

Veronicha Pedersen, Nina Strand, Tiril Willumsen og Anne Rønneberg

Tannhelsetjenestens rolle ved barnemishandling

Tannhelsepersonell har mulighet til å oppdage tegn på overgrep og barnemishandling. Det er alvorlig for barn å bli utsatt for ulike typer overgrep, og det kan få livslange konsekvenser. Artikkelens mål var å gjøre litteratursøk i PubMed og relevante nettsider, og ut fra dette skissere en kunnskapsbasert saksangang ved bekymring. Ved mistanke om barnemishandling undersøkes det i tre steg: 1. Evaluere fysiske tegn, karies eller fysiske skaders omfang og mønster/form. 2. Foreta en grundig anamnese med fokus på å forstå hvordan og hvorfor skade har skjedd, og om kliniske funn stemmer overens med den forklaringen som blir gitt. 3. Undersøke/vurdere situasjonen i sin helhet. Dette gjelder aspekter ved barnets atferd, forholdet mellom foreldre og barn, underliggende risikofaktorer eller kjennetegn på emosjonell mishandling eller omsorgssvikt. God journalføring og dokumentasjon er avgjørende. Bruk av sjekklister og standardisert saksangang for melding til barnevern bør være lett tilgjengelig på alle tannlegekontorer som behandler barn. Ofte vil kliniske funn være diffuse. Det er ikke tannhelsepersonellens oppgave å stille diagnosen barnemishandling, men man er lovpålagt å melde faglig begrunnet bekymring. Det er viktig å skape bevissthet blant tannhelsepersonell, samt senke terskelen for faktisk å melde fra.

Myndighetsalderen i Norge er 18 år, og alle personer under 18 år defineres som barn etter norsk lovgivning (1). De fleste barn vokser opp i trygge omgivelser, men noen blir utsatt for overgrep av sine foreldre eller andre, ofte i nære relasjoner. Nyere forskning viser hvor skadelig det er for barn å bli utsatt for repeterende negative barndomsopplevelser. Undersøkelsen «The Adversed Childhood Experiences Study» (2) viser hvordan repeterende negative barndomsopplevelser har sammenheng med sykdom i voksen alder. Vold og stress, i litteraturen kalt «Toxic stress», påvirker hjernen og jo tidligere, jo mere skadelig. Helt fra fosterlivet kan barnet bli utsatt for negativt stress og forhøyet nivå av stresshormoner. Dette vil kunne påvirke utviklingen av hjernen svært negativt og gi varige skader (3). Traumer i ung alder kan også påvirke og medføre epigenetiske forandringer, noe som vil gi livslange konsekvenser (4). Barnemishandling kan defineres som å utsette barn for fysisk eller psykisk vold, seksuelle overgrep, krenkelse eller omsorgssvikt ved forsømmelse av barnets grunnleggende behov (5). De fleste overgrepene foregår i barnets nære relasjoner (6). Studier har vist at opptil 2/3 av barns fysiske skader pga. av mishandling er påført hode, hals- og nakkeregionen (7). Dette medfører at tannhelsepersonell er en viktig ressurs for å avdekke eventu-

Forfattere

Veronicha Pedersen, tannlege. Avdeling for pedodonti og atferdsfag, Universitet i Oslo og Distrikstannklinikken Kristiansund og Averøy

Nina Strand, tannlege. Avdeling for pedodonti og atferdsfag, Universitet i Oslo og Varna tannklinikk, Moss

Tiril Willumsen, tannlege, professor. Avdeling for pedodonti og atferdsfag, Universitet i Oslo

Anne Rønneberg, avdelingstannlege og spesialist i pedodonti. Avdeling for pedodonti og atferdsfag, Universitetet i Oslo

Hovedbudskap

- Økt kunnskap og bevissthet blant tannhelsepersonell om barnemishandling, kan hjelpe barn til et bedre liv.
- Tannhelsepersonell er lovpålagt å melde fra til barnevernet ved mistanke om barnemishandling.
- Det er ikke tannhelsepersonellens oppgave å stille diagnosen barnemishandling, men å melde faglig begrunnet bekymring.
- God journalføring og dokumentasjon gir grunnlag for adekvat informasjon til barnevernet.
- Etablering av nasjonale prosedyrer med sjekklister og standardisert saksangang er viktig for å kvalitetssikre tannhelsetjenestens meldeplikt.

Tabell 1. Forskjell på diagnostisering av tilfeldige og påførte skader

	Tilfeldige skader	Påførte skader
Lokalisasjon	På ytre deler av kroppen (spesielt på «benete fremspring»)	Områder som normalt er beskyttet mot tilfeldige skader
Side	Unilaterale skader	Bilaterale skader
Antall/nivå	Enkeltstående skade	Multiple (repeterende) skader under ulike tilhelingsstadium
Gjenfortellelse av hendelsesforløpet	Gjenfortellelse/historie i overensstemmelse med skade	Gjenfortellelse ikke i overensstemmelse med skade (eks. usannsynlig, vag eller tvilsom)
Overensstemmelse med type skade og barnets alder og/eller utviklingsnivå	Skade i overensstemmelse med utviklingsnivå (eks lite barn som faller mot bordben)	Ingen overensstemmelse (eks: spedbarn som faller mot bordben: dyttet av forsørger) «Children who don't cruise, don't bruise»
Skademønster (tilstedeværelse av spesielle merker)	Ingen bestemte mønster	Kan ha ulike mønster fra evt. gjenstander (eks belter, bitemerker, negler, sigarett)
Tidspunkt når man søker behandling/hjelp	Øyeblikkelig kontakt etter skade	Med mindre skadeomfanget er ekstremt, oppsøker man gjerne hjelp/behandling påfallende sent etter påført skade.
Pasient vs. omsorgsperson	Samme gjenfortellelse vedrørende hendelsesforløpet	Ulik gjenfortellelse vedrørende hendelsesforløpet
Hvordan skadene tilheles	God og fullstendig tilheling	Tilbakefall, tilheles ikke

