

# ORAL HELSE HOS FOSTERBARN – HVA VET VI, HVORDAN KAN TANNLEGER PÅVIRKE UTVIKLINGEN?

Av: Stud. Odont. Sigrid Haugland

Veileder: Anne-Kristine Nordrehaug Åstrøm

Medveileder: Torgils Læg Reid



Prosjektoppgave for Integriert masterprogram i odontologi

Februar 2023, Bergen

## INNHALDSFORTEGNELSE

<b>Forord</b> .....	<b>3</b>
<b>Sammendrag</b> .....	<b>4</b>
<b>Abstract</b> .....	<b>6</b>
<b>1 Innledning</b> .....	<b>8</b>
<i>Valg av tema og problemstilling</i> .....	9
<i>Bronfenbrenners modell</i> .....	10
<b>2 Materiale og metode</b> .....	<b>12</b>
<b>3.1 Resultat DEL 1: Systemet rundt fosterbarn i Norge</b> .....	<b>14</b>
<i>Organisering og saksgang i barnevernet</i> .....	15
<i>Personvern, taushetsplikt og opplysningsplikt</i> .....	17
<i>Tverrfaglig kartlegging av fosterbarn</i> .....	18
<b>3.2 Resultat DEL 2: Oral helse hos fosterbarn</b> .....	<b>20</b>
<b>4 Diskusjon</b> .....	<b>23</b>
<i>Mikronivå</i> .....	23
<i>Mesonivå</i> .....	25
<i>Eksonivå</i> .....	27
<i>Makronivå</i> .....	27
<i>Krononivå</i> .....	28
<b>5 Konklusjon</b> .....	<b>28</b>
<b>Referanser</b> .....	<b>29</b>

## FORORD

Det har vært utrolig lærerikt å skrive denne oppgaven. Tusen takk til hovedveileder Anne-Kristine Nordrehaug Åstrøm og medveileder Torgils Lægreid for engasjement, gode faglige innspill og støtte underveis. Jeg har lært mye, og er glad for at jeg fikk muligheten til å sette meg inn i emnet. Håper oppgaven også kan være nyttig for andre, ikke minst for fosterbarn.

## SAMMENDRAG

Denne oppgaven er en litteraturgjennomgang og målsettingen er todelt.

**Målsetting:** Del 1: Har som målsetting å finne ut hvordan systemet rundt fosterbarn fungerer i Norge, med vekt på saksgang i barnevernet ved bekymringsmelding, omsorgsovertakelse og fosterhjemsplassing. I tillegg omtales lovgrunnlag for taushetsplikt og opplysningsplikt i møte med barn og foresatte, og i samhandling mellom tjenester.

Del 2: Tar sikte på å beskrive oral helse hos fosterbarn basert på gjennomgang av europeisk forskningslitteratur.

**Metode:** Del 1: Viser informasjon fra Lovdata, Statistisk sentralbyrå (SSB), Barne-, ungdoms- og familiedirektoratet (Bufdir), Helsedirektoratet, Norges offentlige utredninger (NOU), Den norske tannlegeforenings Tidende (NTF) og Helsetilsynet sine landsomfattende tilsyn.

Del 2: Er basert på litteratursøk i flere databaser, som PubMed og databaser via Universitetsbiblioteket.

**Resultater:** Del 1: Ved omsorgsovertakelse tar barneverntjenesten over ansvaret for den orale helsen til fosterbarn. Tannleger har melde- og opplysningsplikt til barneverntjenesten etter Helsepersonelloven. Regelverk for personvern og taushetsplikt kan hindre behandling og oppfølging om tannleger ikke får informasjon om fosterbarnstatus. Mangelfull kartlegging gjør at fosterbarn ofte ikke får de nødvendige tiltakene. Kommunalt barnevern er fra januar 2023 lovpålagt å gjennomføre en helsekartlegging ved omsorgsovertakelse.

Del 2: Oral helse er en markør for omsorgssvikt, siden foreldrenes innsats er avgjørende i oppveksten. Resultater fra flere land viser høy forekomst av oral omsorgssvikt hos fosterbarn. Karies i melketenner, fyllinger i permanente tenner, ikke-møtt og henvisning til pedodontister kan identifisere individer i risiko for oral omsorgssvikt (1). En høy andel fosterbarn har mangelfull oppfølging, både før og etter plassering. Kun en lav andel får tilbud om oral kartlegging ved plassering i fosterhjem. Rutiner for innkalling, oppfølging og meldeplikt kan påvirke fremmøtet for sårbare barn og unge. I tillegg er retningslinjer for samarbeid mellom barneverntjenesten og tannleger viktig for utviklingen av oral helse hos fosterbarn.

**Konklusjon:**

Oral helse er en markør for omsorgssvikt. Barneverntjenesten har ansvar for kartlegging og oppfølging av oral helse hos fosterbarn. Fra 2023 er helsekartlegging lovpålagt ved omsorgsovertakelse. Resultater fra flere land viser høy forekomst av oral omsorgssvikt hos fosterbarn. Tannleger kan påvirke oral helse hos fosterbarn gjennom egne rutiner for innkalling, oppfølging, meldeplikt og informasjonsbehandling. I tillegg er retningslinjer for samarbeid med barneverntjenesten svært viktig.

## ABSTRACT

This thesis consists of two parts.

**Objectives:** Part 1 describes the organization of the Norwegian Child Welfare Services (CWS), the process prior to out-of-home care and foster placement, and the obligation to report neglect and maltreatment to the CWS. Additional aims are to provide an overview of the legal basis for privacy and confidentiality in interaction with children, guardians, and collaborative services. Part 2 aims to describe the oral health status of foster children, based on a literature review of European research.

**Methods:** In Part 1, literature was collected from Lovdata, The Norwegian Bureau of Statistics (SSB), The Norwegian Directorate for Children, Youth and Family Affairs (Bufdir), the Norwegian Directorate of Health, Norwegian Official Report (NOU), The Norwegian Dental Association's Journal, and The Norwegian Board of Health Supervision. In Part 2, a literature search was carried out using PubMed and the databases available at the University of Bergen library.

**Results:** Part 1: the Child Welfare Services (CWS) is responsible for foster children's oral health. Dentists have an obligation to report neglect and maltreatment to the CWS, based on the Health Personnel Act. Data protection rules, privacy and confidentiality may inhibit treatment and follow-up if dentists are unaware of the foster status of a child. Lack of health assessment and consequently lack of intervention among foster children. From January 2023, the municipal Child Welfare Services (CWS) is required by law to carry out health assessment of children at the time of placement in foster homes.

Part 2: Oral health is a marker of oral neglect, as the efforts of parents are crucial in childhood. Results from several countries show high prevalence rates of oral neglect among foster children. Caries in primary teeth, fillings in permanent teeth, no-show and referral to pedodontists may identify individuals at risk of oral neglect (1). Few children are currently referred to oral health assessment when placed in out-of-home care. Only a minor group is offered oral health assessment at the time of foster placement. Routines for notification, follow-up and reporting may influence attendance of vulnerable individuals. In addition, guidelines for collaboration between

the CWS and dentists are important for the development of oral health among foster children.

**Conclusion:**

Oral health is a marker of neglect and maltreatment. The Child Welfare Services (CWS) is responsible for the oral health of foster children. From January 2023, the municipal Child Welfare Services (CWS) is required by law to carry out health assessment of children at the time of placement in foster homes. Results from several countries show high prevalence rates of dental neglect among foster children. Dentists may influence oral health among foster children, through their routines for notification, follow-up, reporting, and information processing. In addition, guidelines for collaboration with CWS are of great importance.

## 1 INNLEDNING

Oral helse er en viktig del av den generelle helsen. Ifølge Verdens Helseorganisasjon (VHO) sin utvidede definisjon er helse ikke bare fravær av sykdom, men også en tilstand av psykisk, fysisk og sosialt velvære (2). Dette innebærer at man kan se på sykdom og helse som to uavhengige dimensjoner. Sykdomsdimensjonen er biologisk forankret og helsedimensjonen er også sosialt og psykologisk forankret.

Med oral helse menes en bredere tilstand enn bare tannhelsen. Oral helse gjenspeiler helsetilstanden i hele munnhulen og slimhinner. Oral helse kan brukes som en markør for omsorgsevnen i hjemmet, ettersom foreldrenes egen struktur og rutiner spiller en sentral rolle for utfallet. I prosjektet «Barn i risiko» er neglekt av den orale helsen regnet som en markør for omsorgssvikt (3). Den offentlige tannhelsetjenesten er den eneste helsetjenesten i Norge som kaller inn alle barn og unge regelmessig til gratis kontroller mellom 3-18 år (4), og har derfor gode muligheter til å avdekke mishandling og omsorgssvikt (5).

