

HOVEDBUDSKAP

- Helsepersonelloven pålegger tannhelsepersonell i Norge å melde til barnevernet ved begrunnet mistanke om omsorgssvikt
- I Den offentlige tannhelsetjenesten i Norge oppgir en tredjedel av tannleger og tannpleiere at de har unnlatt å utøve meldeplikten
- Over halvparten av disse har unnlatt å utøve meldeplikten mere enn en gang
- Samtidig oppgir over halvparten å ha positive holdninger til barnevernet, mens ett fåtall oppgir negative holdninger
- Bekreftede årsaker til unnlatelse av meldeplikten som «usikkerhet på egne vurderinger» og «redsel for å ta feil», er hyppig rapportert særlig blant ansatte med negative holdninger til barnevernet
- Kunnskapsnivået om barnemishandling og meldeplikt til barnevernet må styrkes i Den offentlige tannhelsetjenesten

FORFATTERE

Elias Ødmann Borgmo, odontologistudent. Institutt for klinisk Odontologi, Universitetet i Bergen

Sophie Elise Djupevåg, odontologistudent. Institutt for klinisk Odontologi, Universitetet i Bergen

Karin Goplerud Berge, ph.d., seniorforsker. Tannhelsetjenestens Kompetansesenter Vestland

Ingfrid Vaksdal Brattabø, ph.d., seniorforsker. Tannhelsetjenestens Kompetansesenter Vestland.

Anne Nordrehaug Åstrøm, professor emerita. Institutt for klinisk odontologi, UiB, og seniorforsker ved Tannhelsetjenestens Kompetansesenter Vestland

Korresponderende forfatter: Anne Nordrehaug Åstrøm. E-post: anne.astrom@uib.no

Akseptert for publisering 02.05.2024

Artikkelen er fagfellevurdert

Artikkelen siteres som:

Borgmo E, Djupevåg SE, Berge KG, Brattabø IV, Åstrøm AN. Hvorfor unnlater tannhelsepersonell å utøve meldeplikten? En undersøkelse i Den offentlige tannhelsetjenesten i Norge. *Nor Tannlegeforen Tid.* 2024; 134: 808-16.

MeSH: children, welfare, services, oral health, maltreatment

Artikkelen er basert på masteroppgave i odontologi ved Institutt for klinisk odontologi, Universitetet i Bergen, 2024

Hvorfor unnlater tannhelsepersonell å utøve meldeplikten?

En undersøkelse i Den offentlige tannhelsetjenesten i Norge

Elias Ødmann Borgmo, Sophie Elise Djupevåg, Karin Goplerud Berge, Ingfrid Vaksdal Brattabø og Anne Nordrehaug Åstrøm

Helsepersonell i Norge har en lovmessig forpliktelse å melde til barnevernet dersom det foreligger begrunnet mistanke om omsorgssvikt. Globalt er det ca. 40 millioner barn som har erfart omsorgssvikt, men underrapportering til barnevernet er betydelig. Denne studien baseres på data fra prosjektet «Barn i risiko og oral helse» <https://www.barnirisikoogoralhelse.no/> ved Tannhelsetjenestens kompetansesenter Vestland og søker svar på følgende spørsmål; Hvor stor andel av tannleger og tannpleiere bekrefter årsaker til unnlatelse av meldeplikten og hvordan varierer årsaksstrukturen med holdninger til barnevernet? I 2019 deltok 1 270 tannleger og tannpleiere ansatt i Den offentlige tannhelsetjenesten i en elektronisk spørreundersøkelse. En tredjedel bekreftet unnlatelse av meldeplikten, og 57 % bekreftet positive holdninger til barnevernet. De hyppigst oppgitte enkeltårsaker til unnlatelse var «usikkerhet på egne vurderinger» og «redsel for å ta feil», mens «redsel for hvordan barnevernet ville håndtere meldingen» var mindre hyppig. Årsaksmønsteret varierer mellom ansatte med positive og negative holdninger til barnevernet. Enkeltårsakene «redd for hva som kunne skje med barnet», «redd for hvordan barnevernet håndterer meldingen», «manglende rutiner for å sende melding» og «manglende kunnskap om barnemishandling»,

var hyppigst bekreftet blant deltakerne med negative holdninger. Resultatene antyder at kunnskapsnivået om barnemishandling og omsorgssvikt bør styrkes i Den offentlige tannhelsetjenesten.