elle overgrep. Den offentlige tannhelsetjenesten (DOT) innkaller alle barn jevnlig fra ca. 3-års alder og frem til 18 år. Det gir en unik mulighet til å følge barna gjennom hele oppveksten. Blant helsepersonell er det bare tannhelsetjenesten som ser og observerer barn jevnlig gjennom barne- og ungdomsårene. Tannhelsepersonell vil derfor komme i situasjoner hvor hjelpetiltak og kunnskap om emnet er nødvendig. I 2008 var det ca. 34 500 barn som av ulike grunner ikke mottok tilbudet fra DOT. «Jeg mener det er grunn til å rette ekstra oppmerksomhet mot de ca. 34 500 barna som ikke møtte ved innkalling, eller hvor foreldrene takket nei til innkalling til tannhelsekontroll», sa daværende Helse- og omsorgsminister Anne-Grete Strøm-Erichsen (8).

Ifølge norsk lov er tannhelsepersonell lovpålagt å melde fra til barnevernet ved mistanke om barnemishandling. Det er en stor fylkesvis spredning mht. bekymringsmeldninger til barnevernet fra tannhelsetjenesten. Fra Helsedirektoratet opplyses det at det har vært ca. 500 bekymringsmeldinger fra DOT til barnevernet på landsbasis hvert år de siste 3 årene. Tallene for 2013 varierer fra 3 i ett fylke til 61 i et annet. En mulig forklaring på den store spredningen kan blant annet skyldes at tannhelsepersonell vegrer seg for å melde, samt usikkerheten omkring hvilke situasjoner man faktisk bør melde fra om. I en masteroppgave fra 2008 av Urke, Hernes og Kristiansen, ved Det odontologiske fakultet i Oslo, ble det gjennomført en spørreundersøkelse om tannlegers kunnskap om rutiner ved mistanke om barnemishandling. Undersøkelsen viste at 84 % av tannlegene som responderte (fylkene Oslo, Sør-Trøndelag og Rogaland), mente at allmentannlegen ikke hadde god nok kompetanse til å kunne vurdere tegn og atferd som kan skyldes barnemishandling/omsorgssvikt. Av respondentene, ønsket 96 % å lære mer om identifisering av fysisk mishandling, og 80 % hadde i løpet av sin yrkeskarriere

hatt mistanke om barnemishandling. Samme type undersøkelse blant tannleger og tannpleiere ble utført kort tid etter i Danmark. Av de spurte, svarte 75 % at de ønsket og følte behov for videre opplæring rundt rutinene ved mistanke om og tegn på overgrep (9).

Dette kan tyde på at tannhelsepersonell generelt ønsker mer opplæring rundt temaet barnemishandling og bekymringsmeldinger. Det foreligger pr i dag ingen norsk veileder for hvordan tannhelsetjenesten skal forholde seg til denne type problemstillinger.

Målene med artikkelen er 1. å gi en oversikt over litteratur og kunnskap vedrørende tannhelsetjenestens rolle ved barnemishandling, basert på litteratursøk, 2. å utarbeide forslag til saks-

Tabell 2

Spesielt å legge merke til
<ul style="list-style-type: none"> • Tidligere bekymringer for barnet eller søsken • Kommer sent til behandling, eller ikke møter • Anamnesticke eller mangelfulle opplysninger i fremstillingen for eksempel forsinkelse/unødvendig somling i forklaringen på en eventuelt oppstått skade • Avvik mellom forklaringen og funn ved undersøkelsen • Avvikende forklaring/opplysning fra foresatte og barnet/ungdommen • Skader i hode-hals-området: lokalisering, utbredelse/omfang, har skaden en spesiell form/mønster • Barnets generelle fremtoning og generelle hygiene • Vekst og utvikling samsvarer ikke med barnets alder • Oppførsel og samspill med foreldre/foresatte • Legg spesielt merke til tegn på «frozen watchfulness» (stiv aktpågi-venhet), hvor det virker som barnet tar inn alt som skjer, men på en isolert/atskilt, varsom/forsiktig eller engstelig måte (2)

gang ved melding av bekymring fra tannhelsetjenesten til barnevernet.

Materiale og metode

Litteratursøk ble gjort som søk i databasen PubMed med søkeordene «dental, abuse, neglect, child». Søket ble avgrenset til siste 10 år, engelsk, dansk, svensk og norsk språk.

Ved søk på aktuelle nettsider, ble en britisk nettside, www.cpd.org.uk «CPDT- Child protection and the dental team», funnet relevant. I tillegg ble det undersøkt informasjon fra Den offentlige tannhelsetjenesten i Norge (DOT).