Omsorgssvikt er når «en omsorgsperson forsømmer å dekke barnets grunnleggende behov slik at barnet utsettes for fysisk eller psykisk skade eller fare» (6). I litteraturen benyttes begrepet «dental neglect» som en form for omsorgssvikt der det er manglende oppfølging av nødvendige tannhelsebehov (6). I denne oppgaven kommer jeg til å bruke begrepet oral omsorgssvikt, og mener med dette omsorgssvikt som påvirker helsetilstanden i munnhule og slimhinner.

Oppfølgingen av sårbare barn sier mye om et samfunn. FNs barnekonvensjon artikkel 29 sier at barn har en rett til å utvikle sin personlighet, sine talenter og fysiske evner så langt det er mulig (7). Det er likevel ikke alle barn som lever under forhold som gjør at de får oppfylt denne retten. Gode rutiner for oppfølging i helsetjeneste, skole og barnevern er spesielt viktig for barn og unge i risiko.

Teoretiske modeller kan gi hjelp til å forstå hvordan utviklingen av oral helse påvirkes av omgivelsene på ulike nivå. Bronfenbrenners økologiske modell (8) vil bli brukt i denne oppgaven for å diskutere funn i litteraturgjennomgang og systematisere mulige tiltak. Modellen viser hvordan barns utvikling er et samspill mellom barnet og



ulike miljøer, der påvirkningen går i begge retninger. For sårbare barn er det spesielt viktig at personer og tjenester i omgivelsene til barnet trer inn for foreldrene der det er behov.

Barnevernet skal bidra til at barn får mulighet til en oppvekst med best mulig utvikling og støtte fra ansvarlige voksne. Lov om barnevern (2021) har som formål å sikre at barn og unge som lever under forhold som kan skade helse og utvikling får nødvendig hjelp, omsorg og beskyttelse til rett tid. Loven skal også bidra til at barn og unge får trygge oppvekstvilkår (9).

For fosterbarn har barneverntjenesten overtatt omsorgen før 18 års alder, og utøver videre omsorg på foreldrenes vegne. Flertallet av fosterbarn har opplevd sviktende omsorg over tid før plassering utenfor hjemmet. Dette gjør at fosterbarn er en svært utsatt gruppe når det gjelder helseutfordringer (10). Ved manglende tverrfaglig helsekartlegging får fosterbarna ofte ikke nødvendig oppfølging og tiltak (10).

## VALG AV TEMA OG PROBLEMSTILLING

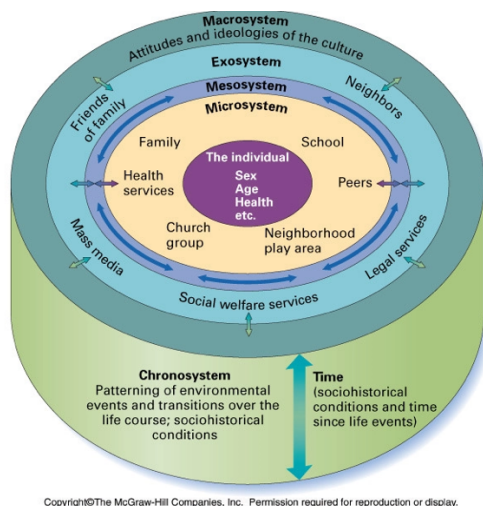
I klinisk praksis kommer tannleger i kontakt med mange familier. Om den orale helsen til barna ikke er god ligger dette på foreldrene sin kappe. For fosterbarn har staten formelt ansvar for barnet sin helse og utvikling. Det er derfor interessant å vurdere hvordan tannhelsen til disse barna kartlegges og følges ved plassering utenfor hjemmet, og om det finnes nasjonale føringer for oppfølging av tannhelsen til barn under omsorg av barnevernet. Valg av tema og problemstillinger er gjort på bakgrunn av et ønske om økt kunnskap om oral helse hos fosterbarn i fremtidig yrkesutøvelse.

Jeg ønsker å belyse følgende problemstillinger ved litteraturgjennomgang:

1. Hvem har ansvaret for kartlegging og oppfølging av oral helse hos fosterbarn?
2. Hva vet vi om oral helse hos fosterbarn?
3. Hvordan kan tannleger bidra til god oral helse hos fosterbarn?

## BRONFENBRENNERS MODELL

Jeg vil bruke Bronfenbrenners økologiske modell som utgangspunkt for å si noe om utviklingen av oral helse hos fosterbarn. Under beskriver jeg selve modellen. I diskusjonen forsøker jeg å vise hvordan tannleger kan påvirke de ulike nivåene, både i eget yrke og i samarbeid med andre.



Urie Bronfenbrenner (1917-2005) konstruerte i 1979 en modell for faktorer som påvirker barnets utvikling (8). Denne kalles i dag for Bronfenbrenners økologiske modell (se figur til venstre). Modellen viser hvordan barns utvikling er et samspill mellom barnet og ulike miljøer (8, 12).

**Figur 1: Bronfenbrenners økologiske modell.**

Hentet fra: Santrock (11)

Ifølge modellen påvirkes barnet på fire nivåer: mikro-, meso-, ekso- og makronivået. Dette illustreres i figuren over med de ulike sirklene rundt individet. Nivåene er organisert slik at de som har størst påvirkning er plassert innerst. Barn blir påvirket av faktorer som er innenfor og utenfor individuell kontroll ((8, 12).

Mikronivået er det nærmeste og tidligste barnet samhandler med. Foreldrene er på dette nivået, og har en helt avgjørende rolle for oral helse hos barna. Skader på tenner som oppstår tidlig kan gi negative følger for oral helse resten av livet (13). Utviklingen av tannhelsen blir påvirket av et samspill mellom barnet selv og foreldre, i tillegg kan skole og barnehage være viktig. De ulike mikrosystemene påvirker hverandre innbyrdes. Barn tar med seg erfaringer fra den ene arenaen til den andre. For eksempel vil barn ta med seg erfaringer fra skolen og helsetjenesten til familien, og omvendt. Mesonivået består av spillet mellom forskjellige arenaer på mikronivå.

Tannleger møter barn og familier på mikronivå gjennom tilbud til alle om kontroller og behandling på ulike alderstrinn. Tannhelsetjenesten kan også ha forebyggende arbeid og målrettet oppfølging av risikogrupper på dette nivået (6).

På eksonivået er individer og institusjoner som er utenfor barnets indre krets. Uten å være fysisk til stede kan disse arenaene påvirke barnet og familien, slik som barneverntjenesten, media, lovverk, osv. Barnet kan påvirkes direkte (f.eks. ved anbefalinger om utredning), eller indirekte (f.eks. om lærerne og helsetjenesten får råd og veiledning) (8, 12). Tannhelsetjenesten kan også påvirke oral helse på dette nivået, f.eks. gjennom retningslinjer og lovverk som gjelder fosterbarn.

Makronivået sier noe om verdier og tradisjoner i samfunnet, og om kulturen som familien er en del av. Hva som er god helse, avhenger mye av verdier og kultur. Det som regnes for god helse i en kultur kan være det absolutte minimumet i en annen del av verden. Samme år som Bronfenbrenner døde la han til et siste nivå i modellen sin. Dette kalte han for krononivået, og skal belyse hvordan hendelser og endringer i livshistorien til barn kan påvirke utviklingen og de andre nivåene. Eksempler på dette er krig, pandemier, dødsfall, skilsmisse og andre traumer som barnet opplever (14).

## 2 MATERIALE OG METODE

Litteraturgjennomgangen vil bestå av to deler.

**Del 1** har som målsetting å finne ut hvordan systemet rundt fosterbarn fungerer i Norge, med vekt på saksgang i barnevernet ved bekymringsmelding, omsorgsovertakelse og fosterhjems plassering. I tillegg omtales lovgrunnlag for taushetsplikt og opplysningsplikt i møte med barn og foresatte, og i samhandling mellom tjenester.

Informasjonen i Del 1 er hentet fra Lovdata, Statistisk sentralbyrå (SSB), Barne-, ungdoms- og familiedirektoratet (Bufdir), Helsedirektoratet, Norges offentlige utredninger (NOU), Den norske tannlegeforenings Tidende og Helsetilsynet sine landsomfattende tilsyn.

