.nr.45 (2006–2007) Om lov om endring av lov 2. juli 1999 nr.64 om helsepersonell mv. Helse- og omsorgsdepartementet Oslo: 2007.
13. Killén K. Sveket 1. 4.utg. Oslo: Kommuneforlaget; 2009. p. 29–63.
14. NOU 2004: 23 Barnehjem og spesialskoler under lupen. Barne- og familiedepartementet. Oslo 2004.
15. NOU 2009: 8 Kompetanseutvikling i barnevernet s.32–33. Barne og likestillingsdepartementet. Oslo 2009.
16. Ellickson P, Petersilia J. Implementing New Ideas in Criminal Justice. National Institute of Justice, US Department of Justice; 1983 Apr. Grant.No. 79-NI-AX-0085.
17. Gendreau P, Goggin C, Smith P. The forgotten issue in effective correctional treatment: Program implementation. *Int J offender Ther Comp Criminol.* 1999; 43: 180–187.
18. Mihalic S, Fagan A, Irwin K, Ballard D, and Elliott D. Blueprints for violence prevention. Boulder (CO): Center for the Study and prevention of Violence, University of Colorado at Boulder; 2004 July. Report No.: NCJ 204274. Grant. No. 98-MU-MU-K005. Sponsored by the office of Juvenile Justice and Delinquency Prevention.
19. Durlak JA, DuPre EP. Implementation matters: A review of research on the influence of implementation on program outcomes and the factors affecting implementation. *Am J Community Psychol.* 2008; 41: 372–50.

Adresse: Linda Næss, Tannhelse Rogaland FKF, Postboks 130, 4001 Stavanger.
E-post: linda.naess@throg.no

Artikkelen har gjennomgått ekstern faglig vurdering.