Forslag til saksgang ved melding av bekymring til barnevernet ble utarbeidet basert på funn i overnevnte søk.

Resultater

Definisjoner

1. Fysisk mishandling: Involverer grov vold mot barn som slag, risting, kasting, forgiftning, brenning, drukning, kvelning eller andre måter å skade barnet på fysisk. Gjelder når en foresatt eller annen omsorgsperson med overlegg voldet et barn skade. (6)

2. Psykisk mishandling: Persisterende følelsesmessig mishandling av barn, som gir alvorlige og vedvarende skader på barnets emosjonelle utvikling (6).

3. Seksuelle overgrep: Involverer det å tvinge et barn eller en ungdom i å ta del i seksuelle aktiviteter. Aktivitetene kan involvere fysisk kontakt, inkludert penetrering. Kan inkludere ikke-direkte kontakt som å få barn til å se på eller delta i pornografisk aktivitet, se på seksuelle aktiviteter eller oppmuntre barn til å opptre på seksuelt upassende måter. Handlingen baserer seg primært på den voksnes behov, og han/hun utnytter barnets avhengighet og/eller egen maktposisjon (6,10).

4. Omsorgssvikt: Ikke å møte et barns grunnleggende fysiske og/eller psykiske behov, som sannsynligvis vil resultere i utilstrekkelighet i barnets helse eller utvikling. Vanskjøtsel er den vanligste formen for omsorgssvikt og innebærer at barnet ikke får dekket de grunnleggende behov som påkledning, tannpuss eller ernæring (11).

Det kan også inkludere forsømmelse av et barns grunnleggende emosjonelle behov (6).

Forekomst

En norsk undersøkelse fra NOVA fra 2007 viste at tilnærmet 25 % av 7033 elever i videregående skole hadde opplevd minst ett tilfelle av fysisk overgrep fra en forelder (for eksempel blitt dyttet, ristet, lugget, slått med flat hånd), 8 % rapporterte grov vold fra en forelder og 2 % fra begge foreldre. Samme undersøkelse viste at andelen barn og unge som var utsatt for seksuelle overgrep, var 15–22 % av jentene og 7–8 % av guttene (12).

For mange barn er mishandling en kronisk tilstand, og mishandling kan ha konsekvenser for resten av livet. Barnemishandling virker negativt inn på psykisk helse og bidrar vesentlig til mange alvorlige lidelser, både fysiske og psykiske. (13). «De alvorlige og langvarige konsekvensene betyr at mer bør investere

i forebygging og terapeutiske strategier for yngre barn», konkluderer Gilbert i Lancet i 2008 (14)

Overgrep er ofte underrapportert. Dette kan blant annet skyldes et ønske om å skjule overgrepet pga. skyldfølelse, skam, fornektelse eller redsel for egen trygghet. Det kan også skyldes at de som burde rapportere ikke ser mishandlingen. «Du ser det ikke før du tror det – tidlig innsats rettet mot barn i alderen 0–6 år» var den dekkende tittelen på en nasjonal konferanse med et særlig blikk på barn som utsettes for vold og seksuelle overgrep i 2013 (11). Regjeringen lanserte også 2. september 2013 en strategi for å bekjempe vold i nære relasjoner: «Barndommen kommer ikke i reprise» (15). Dette er viktige dokumenter i arbeidet for å sette fokus på barnemishandling og overgrep.

Kjennetegn

Tannhelsepersonell jobber i nær kontakt med barn og ungdom, i en godt opplyst situasjon og har følgelig en unik mulighet til å legge merke til fysiske skader i hode-halsregionen. Barnets forhold til egen munn, samspillet med foresatte og manglende fremmøte er viktige faktorer som kan si noe om det er grunn til bekymring.

Barnet selv, en foresatt eller en annen person kan fortelle om overgrep, men det er mange grunner til at det er få som forteller. Barn kan være for unge eller ha et avhengighetsforhold til overgriper. Barn og unge er svært lojale. Det er derfor viktig med observasjon av adferd, tegn og symptomer som kan tyde på ulike typer overgrep.

Fysisk mishandling

Traumer mot hode-halsregionen forekommer i mer enn halvparten av tilfellene hvor det er snakk om overgrep på barn (7). Nettstedet www.cpd.org.uk viser god oversikt over utsatte områder på kroppen for fysisk mishandling. Spesielt observant skal man være ved skader på siden av halsen og bak ørene. Dette området betgnes som «triangle of safty» (6).

En rekke studier fra ulike land har fastslått at 19–33 % av hodeskader hos unge barn er påført. Myhre et. al, fant i en norsk studie fra Oslo Universitetssykehus, Ullevål og Nasjonalt kunnskapscenter om vold og traumatisk stress (NKVTS), at 19 % av alvorlige hodeskader hos barn under 36 måneder er påført (17).

Det er alltid viktig å huske på at et barn med én skade, kan ha flere «ikke-synlige» skader. I tilfeller hvor det er mulig, bør det tilstrebes samarbeid med blant annet barnelege, hvor barnet kan få en mer omfattende medisinsk undersøkelse.