**Del 2** tar sikte på å beskrive oral helse hos fosterbarn basert på gjennomgang av europeisk forskningslitteratur. For å besvare problemstillingene i Del 2 har jeg gjennomført en litteraturgjennomgang, og hovedsakelig benyttet PubMed og andre databaser via Universitetsbiblioteket. I litteraturen som omhandler fosterbarn brukes ulike begreper. Et bredt søk er valgt for å finne flest mulig relevante artikler. For å inkludere nordiske artikler og rapporter valgte jeg et eget søk i Universitetsbiblioteket med søkeord i litteratur fra disse landene. Universitetsbiblioteket har databaser som PubMed, PsycINFO, Web of Science, Cochrane Library on Wiley Online Library.

Litteratursøk er gjennomført i PubMed med følgende søkeord:

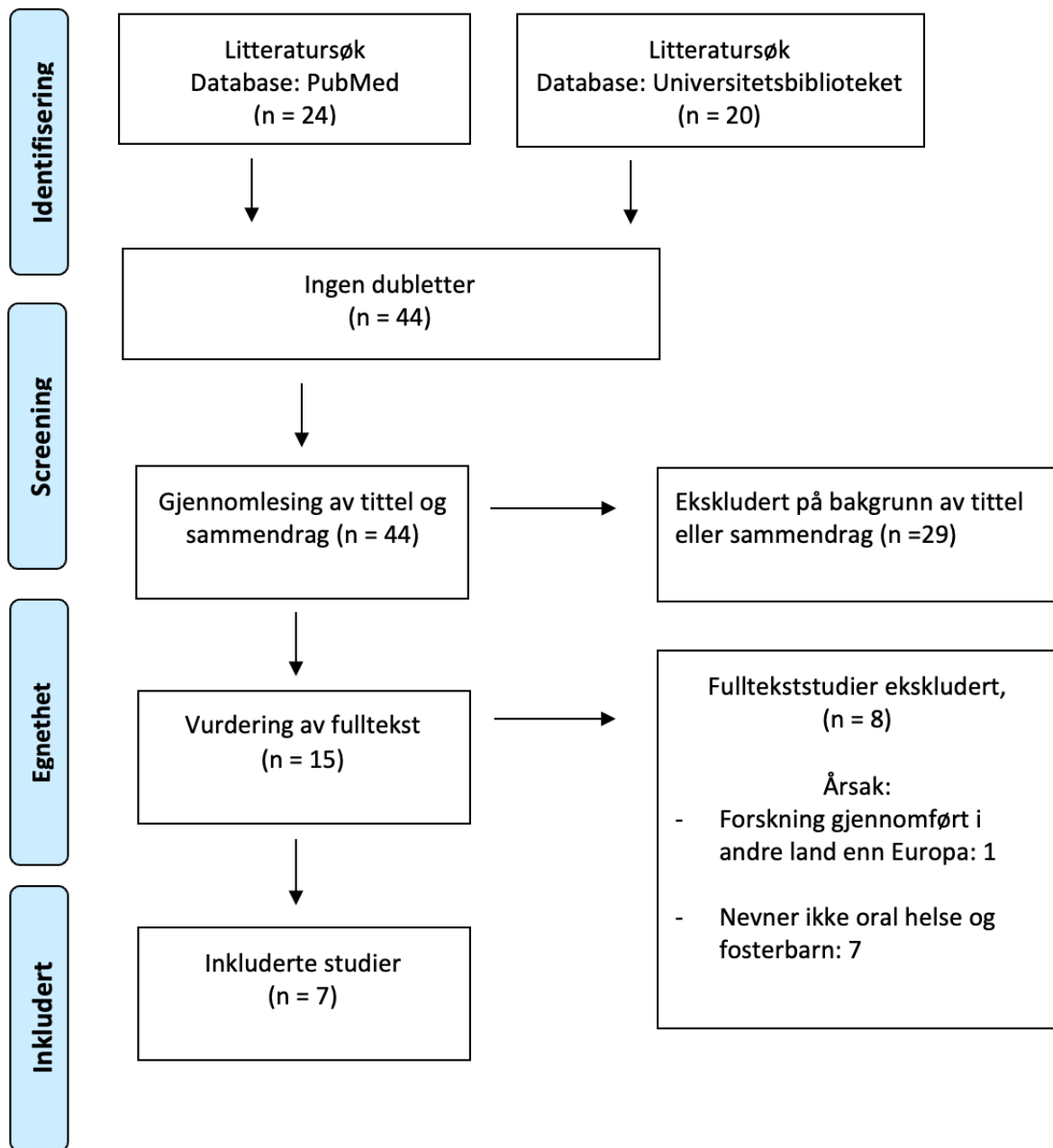
- 1) ((adolescents) OR (children) AND (dental neglect) OR (neglected dentition) AND (prevalence) AND (risk factors)) AND (oral health)
- 2) ((child welfare) AND (foster care) OR (residential care) AND (somatic health assessment)) AND (child health)

Litteratursøk i Universitetsbiblioteket med følgende søkeord:

- 3) Barn + social sciences + social work + Norden

## Seleksjonskriterier

Litteratur ble inkludert dersom de møtte følgende kriterier: (a) oral helse og fosterbarn; (b) vitenskapelige artikler; (c); litteraturstudier, systematic reviews; (d) data fra Europa. Artikler ble inkludert om de har data både fra Europa og andre land. Studier ble ekskludert basert på følgende kriterier: (a) andre språk enn engelsk og skandinavisk; (b) forskning gjennomført i land utenfor Europa; (c) studier som ikke kommenterer oral helse og fosterbarn. Resultatet av litteratursøket er vist i figur 3.



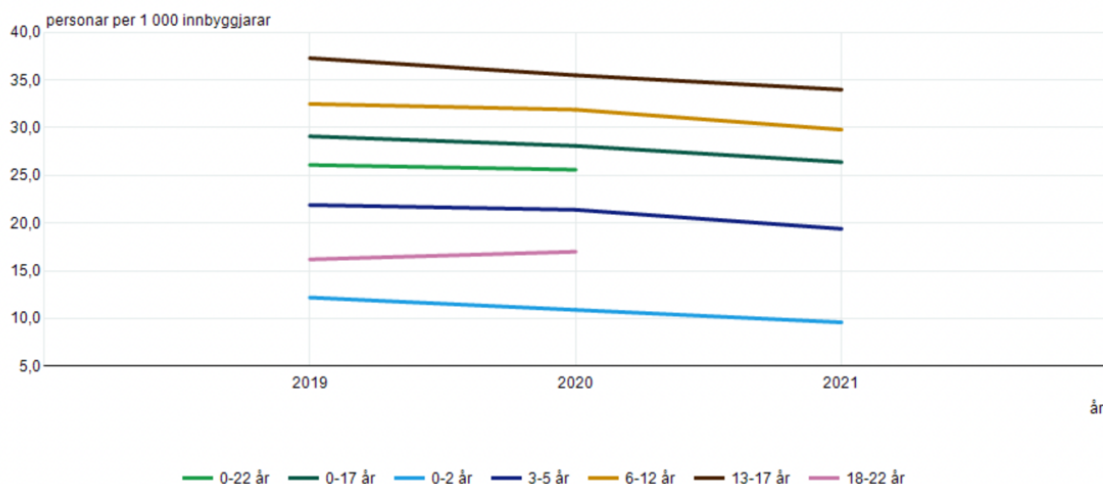
Figur 2. PRISMA – flytskjema som viser søke- og seleksjonsprosessen (15)

### 3.1 RESULTAT DEL 1: SYSTEMET RUNDT FOSTERBARN I NORGE

Fosterbarn er barn som barneverntjenesten har overtatt omsorgen for, før 18 års alder. Både i Norge og andre land skal fosterhjems plassering i utgangspunktet være midlertidig, og tilbakeføring til opprinnelsesfamilien er et overordnet mål (9).

Ifølge SSB var det 50 520 barn og unge med barnevernstiltak i Norge i 2021 (16). Rundt 83% av disse får hjelpetiltak, mens de resterende får omsorgstiltak. Foreldre til tenåringer er de hyppigste melderne til barneverntjenesten. Figuren under viser at antall barn med barnevernstiltak i alderen 0-18 år er redusert i perioden 2019-2021, mens antall med tiltak i aldersgruppen 18-22 år økte. Det er flest barn med barnevernstiltak i aldersgruppen 13-17 år, færrest i gruppen 0-2 år (17).