Den offentlige tannhelsetjenesten i Norge har en lovmessig forpliktelse til å gi regelmessig og oppsøkende tilbud til barn og unge fra fødsel til 18 års alder (1). De fleste barn og unge i Norge bruker Den offentlige tannhelsetjenesten og i 2022 ble ca. 700 000 (av de ca. en million under offentlig tilsyn) barn og unge mellom tre og 18 år undersøkt og behandlet der (2). Den regelmessige kontakten med barn og unge og deres foreldre/foresatte innebærer at tannhelsepersonell er i en unik posisjon til å kunne oppdage omsorgssvikt. Verdens Helseorganisasjon har definert omsorgssvikt slik «Child abuse or maltreatment constitutes all forms of physical and/or emotional ill-treatment, sexual abuse, neglect or negligent treatment or commercial or other exploitation, resulting in actual or potential harm to the child's health, survival, development or dignity in the context of a relationship of responsibility, trust or power» (3,4). Her skiller man mellom flere hovedformer; emosjonell-, fysisk-, og seksuell mishandling og forsømmelse/vanskjøtsel. «Dental neglect» eller «oral vanskjøtsel» brukes i tilfeller der barnet ikke oppfyller kriterier for god oral helse (5,6). Det anbefales å skille mellom bevisst og ikke bevisst forsettlig omsorgssvikt og omsorgssvikt som kan være resultat av utilsiktet forsømmelse grunnet forhold som lav sosioøkonomisk status, odontofobi og sosial isolasjon (6). Omsorgssvikt defineres som en betydelig forsømmelse av ivaretagelsen av barns grunnleggende behov og mangel på tannhelsemessig hjelp kan regnes som medisinsk omsorgssvikt (7). Etter helsepersonelloven (paragraf 33) er alt helsepersonell i Norge pålagt å melde til barnevernet dersom det foreligger begrunnet mistanke om en eller flere former for omsorgssvikt (8). Barnevernloven pålegger i sin tur barnevernet å gi tilbakemelding til offentlig melder om at bekymringsmelding er mottatt og om det eventuelt er åpnet sak i det enkelte tilfelle (9).

Omsorgssvikt er internasjonalt anerkjent som et utbredt og alvorlig menneskerettighets- og folkehelseproblem (6,10). De fleste tilfeller skjer i familiesammenheng, mens færre tilfeller skjer i skolen og andre institusjoner for barn (6). Ifølge en dansk befolkningsundersøkelse har man funnet at forskjellige typer omsorgssvikt hos barn under 12 år varierer fra 3 til 5 % (11). Videre har man funnet at forekomsten av seksuelle overgrep er 6 % og 1,6 % blant henholdsvis norske jenter og gutter (12). Det er påvist sammenheng mellom mobbing og utsatthet for fysisk vold i barndommen og en nyere undersøkelse viser at en av fem rapporterer at de har vært utsatt for mobbing i oppveksten (13). I en nyere norsk undersøkelse (Ung HUNT 4) ble det påvist sammenheng mellom ulike

typer av omsorgssvikt og uregelmessig munnhygiene og høy karierfaring (14). En systematisk oversikt anslår at forekomsten av omsorgssvikt med konsekvenser for tannhelsen varierer mellom 34 % og 56 % (5). En skotsk studie har vist at blant barn mistenkt for fysisk mishandling hadde 59 % manifestasjoner i hode- hals regionen i form av blåmerker på ansikt, hode og nakke, skrubbår i ansikt, hode og nakke, rifter i ansikt og hode, bitt og brannår, og avrevet labialt frenulum (15). Søkelys på ulike aldersgrupper, bruk av forskjellige metoder og måleinstrumenter varierer mellom de ulike studiene og gjør det vanskelig å sammenligne resultatene. Ulike definisjoner på hva mishandling/omsorgssvikt innebærer har også ført til stor variasjon i de epidemiologiske funnene (5,6).