Påførte, ikke-tilfeldige skader er ofte årsak til sykdom og dødelighet hos barn og unge. Roaten et. al sammenliknet tilfeldige skader med påførte skader, og fant ut at pasienter som var påført skader var yngre, mer alvorlig skadet og trengte lengre sykehusopphold enn pasienter med tilfeldige skader (18).

Fysiske skader inkluderer oftest blåmerker i bløtvevet, brannsår, sår forårsaket av mishandlers negler, ringer eller bitermerker og har spesifikk lokalisasjon og utforming (se tabell 1 og 2 og figur 1).

Kliniske fotos og/eller gode skriftlig beskrivelser er viktig dokumentasjon.

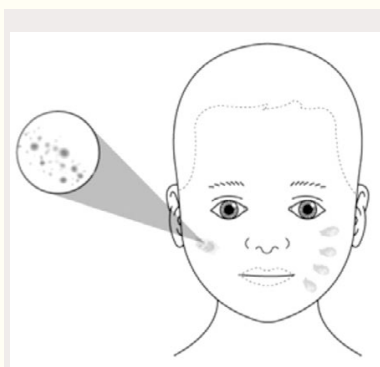
Psykisk mishandling

Det kan være lett å overse. De viktigste ledetrådene når det gjelder psykisk mishandling, ligger i barnets atferd og emosjonelle tilstand, samt barnets samspill med foreldrene. Psykisk mishandlede barn har ofte forsinket intellektuell utvikling, dårlig kontroll over egen atferd og liten evne til følelsesregulering. Barnet kan opptre klengete og bli bekymret når en forelder ikke er tilstede, eller alternativt bli aggressiv, lite samarbeidsvillig og ha vanskeligheter med å konsentrere seg. Andre tegn kan være at barnet er tilbaketrukket, vaksom og preget av angst. Eldre barn kan skade seg selv, misbruke ulike rusmidler, vise kriminell atferd, rømme hjemmefra og kan ha problemer i forhold til utdanning (6).

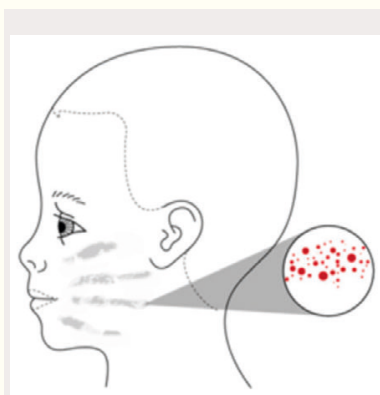
Seksuelle overgrep

Barn og unge som utsettes for seksuelle overgrep er vanskelig å oppdage. Psykiske og atferdsmessige tegn som angst, depresjon, selvskadning, spiseforstyrrelser, rusmisbruk kan være symptomer. Som tannhelsepersonell skal man være spesielt oppmerksom på pasienter som viser tegn til å dissosiere under tannbehandling. Dissosiasjon er når personens tankemessige atferd og virkelighet frakoples den situasjonen han/hun er i. Hun/han vil ha varierende erindring om hva som har skjedd i etterkant. Klinisk kan det se ut som om barn «trekker seg inn i seg selv» eller utagerer. Det oppleves fra omgivelsene som om barnet blir uimottagelig for kontakt.

I sjeldne tilfeller kan man se intraorale tegn som erytem, ulcerasjoner og vesikeldannelse som følge av gonoré eller andre seksuelt overførbare sykdommer. Erytem og petekker på grensen



Figur 1. Avtrykk av gripemerker kan forekomme dersom et ungt barn har blitt holdt eller for eksempel tvangsforet. Legg merke til det runde tommelfingeravtrykket på det ene kinnet og 3 eller 4 fingermerker på det andre. Man bør også kontrollere om det foreligger intraorale skader. Illustrasjon: Jan Unneberg, UiO.



Figur 2. Avtrykk etter slag med flat hånd. Legg merke til de parallelle linjene av petekkermerker med fingerbreddes avstand. Illustrasjon: Jan Unneberg, UiO.

mellom den harde- og bløte gane kan være en indikasjon på oral penetrasjon (6).

Omsorgssvikt

Barn utsatt for omsorgssvikt kan gjenkjennes ved dårlig fysisk allmenntilstand, nedsatt høyde-vekst og redusert kognitiv utvikling. Sensitiv og tilpasset omsorg tidlig i livet er essensielt for utvikling av selvbildet.

Eldre barn kan ha atferdsmessige problemer, vanskeligheter med å danne relasjoner og emosjonelle problemer (6). Når det gjelder tannhelse kan omsorgssvikt beskrives som manglende oppfølging av nødvendig tannhelse. Hvis orale problemer er diagnostisert og passende behandling er tilbudt, kan følgende punkter være bekymringsindikatorer: uregelmessig oppmøte og «ikke-møtt» til avtaler, problemer med å gjennomføre planlagt behandling, gjentatte «akutt-situasjoner» samt grav karies.