09050: Barn 0-24 år med barnevernstiltak, etter alder og år. Heile landet, Tiltak i alt, Kjønn i alt, Barn med barnevernstiltak per 31.12. per 1 000 barn.



**Figur 3: Barn fra 0-22 år med barnevernstiltak etter alder. Hentet fra [ssb.no](https://ssb.no) (17).**

Ved utgangen av 2021 var 8883 barn i fosterhjem i Norge (18). Plassering utenfor hjemmet kan skje frivillig eller ved tvang. Om plasseringen skjer frivillig kan fosterhjem være et hjelpetiltak etter barnevernsloven (9). Skjer plasseringen ved tvang er det etter vedtak om omsorgsovertakelse.

Ifølge barnevernsloven (9) er fosterhjem et privat hjem som ivaretar omsorgen for barn på grunnlag av vedtatte hjelpe- og omsorgstiltak. Fosterforeldrene er ansvarlige for å utøve den daglige omsorgen for barnet. Omsorgstiltak gjennomføres på vegne

av barnevernet, mens hjelpetiltak er på vegne av foreldrene. I henhold til barnevernsloven (9) har barneverntjenesten både ved hjelpetiltak og omsorgsovertakelse et ansvar for oppfølging av barnet og foreldrene. Unge som har hatt oppfølging av barnevernet før de ble myndige kan om de ønsker det få ettervern fra tjenesten. Fra 2021 ble denne retten utvidet til fylte 25 år.

Majoriteten av plasseringer utenfor hjemmet er planlagt. Ved omsorgsovertakelse vil barneverntjenesten med bistand fra Bufetat finne et fosterhjem eller annet bosted. Barneverntjenesten skal ha løpende og helhetlig ansvar for oppfølging av barnet. Omsorgskommunen har ansvar for å følge opp og føre kontroll med barnets situasjon i fosterhjem (19). Det finnes i dag ingen klare retningslinjer for hva barneverntjenesten skal følge opp i fosterhjemmene, heller ikke når det gjelder oral helse (20).

## ORGANISERING OG SAKSGANG I BARNEVERNET

Den norske barneverntjenesten er organisert på et kommunalt og et statlig nivå. I det statlige barnevernet er ansvaret fordelt mellom statsforvaltere, Barne- og familiedepartementet (BFD) og Barne-, og ungdoms- og familieetaten (Bufetat). Barne-, ungdoms- og familiedirektoratet (Bufdir) er et statlig fagorgan underlagt departementet. Bufetat er underlagt Bufdir, og har ansvaret for det statlige barne- og familievernet som skal tilby kommunene barnevernsinstitusjoner, fosterhjem og spesialiserte hjelpetiltak i hjemmet. Statlige barnevernmyndigheter sine oppgaver er regulert etter barnevernsloven (9).

Kommunalt barnevern sitt ansvar er å utføre oppgavene etter barnevernsloven som ikke er lagt til et statlig organ (9). Barnevernet vurderer kvaliteten av omsorgen i hjemmet når de får en bekymringsmelding. Meldingen kan komme fra barnet selv, foreldre, helsetjeneste, skole, familie, venner eller andre. Når barnevernet mottar en bekymringsmelding skal de, senest innen en uke, vurdere om den skal følges opp med videre undersøkelser (9). Om det er rimelig å anta at det er grunnlag for barnevernstiltak, har barnevernet rett og plikt til å undersøke forholdene (9).

Dersom det blir opprettet en undersøkelsessak skal barnevernet vurdere barnets omsorgssituasjon. Undersøkelsen skal gjennomføres snarest, og senest innen tre måneder. I spesielle situasjoner kan fristen forlenges til seks måneder. Etter barnevernsloven (9) skal undersøkelsen gjennomføres på en måte som gir minst mulig skade for de berørte parter, og skal ikke være unødig omfattende. Det er ikke nærmere regulert hvor omfattende undersøkelsen skal være. Når undersøkelsen er gjennomført er det fire alternative utfall: henleggelse, henleggelse med mulighet for ny undersøkelse, iverksette kommunale tiltak, eller begjæring om tiltak gjennom barneverns- og helsenemnda (9).

For å kunne gjennomføre en grundig og forsvarlig undersøkelse vil barneverntjenesten innhente opplysninger fra instanser som skole, barnehage, tannlege og annen helsetjeneste, eventuelt politi, mfl. I tillegg til informasjon om barnet kan barneverntjenesten også innhente informasjon om barnets foreldre eller andre med omsorgsansvar. Informasjonen som innhentes skal skje med orientering til de det gjelder (9).

Offentlige myndigheter, yrkesutøvere med profesjonsbestemt taushetsplikt, og organisasjoner/individer som jobber for det offentlige har en lovfestet plikt til å gi opplysninger til barnevernet. Helsepersonell sin opplysningsplikt er hjemlet både i barnevernsloven (9) og helsepersonelloven (21). Barneverntjenesten kan ikke pålegge andre å innhente informasjon som de ikke allerede har. I tillegg til bekymringsmelding i yrkesutøvelse har alle borgere et ansvar for å melde fra til barneverntjenesten ved bekymring for omsorgen til et barn. Personer som ikke har meldeplikt gjennom yrkesutøvelse kan melde anonymt.

En tannlege som sender bekymringsmelding, skal som offentlig melder få tilbakemelding fra barnevernet om at saken blir fulgt opp eller er henlagt. Fagpersoner/behandlere kan få informasjon om tiltakene som er iverksatt, om vedkommende har en viktig rolle i disse (9). På grunn av taushetsplikten får en ikke annen informasjon etter en bekymringsmelding. Dersom undersøkelsen blir henlagt med bekymring vil ikke barnevernet følge opp familien. Det er derfor nødvendig å sende flere bekymringsmeldinger ved fortsatt eller ny bekymring (9).



Personvern sier noe om retten til privatliv og retten til å bestemme over egne personopplysninger. Personvernreglene som ble innført for EU/EØS i 2018 (GDPR) har styrket disse rettighetene. Personopplysningsloven må følges av alle som behandler personopplysninger, og er spesielt viktig for å ivareta barn og unges interesser. GDPR har ført til endringer i dokumentasjonsplikt for tannhelsetjenesten (22, 23).

Helsepersonell er underlagt taushetsplikt, og kan ikke dele informasjon om helsetilstand eller behandling av pasienter, heller ikke annen informasjon som blir kjent gjennom rollen som fagperson. Informasjon kan deles om en innhenter samtykke fra den det gjelder (21, 24), det skal da journalføres hva som kan deles og med hvem (25, 26).

For barn under 16 år er det i hovedsak foresatte eller andre med foreldreansvar som skal ta avgjørelser og gi samtykke til behandling (25). Unge mellom 12-16 år skal delta i beslutninger sammen med foreldrene. I denne aldersgruppen kan de også kontakte helsetjenesten uten at foreldrene er involvert. Om unge selv skal samtykke til behandling har helsepersonell et ansvar for å sikre at de er i stand til å ivareta egne interesser (25). Dersom barneverntjenesten har overtatt omsorgen trer de inn i rollen som beslutningsansvarlig på vegne av foreldrene (25, 27).

Den helserettslige myndighetsalderen i Norge er 16 år (25, 27). Ved fylte 16 år trenger helsepersonell samtykke fra ungdommen ved deling av personlig informasjon til foreldrene og andre med foreldreansvar. Ungdom som er 16 år og eldre kan selv velge om de ønsker å motta helsehjelp. Dersom de ikke møter til tannlegetimen, kan ikke barneverntjenesten eller foresatte varsles uten samtykke. Unntaket er om informasjonen er vesentlig for å kunne ivareta foreldreansvaret (25, 27), da har helsepersonell opplysningsplikt til 18 år. Eksempler på situasjoner som utløser opplysningsplikt er mistanke om alvorlig depresjon, selvmordsfare, rusmiddelmissbruk, seksuelt misbruk og spiseforstyrrelse (5, 24, 25, 27). Jo yngre ungdommen er, jo viktigere er det at foreldre får informasjon om alvorlige vansker. Vurderingene som gjøres om samtykkekompetansen må journalføres på en nøytral og presis måte.

Tannlegen kan gi informasjon om hva som må deles, og sikre at informasjonen blir gitt under trygge forhold. Om barneverntjenesten har foreldreansvar er det disse som skal varsles for unge under 18 år.