Differensialdiagnoser

Det er flere sykdommer som kan forveksles med fysisk mishandling. Impetigo- og herpeslesjoner kan eksempelvis ligne påførte sigarettmerker, ulike fødselsmerker kan forveksles med blåmerker og konjunktivitt kan forveksles med traume mot øyet. Alle barn som får lett og/eller mange blåmerker bør undersøkes med hensyn til blødningsforstyrrelser eller annen systemisk sykdom. Emaljemineraliseringsforstyrrelser kan være en differensialdiagnose til karies. Det finnes eksempler der det har blitt sendt bekymringsmelding om tannstatus, og så har det vist seg at barnet har Amelogenesis imperfecta. Gode anamnesticke opplysninger er av stor viktighet. Langtids sykdom kan eksempelvis forklare grav karies. Det er av stor betydning at alle funn journalføres, fotograferes eller evt. tegnes (hvis ikke tillatelse til foto blir gitt, bør dette journalføres og man kan evt. tegne på eget ark som blir vedlagt journal), slik at det gir god dokumentasjon.

Utsatte grupper

Noen individer eller grupper av barn kan være mer utsatte for misbruk eller omsorgssvikt grunnet ulike risikofaktorer i deres familie eller miljø. Identifisering av disse gruppene kan muliggjøre at tannhelsepersonell kan respondere bedre på ulike bekymringstegn.

Det er viktig ikke å stigmatisere familier med disse spesifikke risikofaktorene. Personer som har høyere risiko for overgrep eller å neglisjere sine barn, kan være unge eller single foreldre, foreldre med læringsvansker, de som selv har hatt en dårlig oppvekst og de med mentale helseproblemer, inkludert rusproblematikk. Disse personene trenger ofte ekstra støtte for å klare å møte sine barns behov, og kan være mer sårbare for de utfordringene man står overfor som foreldre (6).

Familier som befinner seg i dårligere stilte sosiale miljøer, eksempelvis grunnet fattigdom, sosial isolasjon eller dårlige boforhold, kan synes at det er vanskeligere å ta vare på sine barn både materielt og sosialt (6).

Yngre barn er mer sårbare for fysisk mishandling og omsorgssvikt. Minst 10 % av all mishandling involverer barn under 1 år.

Derimot involverer seksuelt misbruk ofte eldre barn (6). En studie fra Sverige viser at barn med langvarig sykdom eller funksjonsnedsetning har tilnærmet dobbel risiko for å bli utsatt for fysisk mishandling, sammenlignet med friske barn (19). Barn som er diagnostisert med ADHD (Attention Deficit Hyperactivity Disorder) antas å være en sårbar gruppe overfor overgrep. Flere av effektene etter overgrep kan forveksles med tegnene på ADHD. I en artikkel fra Universitetet i Tromsø, «ADHD-diagnoser kan skjule overgrep», ble det lagt frem at ADHD allerede i 1994 var den vanligste diagnosen for seksuelt misbrukte barn. Også andre atferdsdiagnoser, for eksempel Asberger syndrom, kan skjule mulige overgrep (20,21).

Retningslinjer for tannhelsetjensten

På bakgrunn av litteraturgjennomgang foreslås tre steg i undersøkelse og vurdering:

1. Evaluere fysiske tegn, karies eller fysiske skaders omfang og mønster/form.
2. Foreta en grundig anamnese med fokus på å forstå hvordan og hvorfor skade har skjedd, og om kliniske funn stemmer overens med den forklaringen som blir gitt.
3. Undersøke/vurdere situasjonen i sin helhet. Dette gjelder aspekter ved barnets atferd, forholdet mellom foreldre og barn, underliggende risikofaktorer eller kjennetegn på emosjonell mishandling eller omsorgssvikt.

Forslag til sjekklister er beskrevet i tabell 3

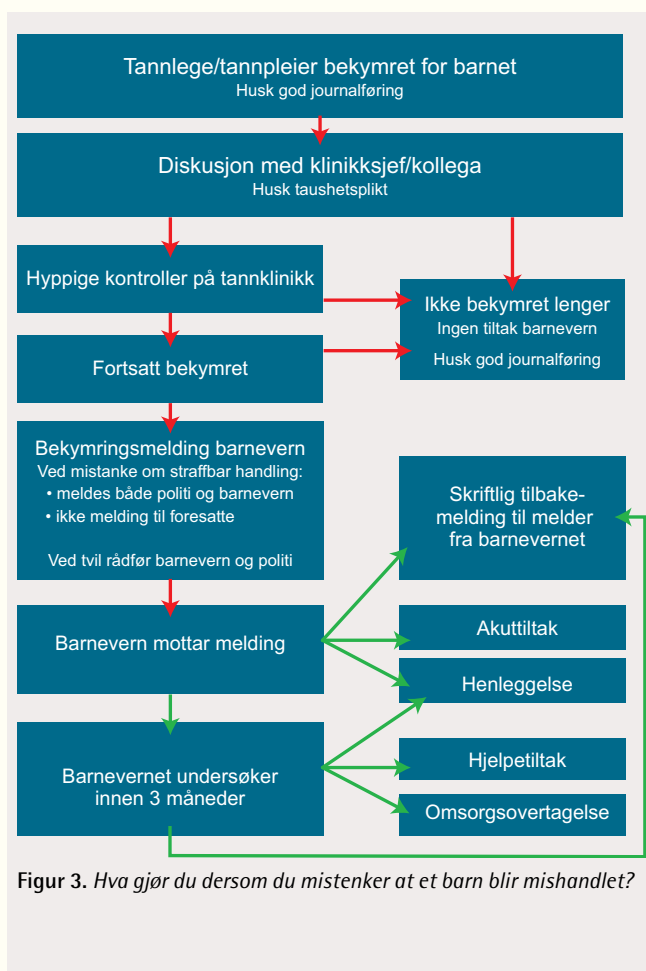
Dersom svaret er ja på ett eller flere av spørsmålene i sjekklisten, bør man vurdere å sende en bekymringsmelding til barnevernet. Det kan være nyttig å ta en telefon og eventuelt diskutere anonymt med barnevernet eller politiet (der man mistenker straffbare forhold) i forkant. Vær oppmerksom på taushetsplikten.

Samtale med barnet

Det er en god rutine å spørre barnet om årsaken til eventuelle skader, stille åpne spørsmål og oppmuntre til å fortelle hvis de uoppfordret informerer om overgrep. Man skal unngå å stille ledende spørsmål og bør respondere rolig og vennlig med en ikke-dømmende holdning. Et barn som kommer med en avsløring om

Tabell 3

Sjekklister	Ja	Nei
Har det vært flere episoder med «ikke- møtt» til timeavtaler hvor det ikke foreligger en tilstrekkelig forklaring?		
Har barnet skader som ikke kan forklares?		
Er det samsvar mellom forklaring og skade?		
Endrer forklaringen seg fra gang til gang?		
Er du bekymret for barnets atferd?		
Er du bekymret for barnets forhold til omsorgsperson?		



Figur 3. Hva gjør du dersom du mistenker at et barn blir mishandlet?

overgrep, skal alltid bli tatt på alvor. Ved ønske om å holde dette skjult, bør dette ikke gjøres, men i stedet forklare barnet at man må dele denne informasjonen for å kunne hjelpe, og at man vil forklare med hvem og når det vil bli gjort.

Saksgang ved mistanke

Helsepersonelloven (1999) § 33 sier: «Uten hinder i taushetsplikt etter § 21 skal helsepersonell av eget tiltak gi opplysninger til barneverntjenesten når det er grunn til å tro at barn blir mishandlet i hjemmet, eller det foreligger andre former for alvorlig omsorgssvikt».

God journalføring er viktig. Opplysninger av spesiell interesse for barnevernet er tannstatus, munnhygiene, traumer mot tenner eller hode-halsregion, angst før, under eller etter behandling, samarbeid med foresatte, eventuelle narkosebehandlinger og antall og årsak til uteblitte eller avbestilte timer (22).

Skjema for saksgang ved bekymring i tannhelsetjenesten er vist i figur 3

I 2012 mottok 53 200 barn og unge i alderen 0–22 år tiltak fra barnevernet. De aller fleste, 83 %, mottok tiltak i form av hjelpeiltak, mens 17 % resulterte i omsorgstiltak. Barn det er vedtatt omsorgsovertakelse for, kan plasseres i fosterhjem (gjelder ved langvarige opphold) eller institusjon (gjelder ofte dersom barnet har vist alvorlige atferdsvansker) (23).

Tabell 4

Momenter som det er verdt å tenke på i samtale med barn:
Vær <i>åpen</i> for å ta imot det barnet måtte ønske å fortelle om seksuelle overgrep
Barnet bør i størst mulig grad <i>fortelle fritt</i>
Det er viktig at det <i>ikke stilles ledende spørsmål</i>
Ikke flere spørsmål enn nødvendig for å forvise deg om at du har forstått barnet rett eller avklare hvordan barnet kan hjelpes videre.
Det må <i>ikke gis løfter</i> om at betroelsen ikke skal bringes videre.
Etter samtalen må <i>spørsmål og svar skrives ned</i> så nøyaktig og ordrett som mulig. Dette er svært viktig for videre saksgang.
Vis empati, men ikke involver egne følelser i for stor grad.
Mer inngående samtaler med barn om mulige overgrep med tanke på å avdekke straffbare forhold er barnevernets, politiets og rettsvesenets oppgave.

Rettsmedisinske aspekter ved barnemishandling

Enhver situasjon hvor et barn har blitt skadet som et resultat av mishandling eller omsorgssvikt, innebærer en potensiell, straffbar handling utført mot barnet. Ansvar for videre kriminaletterforskning ligger hos politiet og følges ofte opp av egen familievoldsgruppe eller egen etterforskningsenhet, avhengig av hvor i landet man befinner seg.

Som tannhelsepersonell kan man bli pålagt å møte som sakkyndig og/eller vitne.

Diskusjon

Tannhelsetjenesten har en unik mulighet til å avdekke barnemishandling og omsorgssvikt. De er helsepersonell som ser barn og unge jevnlig opp til fylte 18 år. Fysisk mishandling skjer ofte i hode- halsresjonen. Å være utsatt for seksuelle overgrep påvirker ofte mestring av tannbehandlingssituasjoner. Dette kan komme til uttrykk som vegring, angst, fobi, brekninger eller dissosiering.