Det finnes noen unntak for helsepersonell når det gjelder plikten til å bevare taushet overfor andre tjenester (21). Helsepersonell skal melde til barnevernet dersom man har «grunn til å tro» at barnet er utsatt for mishandling eller alvorlig omsorgssvikt, og ved mistanke om alvorlige atferdsvansker. Det kreves ikke klare fysiske tegn eller sikker viten for å sende en bekymringsmelding (5, 21). Ved mistanke har tannleger lovpålagt meldeplikt til barnevernet (21). Det er anbefalt å informere foreldre eller foresatte om utlevering av informasjon til barnevernet (5). Unntaket er dersom det er spesielle situasjoner som gir fare for at bevis forsvinner eller om informasjon til foreldre kan sette barn og unge i større fare (5, 27). Ved mistanke om alvorlig og uavklart omsorgssvikt kan tannlegen alliere seg med legevakt eller fastlege for akutt innleggelse ved Barne- og ungdomsklinikk. Dersom en pasient kan utgjøre en trussel for seg selv og/eller andre har helsepersonell også meldeplikt til politiet (5, 21).

#### TVERRFAGLIG KARTLEGGING AV FOSTERBARN

De senere årene har kartlegging av fosterbarn vært i fokus. Det har kommet frem at fosterbarna ofte er for dårlig utredet før de plasseres i fosterhjem (20). Første januar 2023 trer en ny barnevernslov i kraft. Etter den nye loven skal barneverntjenesten anmode Bufetat om tverrfaglig helsekartlegging når det blir besluttet å fremme sak for barneverns- og helsenemnda. Om det blir vedtatt omsorgsovertakelse skal kartleggingen gjennomføres etter at barnet er flyttet ut av hjemmet (28).

For å kunne gjennomføre en helsekartlegging av fosterbarn trenger man samtykke til utredning (9). I alderen 15-18 år kan ungdommene selv samtykke til en helsekartlegging. Etter omsorgsovertakelse er det barneverntjenesten som kan samtykke til kartlegging og helsehjelp om barnet er under 15 år. Etter pasient- og brukerrettighetsloven regnes barneverntjenesten som barnets nærmeste pårørende (25).

Universitetet i Oslo har de siste årene utarbeidet en modell for tverrfaglig kartlegging av helse- og omsorgsbehov hos barn og unge som flyttes ut av hjemmet. Fra 2017 – 2020 ble rundt 200 fosterbarn kartlagt gjennom CARE-prosjektet (Children at risk evaluation) (29). Kartleggingen viser at fosterbarn har høy forekomst av tannråte og andre tegn på dårlig tannhelse. Funn i CARE viser at barneverntjenesten flere steder mangler kapasitet og kompetanse til å gjennomføre de tiltakene og veiledningene som trengs (29).

## 3.2 RESULTAT DEL 2: ORAL HELSE HOS FOSTERBARN

Tabell 1 viser resultater fra litteratursøk for oral helse hos fosterbarn, etter gjennomgang av artiklene som ble inkludert.

TABELL 1: NOEN KARAKTERISTIKA FOR INKLUDERT LITTERATUR

Tittel	Forfatter	Nasjonalitet	Metode	Resultatmål	Resultat	Konklusjon
Prevalence of dental neglect and associated risk factors in children and adolescents-A systematic review.	Khalid et al. (30)	Kina, India, Tyskland, Storbritannia, Sverige, USA, Brazil, Australia	Systematic review, PRISMA guidelines	Forekomst av dental omsorgssvikt og assosierte risikofaktorer hos barn og ungdom i flere land (0-19 år)	Høy forekomst av dental omsorgssvikt og ubehandlet karies. Foreldrenes utdanningsnivå og holdning til dental helse har stor innvirkning på barnets orale helse. Fosterbarn og barn av innvandrere har større risiko for dental omsorgssvikt	Behov for retningslinjer for rapportering av dental omsorgssvikt fra tannleger til barnevernet
Dental Neglect in Children: A Comprehensive Review of the Literature.	Kiatipi et al. (31)	Storbritannia, Portugal, USA, Brazil, Canada, Chennai, Tsjekkia, Hong Kong, Filippinene, Australia, Sverige, Kroatia	Litteraturgjennomgang	Etiologi, risikofaktorer, typer av dental omsorgssvikt. Ser på sammenheng mellom oral omsorgssvikt og kariesinsidens	Oral omsorgssvikt er en del av et større bilde. Kan på kort sikt føre til tilstander som karies. Kan i tillegg føre til problemer i voksenalder pga. dårlig vekst og svekket livskvalitet	Tidlig diagnostisering av oral omsorgssvikt er viktig for å unngå irreversible konsekvenser. Tannleger må reagere raskt på tegn og risikofaktorer for dental omsorgssvikt. Bekymringsmelding viktig, Behov for opplæring av tannleger om tema
Oral health in children investigated by Social services on suspicion of child abuse and neglect	Kvist et al. (1)	Sverige	Data fra barnevern- og tannlegejournaler. Retrospektiv. 86 svenske barn og 172 matchede kontroller.	Vurdere oral helse og oral helseadferd blant barn som blir vurdert for mishandling og omsorgssvikt.	Fire faktorer tyder på høy sannsynlighet for undersøkelse i barnevernet og mistanke av omsorgssvikt: karies i melketenner, fyllinger i permanente tenner, ikke-møtt og henvisning til pedodontister	Høy forekomst av karies, uregelmessig oppmøte og behov for henvisning til tannklinikker for behandling
Paediatric dento-facial infections - a potential tool for identifying children at risk of neglect?	Schlabe et al. (32)	Frankrike	Retrospektiv undersøkelse. Kliniske data fra sykehusjournaler.	Undersøkelse blant 27 barn under 16 år som ble innlagt for abscess. Vurderer dental omsorgssvikt, og om barna er kjent for barnevernet	40% av barna som var innlagt på sykehus med abscess er allerede kjent for barnevernet	Alle barn som blir innlagt med abscesser bør diskuteres med lokal barneverntjeneste
Children in out-of-home care are at high risk of somatic, dental and mental ill health.	Randsalu and Laurell (10)	Sverige	Journalgjennomgang barnevern og helsetjeneste 2012-2015	Andelen henvisninger av svenske fosterbarn til anbefalt helsekartlegging (n=11 413). Kliniske funn for tannhelse og generell helse for de som ble undersøkt (n=409).	På tross av nasjonale retningslinjer ble kun 6% av barna i barnevernet henvist til helsekartlegging. Disse hadde omfattende helseproblemer: dårlig tannhelse (30%), ikke møtt til tannlege (36%), helsehjelp for traume (36%).	En lav andel av barna i barnevernet hadde anbefalt helsekartlegging. De som ble undersøkt fikk påvist omfattende helseproblemer

Swedish children taken into care reveal large unmet health and dental care needs.	Kling et al. (33)	Sverige	Journal-gjennomgang, anamnese og klinisk undersøkelse	Avdekke behandlingsbehov hos fosterbarn i Sverige, 120 barn, 0-17 år	99 av 120 fosterbarn kvalifiserte for henvisning til spesialisthelsetjenesten. Halvparten av fosterbarn 7-17 år fikk påvist dyp karies som krevde tannbehandling	Resultatene avdekket et stort udekket behov for helse- og tannhelseintervensjon hos fosterbarn. En systematisk strategi er nødvendig for å møte disse behovene
Barn kan inte vänta: Översikt av kunskapsläget och exempel på genomförbara förbättringar.	Vinnerljung et al. (34)	Sverige	Rapport	Kunnskapsoversikt og områder som kan forbedres	Den tilgjengelige forskningen indikerer at barn ikke får nødvendig støtte i fosterhjem. Utviklingen bedrer seg ikke under oppfølging av barnevernet	Rapporten gir flere anbefalinger for utdanning, forebygging av helseproblemer og overgang fra barndom til voksenlivet

Oral helse og oral omsorgssvikt er målt ved hjelp av ulike variabler og kriterier rundt om i verden (30). Viktige variabler som går igjen, er karies og manglende fremmøte til rutinekontroller og behandling. Disse er viktige både hver for seg og sammen. Noen studier har sammensatte mål med variabler knyttet til familiens situasjon (f.eks. foreldres økonomi og utdanning) (31). Traumer (1, 10) og dental / facial infeksjon (32) er andre variabler som inkluderes i studier om oral omsorgssvikt.

En omfattende litteraturgjennomgang publisert i 2022 fra flere land viser forekomst av oral omsorgssvikt mellom 34 – 56% i alderen 0-19 år. Forfatterne vurderte ulike studier publisert i perioden 1946-2020, og inkluderte studier fra 1996-2020 i oversiktsartikkelen. Prevalens av ubehandlet karies varierte mellom 39 – 99% (30).