Barnemishandling kan avdekkes på grunn av funn, diagnoser og symptomer, som igjen kan tyde på at et barn eller ungdom har vært utsatt for barnemishandling eller omsorgssvikt. Bright et al. viser i sine undersøkelser at barn utsatt for repeterende negative barndomsopplevelser (2, 24) oftere hadde nedsatt oral helse med økt forekomst av tannverk. Jo flere repeterende negative barndomsopplevelser, jo dårligere var den orale helsen. De kliniske funn og bevis kan være diffuse, og mishandling vanskelig å påvise. Det er derfor viktig å skape situasjoner som gir mulighet for barnet til å fortelle. Jensen et al (25) fant at barn utsatt for overgrep opplevde at det var vanskelig å finne egnede anledninger til å fortelle om noe de opplevde som privat, skamfullt og truende. Slike situasjoner krevde god tillit og fortrolighet. Som tannhelsepersonell har man anledning til å bygge opp en slik tillitt gjennom hyppige konsultasjoner. I samtale med barne- og ungdomspasienten kan man stille åpne spørsmål (tabell 4). Kan-

skje vil pasientene fortelle om opplevelser relatert til barnemishandling og overgrep. Hvis pasienten ikke er i stand til å fortelle ved første anledning, har man åpnet for senere samtaler om temaet. En mulig rutine for å gi barn anledning til å fortelle, kan være at tannhelsepersonell på et tidspunkt, under en rutineundersøkelse snakker med barnet uten foresatte til stede. Ved eldre barn/ungdommer kan man lage rutine på at man får pasienten på tomannshånd spør hvordan han/hun har det. Ved siden av omsorgsvikt og overgrep kan andre ting som for eksempel mobbing eller selvskading komme frem i slike samtaler.

Hvis barnet har gitt uttrykk for noe som gir mistanke, er det viktig å reagere. Åse Langballe, forsker ved NKVTS, skriver i sin doktorgrad om dommeravhør av barn. Særlig små barn, holder snarere igjen enn å overdrive når de forteller om overgrep gjort av en person som står dem nær (26).

Tannhelsetjenesten i Norge har de siste årene utarbeidet ulike modeller for å sikre at man melder til barnevernet, men det er store fylkesvise forskjeller. Det bør tilstrebtes å lage en nasjonal plan for melderutiner til barnevern og ev. politi, slik Helsedirektoratet har foreslått (23). Det bør utarbeides nasjonale samarbeidsrutiner med de ulike kommuners barnevernstjeneste og tannhelsetjenesten. Det vil kvalitets sikre meldeprosessen i større grad og gi økt trygghet for både barna og tannhelsepersonellet.

Konklusjon

Det er ikke tannhelsepersonellens oppgave å stille diagnosen barnemishandling, men det er derimot vår oppgave å dele vår bekymring. Det er viktig å skape økt bevissthet blant tannhelsepersonell, samt senke terskelen for faktisk å melde fra. Bruk av sjekklister og standardisert saksgang bør være lett tilgjengelig ved alle tannlegekontorer som behandler barn. Dette bør også være en del av et tilpasset oppsett i elektronisk pasientjournal. Gode samhandlingsrutiner mellom de ulike forvaltningsnivåer som jobber med barn og unge, er av stor viktighet. Det bør tilstrebtes å utarbeide nasjonale rutiner og veiledere slik at barn og unge ivaretas på en best mulig måte.

English summary

Pedersen V, Strand N, Willumsen T, Rønneberg A.

Routines for dental staff to report concern for child patients.

Nor Tannlegeforen Tid. 2015; 125: 320–6.

Dental professionals have opportunities to disclose child abuse and neglect.

The aim was to review relevant literature and make suggestions for routines for Norwegian health professionals. On suspicion of abuse or neglect dental examination should have 3 steps: 1) evaluation of physical signs, injuries and/ or dental caries 2) a thorough anamnesis and 3) a holistic evaluation of the situation (the child's behavior, the relationship between child and parent and presence of risk factors). Accurate dental records are essential. Checklists and standardized procedures for reporting to re-

gional child welfare and consultation teams should be available in all dental clinics treating children and adolescents.

Clinical signs of abuse and neglect may be diffuse. Children withhold rather than exaggerate information when reporting abuse from a closely related grown up.

It is not the dental professionals' task to diagnose child abuse or neglect, but Norwegian laws impose dental staff to report concerns to regional child welfare and consultation teams. Efforts should be made to prepare national procedures and guidelines so that children and adolescents are safeguarded in the best possible way.

Referanser

1. Barne-, likestillings- og inkluderingsdepartementet. Definisjoner og begrepsavklaringer. https://www.regjeringen.no/nb/dokument/dep/bld/veiledninger_brosjyrer/2002/mistanke-om-ansattes-seksuelle-overgrep-/3/id275373/ (lest 01.12.2014).
2. Felitti VJ, Anda RF, Nordenberg D, et al. The relationship of adult health status to childhood abuse and household dysfunction. *Am J Prev Med.* 1998; 14: 245–258.
3. Shonkoff JP, Garner AS. Committee on Psychosocial Aspects of Child and Family Health; Committee on Early Childhood, Adoption, and Dependent Care; Section on Developmental and Behavioral Pediatrics. The lifelong effects of early childhood adversity and toxic stress. *Pediatrics.* 2012; 129: 232–46.
4. Szyf M. How do environments talk to genes? *Nat Neurosci.* 2013 Jan; 16: 2–4.
5. Norsk barne- og ungdomspsykiatrisk forening. Dyb G og Flekke K. Faglig veileder for barne- og ungdomspsykiatri. <http://legeforenningen.no/Fagmed/Norsk-barne-og-ungdomspsykiatrisk-forening/Faglig-veileder-for-barne-og-ungdomspsykiatri/Del-3/kapittel-6-barnemishandling/> (lest 14. 10 2014)
6. Child Protection and the Dental Team. <http://cpdt.org.uk/index.aspx> (lest 01.08.2014).
7. da Fonseca MA, Feigal RJ, ten Bensel RW. Dental aspects of 1248 cases of child maltreatment on file at a major county hospital. *Pediatr Dent.* 1992; 14: 152–157.
8. Barneombudet. Svar fra Helse- og omsorgsdepartementet. <http://www.barneombudet.no/temasider/helse/arkiv/meldeplikt> (lest 01.08.2014)
9. Uldum B, Christensen HN, Welbury R, et al. Danish dentists' and dental hygienists' knowledge of and experience with suspicion of child abuse or neglect. *Int J Paediatr Dent.* 2010; 20: 361–5.
10. Nasjonalt kunnskapssenter om vold og traumatisk stress. Tema. Seksuelle overgrep-Barn og unge- Definisjoner og Omfang. http://www.nkvts.no/tema/Sider/BarnogUnge_Definisjonerogomfang-seksuelleovergrep.aspx
11. Departementene. Du ser det ikke før du tror det-Rapport fra nasjonal konferanse om tidlig innsats rettet mot barn I alderen 0–6år. <http://www.regjeringen.no/upload/BLD/Barn%20og%20Ungdom/Konferanserapport.pdf> (lest 01.08.2014)
12. Mossige S, Stefansen K. Vold og overgrep mot barn og unge. En selvrporteringsstudie blant avgangselever i videregående skole. Oslo: Norsk institutt for forskning om oppvekst, velferd og aldring NOVA; 2007. NOVA rapport 20/07
13. Folkehelseinstituttet. Fakta om barnemishandling. http://www.fhi.no/eway/default.aspx?pid=239&trg=Content_6496&Main_6157=6263; 0: 25,6368&MainContent_6263=6496; 0: 25,6389&Content_6496=6430: 106489: : 0: 6182: 1: : : 0: 0 (lest 01.08.2014)
14. Gilbert R, Widom CS, Browne K, et al. Burden and consequences of child maltreatment in high-income countries. *Lancet* 2008; 08: 61706–7.
15. Barndommen kommer ikke i reprise. http://www.regjeringen.no/nb/dep/bld/dok/rapporter_planer/rapporter/2013/barndommen-kommer-ikke-i-reprise.html?id=744482 (lest 14.10.2014)
16. Lincoln HS, Lincoln MJ. Role of the odontologist in the investigation of domestic violence, neglect of the vulnerable, and institutional violence and torture. *Forensic Sci Int.* 2010; 201: 68–73.
17. Myhre MC, Grøgaard JB, Dyb GA, et al. Traumatic head injury in infants and toddlers. *Acta Paediatr.* 2007; 96: 1159–63.
18. Roaten B, Partrick DA, Nydam TL, et al. Nonaccidental trauma is a major cause of morbidity and mortality among patients at a regional level 1 pediatric trauma center. *J Pediatr Surg.* 2006; 41: 2013–5
19. Svensson B, Bornehag CG, Janson S. Chronic conditions in children increase the risk for physical abuse- but vary with socio-economic circumstances, Mars 2011, *Acta Paediatr.* 2011; 100: 407–412
20. UiT. ADHD-diagnoser kan skjule overgrep. http://en.uit.no/nyheter/artikkel?p_document_id=328504 (lest 01.08.2014)
21. Kirkengen AL, Thornquist E. Når diagnoser gjør blind. *Kronikk. Tidsskr Nor Legeforen.* 2013; 133: 1466–8.
22. Bekymringsmeldinger i tannhelsetjenesten. Hva kan barnevernstjenesten spørre tannhelsetjenesten om i en undersøkelsesfase? <http://www.helseidrettsdirektoratet.no/Om/nyheter/Documents/bekymringsmeldinger-i-tannhelsetjenesten.pdf> (lest 01.08.2014)
23. Statistisk Sentralyrå. Barnevern 2012. <http://www.ssb.no/barnevern/> (lest 01.08.2014)
24. Bright MA, Alford SM, Hinojosa MS, Knapp C, Fernandez-Baca DE. Adverse childhood experiences and dental health in children and adolescents. *Community Dent Oral Epidemiol.* 2014; [Epub ahead of print].
25. Jensen TK, Gulbrandsen W, Mossige S, Reichelt S, Tjersland OA. Reporting possible sexual abuse: a qualitative study on children's perspectives and the context for disclosure. *Child Abuse Negl.* 2005; 29: 1395–413.
26. Langballe Å, Gamst KT, Jacobsen M. Den vanskelige samtalen. Barnevernspektiv på barnevernarbeid. Kunnskapsbasert praksis og handlingskompetanse. Rapport 2/2010. NKVTS.

Adresse: Anne Rønneberg, Klinikk for allmenn odontologi – barn, IKO, Postboks 1109 Blindern, 0317 Oslo.
E-post: anne.ronneberg@odont.uio

Artikkelen har gjennomgått ekstern faglig vurdering.

Pedersen V, Strand N, Willumsen T, Rønneberg A. Tannhelsetjenestens rolle ved barnemishandling. *Nor Tannlegeforen Tid.* 2015; 125: 320–6.