Resultater fra en retrospektiv undersøkelse gjennomført i Sverige viser at fire faktorer er spesielt viktige kriterier for oral omsorgssvikt: karies i melketenner, fyllinger i permanente tenner, ikke-møtt og henvisning til pedodontister (1). Tilstedeværelse av alle disse faktorene ga en svært høy sannsynlighet for å være kjent for barnevernet. Denne undersøkelsen inkluderte data fra barnevern- og tannlegejournaler for 86 svenske barn og 172 matchede kontroller. Studien inkluderte en rekke variabler knyttet til oral helse hos barna og deres foresatte (1).

Det er flere faktorer som gir økt risiko for oral omsorgssvikt (1, 30, 31). Resultater fra en undersøkelse med journalgjennomgang og klinisk undersøkelse av 120 fosterbarn i en svensk region, viser at halvparten av fosterbarna i alderen 7-17 år hadde dyp

karies (33). En omfattende litteraturgjennomgang gjennomført i 2019 viser at lav sosio-økonomisk status, lavt utdanningsnivå og økonomiske vansker hos foreldre gir økt risiko for oral omsorgssvikt (31). Barn av innvandrere og flyktninger har også økt risiko for oral omsorgssvikt (30, 31).

Oral omsorgssvikt har sammenheng med andre former for omsorgssvikt. En retrospektiv undersøkelse gjennomført i Frankrike viser at en høy andel av barna som var innlagt for drenering av dental / facial infeksjon allerede var kjent for barnevernet. Ved gjennomgang av kliniske data fra sykehusjournaler fant de at blant de 27 undersøkte barna med abscesser var over 40% kjent for barnevernet. Over 50% av de undersøkte var mellom 5-8 år (32).

Resultater fra flere undersøkelser viser et stort udekket behov for helse- og tannhelseintervensjon hos fosterbarn (1, 10, 33). Det er ikke uvanlig at barna har uteblitt fra vanlige kontroller både før og etter omsorgsovertakelse. En årsak til ikke-møtt var flyttinger, både før og etter at barnevernet overtok omsorgen (34). Ved en journalgjennomgang fra barnevernet og helsetjenesten i Sverige for perioden 2012-2015 var bare 409 (6%) av 11 413 fosterbarn henvist for helsekartlegging på tross av nasjonale retningslinjer (10). De som ble undersøkt fikk påvist omfattende helseproblemer, som dårlig tannhelse og konsekvenser av traumer. Fosterbarn er spesielt utsatt for somatisk og psykisk sykdom, både før og etter plassering i fosterhjemmet (10, 33, 34). Kun 68% av svenske fosterbarn i alderen 7-17 år hadde tatt alle anbefalte vaksiner for sitt alderstrinn (33).

I rapporten Nordens barn – fokus på barn i fosterhjem (34) blir det understreket at fosterbarn er en svært heterogen gruppe med behov for ulike tiltak. Tre hovedpunkter er viktig for en positiv utvikling etter plassering i fosterhjem: utdanning, forebygging og behandling av helseplager, og i tillegg støtte i overgangen fra barndom til voksen. Forfatterne konkluderer med at fosterbarna i studien ikke har fått tilstrekkelig støtte på disse tre punktene, og at situasjonen deres ikke ble bedret under oppfølging av barnevernet (34).

## 4 DISKUSJON

Fosterbarn er i høy risiko for oral omsorgssvikt (1, 30, 31, 33, 34). Uten nødvendige tiltak kan den negative utviklingen forsterkes i ungdomsårene og gi varige skader i det permanente tannsettet. Diskusjonen under tar utgangspunkt i Bronfenbrenners modell, for å vurdere hvordan tannhelsetjenesten kan bidra til samarbeid rettet mot best mulig utvikling av oral helse hos fosterbarn. Litteratursøket er begrenset til europeiske land. Resultatene viser at organisering av barneverntjenesten og mål for oral omsorgssvikt varierer mellom land. Det er derfor ikke mulig å generalisere funnene til andre land enn de som er studert.

### MIKRONIVÅ

De som har størst innvirkning på utviklingen til barn og unge er de første som barna samhandler med (12). De første årene er barna avhengig av foreldre eller andre voksne for å kunne opprettholde en god generell- og oral helse (5). Familiens kostholdsvaner, og hjelp til tannpuss og jevnlig helsekontroller er viktig for utviklingen. Adresseendring kan føre til at barn ikke kalles inn til ordinære kontroller i tannhelsetjenesten, spesielt om barnet har flere bosteder, eller er bosatt et annet sted enn Folkeregisteradressen. Flytting kan også føre til manglende oppfølging og behandling. Sårbare familier flytter oftere enn andre, blant annet fordi de har løsere tilknytting til arbeidsmarkedet eller ikke eier egen bolig. Noen flytter bevisst for å komme unna barnevernet. Fosterbarn kan bli flyttet til beredskapshjem og mellom fosterhjem uten at dette blir kjent for tannhelsetjenesten. Ved flytting mellom kommuner og bydeler kan barnet gå glipp av de ordinære undersøkelsene. Ungdom som bor på hybel i en annen kommune enn foreldrene er også en sårbar gruppe når det gjelder oppfølging i tannhelsetjenesten.

Helsepersonell har en utrolig viktig rolle ved å oppdage barn som er utsatt for mishandling eller omsorgssvikt (5). I de første leveårene har Helsestasjonen en sentral plass i det helsefremmende og forebyggende arbeidet. Alle barn mellom 0-5 år skal få tilbud om regelmessig konsultasjoner på helsestasjonen. Et av målene med Helsestasjonsprogrammet 0-5 år er å forebygge og avverge vold, overgrep og omsorgssvikt (35). Helsestasjonen skal også bidra til at barn får oppfølging og

henvises videre ved behov. Fra og med 3-års alderen har tannhelsetjenesten en sentral rolle. Den offentlige tannhelsetjenesten er den eneste helsetjenesten i Norge som kaller inn alle barn og unge regelmessig til gratis kontroller mellom 3-18 år (4). I Norge oppdaterer de offentlige tannklinikker listene sine 1-2 ganger i året. Om en familie flytter innad i samme distrikt vil det bli sendt en flyttemelding til den nye tannklinikken som barna tilhører. Dersom familien flytter til et annet distrikt, er det de foresatte sin oppgave å melde flytting og ta kontakt med nærmeste tannklinikk for behandling ved gjenværende behov. For fosterbarn kan ansvaret for oppmelding til ny klinikk være uklart.

Ved oppfølging av barn får tannleger informasjon om den orale og generelle helsen, i og i tillegg kjennskap til barnets utvikling og samspillet mellom barn og foresatt (5). De vanligste årsakene til at tannleger i Norge sender bekymringsmelding til barnevernet er tilstedeværelse av alvorlig karies og manglede fremmøte over tid (36). Mange og store hull kan være en indikasjon på at det kanskje ligger noe bak som gir grunn til å tro at barnet ikke har det bra. Men, det kan også være andre årsaker til karies, som medikamenter eller tilstander hos barnet som gjør at det ikke er lett å pusse tennene. Gode rutiner for bekymringsmelding ved mistanke om omsorgssvikt er viktig for alle i tannhelsetjenesten.

Tannleger har en lovpålagt meldeplikt til barnevernet, om det foreligger grunn til å tro at barnet utsettes for alvorlig omsorgssvikt, mishandling, overgrep eller tilsvarende situasjoner (21). En longitudinell norsk undersøkelse gjennomført fra 2012-2014 viste at flertallet av tannleger sender bekymringsmeldinger til barnevernet gjennom sin karriere (37). Det var likevel rundt 1/3 av tannlegene som hadde mistenkt omsorgssvikt uten å melde om bekymring. Sannsynligheten for melding var bl.a. påvirket av arbeidserfaring, alder og geografisk region. Yngre tannhelsepersonell (< 40 år) melder i større grad enn eldre kollegaer.

De ulike formene for omsorgssvikt er ikke gjensidig utelukkende. Barn som opplever omsorgssvikt utsettes sjelden bare for en form (5). Derfor er det viktig at vi som tannleger er årvåkne ved mistanke om oral omsorgssvikt. I flere av artiklene går det igjen at barn som har opplevd omsorgssvikt er spesielt utsatt for somatisk og psykisk sykdom (10, 33, 34). Den orale helsen kan også ha en direkte innvirkning på den



generelle helsen (30, 31). Vi er avhengig av god oral helse for å kunne spise og sosialisere. Oral omsorgssvikt kan på sikt føre til tanntap, taleproblemer, infeksjoner abscesser, søvnmangel og vekttap (30). I en retrospektiv kohort-undersøkelse gjennomført i Japan fant de at barnemishandling var sterkt assosiert med færre gjenværende tenner i voksen alder (13).

For å hindre svikt i systemet og bedre oppfølgingen av fosterbarn er et mulig tiltak at det kommunale barnevernet får ansvar for melding til tannhelsetjenesten ved flytting til eller mellom fosterhjem, og samtidig ber om at barna kalles inn til en rutinesjekk. Da kan helsetjenestene raskt kalle inn barna for en kartlegging, og sette i gang tiltak etter behov. Dette kan sikre at barna kommer inn i systemet og får kontinuerlig oppfølging fremover. Mange fosterbarn har en historikk med uregelmessig oppmøte til rutinekontroller. Når en får et fosterbarn i tannlegestolen, kan det være deres aller første besøk hos tannlegen selv i eldre aldersgrupper.

## MESONIVÅ

Mesonivået består av samspillet mellom de forskjellige aktørene på mikronivå. De ulike mikrosystemene påvirker hverandre innbyrdes. Helsetjenester samarbeider med barnevern, skoler, politi, osv. Godt samarbeid mellom tannleger, fosterforeldrene og barneverntjenester er viktig for en positiv utvikling av oral helse hos fosterbarna. Fosterforeldrene har ansvar for den daglige omsorgen, mens beslutningsansvaret er delt mellom foreldrene og barnevernet.

Kommunikasjon mellom barneverntjenesten og helsetjenesten er nøkkelen til oppfølging av barnets orale helse. Personopplysningsloven sikrer at alle har rett til privatliv (22). Det er selvfølgelig viktig at informasjonen om fosterbarn deles med omhu. Fosterbarn og deres familier er i en sårbar posisjon, og det er viktig med tillit mellom barnevernet og fosterbarna. På den andre siden er det viktig at personvern og taushetsplikt ikke står i veien for samarbeid med andre instanser.

Vi mangler i dag god dokumentasjon for helseproblemer hos fosterbarn i Norge. I den nye barnevernsloven som trer i kraft i 2023 er tverrfaglig helsekartlegging lovpålagt barneverntjenesten ved omsorgsovertakelse (9). Barnevernet kan etter denne be om

en spesifikk undersøkelse av barnets orale helse. En slik undersøkelse passer også med Helsedirektoratet sine anbefalinger for sårbare barn og unge (35). Ved kartlegging er det viktig at funnene blir registrert på en måte som gir oversikt og oppfølging av det enkelte barnet. Det må foreligge en plan for å kartlegge funn, og en svært solid plan for å sikre at funnene fører til gode tiltak.

En utvidet epikrise kan tydeliggjøre funnene fra helsekartlegging som gjennomføres i forbindelse med omsorgsovertakelse. Da vil helsetjenesten kunne sette i gang riktige tiltak og være forberedt på at pasienten som kommer er i en sårbar posisjon. Det vil for mange fosterbarn være et mål å opprettholde en behandlingskontakt som fungerer, selv om barnet har flyttet. Ungdom som er 15 år og eldre kan selv samtykke til behandling etter den nye barnevernsloven. Dette samtykkeskjema kan signeres i forbindelse med helsekartlegging, og sendes med epikrisen til neste behandler. For barn under 15 år er det barneverntjenesten som kan samtykke til behandling etter omsorgsovertakelse. Det er derfor viktig at barneverntjenesten samtykker tidlig i behandlingen. En mulighet er å tydeliggjøre at fosterforeldrene kan samtykke på vegne av barneverntjenesten i tilfeller der det gjøres ikke-invasiv eller nødvendig behandling.

Tannleger vet ikke hvem som er fosterbarn, og det kan være vanskelig å spørre barn og unge direkte om foresatte. Det er derfor viktig at kommunen informerer tannhelsetjenesten om fosterbarnstatus. Samtidig er det nødvendig med tydelig beskjed om hvem som kan samtykke, og i hvilken grad fosterforeldre og biologiske foreldre kan få informasjon fra tannlegen. For en liten gruppe fosterbarn skal en eller begge biologiske foreldre ikke ha noen informasjon, heller ikke om når og hvor barnet har tannlegetime, eller barnets adresse. Slike spesielle forhold må kunne dokumenteres tydelig i journalen, og oppdateres ved endring. Lovene om personvern (25) og taushetsplikt (21) kan brukes til et ryddig samarbeid for pasientens beste, men har mange steder i helsevesenet ført til konflikt og redusert tilgang til informasjon som er viktig for pasienter.

## EKSONIVÅ

Tannhelsetjenesten kan påvirke oral helse gjennom eksonivået, f.eks. gjennom retningslinjer og lovverk som gjelder fosterbarn. På eksonivået er individer og institusjoner utenfor barnets indre krets. Uten å være fysisk til stede kan disse påvirke barnet og familien som f.eks. ved innføring av nye lover og endring av eksisterende regelverk.

Sverige implementerte i 2012 tverrfaglig helsekartlegging av fosterbarn i nasjonale retningslinjer (10). På tross av dette ble kun 6% av barna henvist til kartlegging i perioden 2012-2015. De undersøkte barna hadde omfattende helseproblemer (10). Det ble konkludert med at det er viktig med økt kunnskap om oral helse hos hele gruppen av fosterbarn og fosterforeldre for å planlegge behandling og tett oppfølging. Vi kan ikke regne med at ordinær oppfølging er tilstrekkelig for sårbare barn, heller ikke etter at de er flyttet i fosterhjem.

Med innføring av helsekartlegging av fosterbarn i 2023 har vi i Norge en gylden anledning til å planlegge nasjonale rutiner som kan bidra til å dokumentere oral helse hos fosterbarn i klinikk og forskning. Det er mulig å etablere et register som tar de nødvendige hensynene til personvern og samtykker helt fra starten. Vansker knyttet til innhenting av samtykker fra biologiske foreldre, kommunal barneverntjeneste og statlige barnevernsmyndigheter har ført til at vi i dag har mangelfull informasjon om helsen til fosterbarn i Norge. Godt kunnskapsgrunnlag og gode rutiner kan bedre muligheten for oppfølging og tiltak til sårbare barn og unge, og sette en standard for et likeverdig tilbud i hele landet.

## MAKRONIVÅ

Makronivået sier noe om verdiene og tradisjonene i samfunnet, og kulturen som familien er en del av. Hva som er god helse, avhenger av både verdier og kultur. Det som regnes for god helse i en kultur kan være det absolutte minimum i en annen del av verden. Innvandring gjør at vi som helsepersonell må sette oss inn i skikker og ritualer som er normer i andre land. I flere afrikanske land finnes det f.eks. en heksekunst som kalles «Infant Oral Mutilation» (38). Der tar familiene barna sine til

spesielle healere som fjerner ikke-erupterte tenner med usterile redskaper som skruer, kroker, kniver, osv. Barna er ofte ikke eldre enn 3 måneder når inngrepet gjøres. I de fleste andre land vil dette bli definert som omsorgssvikt.

I 1987 innførte Norge forbud mot å slå barn (39). I de nordiske landene er dette helt innlysende, det er sjokkerende at vi i det hele tatt trenger en lov. Men, i mange andre land er klaps, slag og straff fortsatt en del av oppdragelsen. I dag er det bare 63 land i verden som har innført forbud mot å slå barn (40). Dette er også noe vi som helsepersonell må være oppmerksomme på når vi har barn og familier inne for undersøkelse.

## KRONONIVÅ

Krononivået belyser hvordan hendelser og endringer i livshistorien til barn kan påvirke utviklingen og de andre nivåene. Eksempler på dette er krig, pandemier og andre traumer (14). En høy andel fosterbarn har opplevd alvorlige traumer før plassering utenfor hjemmet (29, 34). Flertallet av fosterbarn har en historie med emosjonell omsorgssvikt, mange har også vært vitne til vold og/eller har selv opplevd vold og seksuelle overgrep (29). I krig har ikke innbyggerne som må flykte fra hjemmene noen forutsetning for å opprettholde oral helse (30).

## 5 KONKLUSJON

Oral helse er en markør for omsorgssvikt, siden foreldrenes innsats er avgjørende i oppveksten. Ved omsorgsovertakelse tar barneverntjenesten over ansvaret for den orale helsen. Regelverk for personvern og taushetsplikt kan hindre behandling og oppfølging. Resultater fra flere land viser høy forekomst av oral omsorgssvikt hos fosterbarn. Karies i melketenner, fyllinger i permanente tenner, ikke-møtt og henvisning til pedodontister kan identifisere barn i risiko for oral omsorgssvikt (1). En stor andel fosterbarn har mangelfull oppfølging i tannhelsetjenesten, både før og etter plassering. Rutiner for innkalling, oppfølging og meldeplikt kan påvirke fremmøtet til sårbare barn og unge. Systematisk kartlegging av fosterbarn kan fremme utviklingen av oral helse, om det finnes retningslinjer for samarbeid mellom

tannleger og barneverntjenesten. Et nasjonalt register for oral helse kan gi unik kunnskap som grunnlag for tiltak i hele landet.

## REFERANSER

1. Kvist T, Annerbäck EM, Dahllöf G. Oral health in children investigated by Social services on suspicion of child abuse and neglect. *Child Abuse Negl.* 2018;76:515-23.
2. Constitution of the World Health Organization: World Health Organization; 1946.
3. Brattabø IV, Universitetet i Bergen H-s, Universitetet i B. Detection of child maltreatment, the role of dental health personnel : a national cross-sectional study among public dental health personnel in Norway. Bergen: University of Bergen; 2018.
4. Lov om tannhelsetjenesten (tannhelsetjenesteloven), (1983).
5. Næss L, Bjørknes R, Brattabø IV. Tannhelsepersonellens rolle for å oppdage barn utsatt for mishandling eller omsorgssvikt. *Den norske tannlegeforenings Tidende.* 2014;124 nr 11.
6. Helsedirektoratet. Nasjonal faglig retningslinje for tannhelsetjenester til barn og unge 0–20 år Oslo: Helsedirektoratet; 2018 [updated 31. mars 2022. Available from: <https://www.helsedirektoratet.no/retningslinjer/tannhelsetjenester-til-barn-og-unge-020-ar#apiUrl>.
7. Lov om styrking av menneskerettighetenes stilling i norsk rett (menneskerettsloven), (1999).
8. Bronfenbrenner U. Alienation and the Four Worlds of Childhood. *Phi Delta Kappan.* 1986;67(6):430-6.
9. Lov om barnevern (barnevernsloven), (2021).
10. Randsalu LS, Laurell L. Children in out-of-home care are at high risk of somatic, dental and mental ill health. *Acta Paediatr.* 2018;107(2):301-6.
11. Santrock JW. Life-span development. 13th ed. Boston: McGraw-Hill; 2010.
12. Bunkholdt V, Kvaran I. Kunnskap og kompetanse i barnevernsarbeid. 2. utg. ed. Oslo: Gyldendal; 2021. 454 p.
13. Matsuyama Y, Fujiwara T, Aida J, Watt RG, Kondo N, Yamamoto T, et al. Experience of childhood abuse and later number of remaining teeth in older Japanese: a life-course study from Japan Gerontological Evaluation Study project. *Community Dent Oral Epidemiol.* 2016;44(6):531-9.
14. Ringereide R, Stai S. Bronfenbrenners modell. Nettdokument. NDLA; 2022 Oppdatert 04. februar 2022. Contract No.: ty.
15. Moher D, Liberati A, Tetzlaff J, Altman DG, The PG. Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-Analyses: The PRISMA Statement. *PLOS Medicine.* 2009;6(7):e1000097.

16. Barnevern [Statestikk fra ssb]. ssb.no; 2021 [Available from: <https://www.ssb.no/sosiale-forhold-og-kriminalitet/barne-og-familievern/statistikk/barnevern>].
17. 09050: Barn 0-24 år med barnevernstiltak, etter omsorgs-/hjelpetiltak, kjønn, alder, statistikkvariabel, år og region: ssb.no; 2021 [Available from: <https://www.ssb.no/statbank/table/09050/tableViewLayout1/>].
18. Barn i fosterhjem [Nettdokument]. Bufdir.no; 17. november 2020 [updated August 2022. Available from: [https://www.bufdir.no/Statistikk\\_og\\_analyse/Barnevern/Barn\\_og\\_unge\\_med\\_tiltak\\_fra\\_barnevernet/barn\\_i\\_fosterhjem/](https://www.bufdir.no/Statistikk_og_analyse/Barnevern/Barn_og_unge_med_tiltak_fra_barnevernet/barn_i_fosterhjem/)].
19. Forskrift om fosterhjem (2003).
20. Høringsnotat om tverrfaglig helsekartlegging av barn i barnevernet. Høringsnotat. Oslo: Barne- og familiedepartementet; 2020.
21. Lov om helsepersonell m.v. (helsepersonelloven), (1999).
22. Lov om behandling av personopplysninger (personopplysningsloven), (2018).
23. Helsedirektoratet. Personvern og informasjonssikkerhet [Nettdokument]. Oslo: Helsedirektoratet; 2022 [updated 16. mars 2022. Available from: <https://www.helsedirektoratet.no/tema/kunstig-intelligens/regelverk/personvern-og-informasjonsikkerhet#referere>].
24. Helsedirektoratet. § 21. Hovedregel om taushetsplikt Oslo: Helsedirektoratet; 2018 [updated 28.06.2018. Available from: <https://www.helsedirektoratet.no/rundskriv/helsepersonelloven-med-kommentarer/taushetsplikt-og-opplysningsrett/-21.hovedregel-om-taushetsplikt>].
25. Lov om pasient- og brukerrettigheter (pasient- og brukerrettighetsloven), (1999).
26. Helsedirektoratet. § 45. Utlevering av og tilgang til journal og journalopplysninger [Nettdokument]. Oslo: Helsedirektoratet; 2018 [updated 28. juni 2018. Available from: <https://www.helsedirektoratet.no/rundskriv/helsepersonelloven-med-kommentarer/dokumentasjonsplikt/-45.utlevering-av-og-tilgang-til-journal-og-journalopplysninger#referere>].
27. Haugland S, Misvær N. Håndbok for skolehelsetjenesten. 2. utg. ed. Oslo: Kommuneforl.; 2009.
28. Lov om endringer i barnevernloven mv. (tverrfaglig helsekartlegging), (2022).
29. Evaluering av CARE-modellen : tverrfaglig kartlegging av utsatte barns helse og omsorgsbehov. Oslo: Universitetet i Oslo, Det medisinske fakultet; 2020.
30. Khalid G, Metzner F, Pawils S. Prevalence of dental neglect and associated risk factors in children and adolescents-A systematic review. Int J Paediatr Dent. 2022;32(3):436-46.
31. Kiatipi M, Davidopoulou S, Arapostathis K, Arhakis A. Dental Neglect in Children: A Comprehensive Review of the Literature. J Contemp Dent Pract. 2021;22(2):199-204.
32. Schlabe J, Kabban M, Chapireau D, Fan K. Paediatric dento-facial infections - a potential tool for identifying children at risk of neglect? Br Dent J. 2018;225(8):757-61.

33. Kling S, Vinnerljung B, Hjern A. Somatic assessments of 120 Swedish children taken into care reveal large unmet health and dental care needs. *Acta Paediatr.* 2016;105(4):416-20.
34. Vinnerljung B, Forsman H, Jacobsen H, Kling S, Kornør H, Lehman S. Barn kan inte vänta: Översikt av kunskapsläget och exempel på genomförbara förbättringar. 2015. Report No.: 9789198080049,9198080040.
35. Helsedirektoratet. Den nasjonale faglige retningslinje for helsestasjon 0-5 år Oslo: Helsedirektoratet; 2022. Contract No.: IS-1154.
36. Brattabø IV, Bjørknes R, Åstrøm AN. 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.* 2018;18(1):29.
37. Brattabø IV, Iversen AC, Åstrøm AN, Bjørknes R. Experience with suspecting child maltreatment in the Norwegian public dental health services, a national survey. *Acta Odontol Scand.* 2016;74(8):626-32.
38. Buhlin K, Haubek D, A. N-A. Ökad etnisk mångfald i de nordiska länderna – tandhälsoeffekter. *Den norske tannlegeforenings Tidende.* 2021;131: 54–60.
39. Regjeringen. Om lov om endringer i barnelova mv.— (flytting, delt bosted, samvær, vold mv.). 2008. Contract No.: Ot.prp. nr. 104 (2008-2009).
40. Global progress [nettdokument]. [endcorporalpunishment.org](https://endcorporalpunishment.org); [updated Desember 2022. Available from: <https://endcorporalpunishment.org/global-progress/>].