Sammenlignet med barn i den generelle populasjonen har barn og ungdom som har vært utsatt for omsorgssvikt større problemer med å motta tannbehandling, høyere frekvens ikke møtt til oppsatt tannlegetime, større forekomst av ubehandlet tannsykdom og lesjoner i tennenes støttevev og i ansiktsregionen. De har også en økt risiko for karies sammenlignet med befolkningen ellers (16,17,18). Lav sosioøkonomisk status hos foreldre og foresatte, tannbehandlingsangst og manglende ivaretagelse av melketenner er eksempler på risikofaktorer for omsorgssvikt (5,6).

Forekomsten av utøvelse av lovpålagt meldeplikt fra tannhelsepersonell til barnevernet varierer fra land til land og er beregnet til mellom 3–47 % (19). I perioden 2015–2019 så man en gradvis økning av antall bekymringsmeldinger sendt til barnevernet fra Den offentlige tannhelsetjenesten i Norge (20). Ifølge innrapporterte tall til SSB har det i perioden 2019–2022 vært en nedgang i antall bekymringsmeldinger sendt fra tannhelsetjenesten (21). En tidligere norsk undersøkelse fra 2014 viste at 60% av tannleger og tannpleiere bekreftet at de hadde erfaring med å melde mistanke om omsorgssvikt til barnevernet (22). Fem år seinere, i 2019, ble det observert en økning i utøvelse av meldeplikten hos tannhelsepersonell på 18,5% (23). Liknende økninger i meldeplikten over tid er rapportert internasjonalt (16).

Skandinaviske studier har også vist at det er et vedvarende gap mellom helsepersonellens mistanker om mishandling og aktuell rapportering til barnevernet (24,25,26,27). Både internasjonal og nasjonal forskning viser stor grad av underrapportering til barnevernet (24–27). I Danmark var det kun 34 % av dem som hadde mistanke om omsorgssvikt som bekreftet at de hadde sendt melding til barnevernet (11,12). I en norsk studie oppga ca. 1/3 av ansatte i Den offentlige tannhelsetjenesten at de ikke hadde rapportert til barnevernet til tross for begrunnet mistanke om omsorgssvikt (22). Unnlattelse av meldeplikten kan få alvorlige konsekvenser for barnet som istedenfor å bli tilbudt profesjonell hjelp kan få en oppvekst under svært ugunstige forhold. Brattabø og medarbeidere

(22) fant at tannhelsepersonellens beslutning om å utøve meldeplikten hadde sterkest sammenheng med deres holdning til slik rapportering. Andre studier har identifisert forklaringsfaktorer for underreportering, som for eksempel manglende kompetanse om omsorgssvikt, usikkerhet angående meldeplikten, usikkerhet om regelverket, barnevernets måte å jobbe på og bekymring angående negative konsekvenser av rapportering (24-27).

I 2014 identifiserte Bjørknes og medarbeidere (26) forskjellige årsaker til hvorfor tannhelsepersonell i Norge unnlater å rapportere mistanke om omsorgssvikt til barnevernet. Den foreliggende studien bygger på en oppfølgingsundersøkelse i Den offentlige tannhelsetjenesten gjennomført i 2019. Studien har som mål å fremskaffe ny informasjon om tannhelsepersonellens årsaker til manglende rapportering. I tillegg ønsker vi å se på om tannhelsepersonellens holdninger til barnevernet har sammenheng med underrapporteringens årsaksmønster. Følgende spørsmål søkes besvart: Hvor stor andel av tannleger og tannpleiere bekrefter ulike årsaker til unnlatelse av meldeplikten og hvordan varierer årsaksstrukturen etter sosiale og demografiske karakteristika, holdninger til barnevernet og hyppighet av unnlatt meldeplikt?

Metode

Den foreliggende studien bygger på data hentet fra prosjektet «Barn i risiko og oral helse» <https://www.barnirisikoogoralhelse.no/> ved Tannhelsetjenestens kompetansesenter Vestland. Formålet med forskningsprosjektet er å fremskaffe informasjon som kan føre til en beste praksis når det gjelder barn som er utsatt for mishandling og eller andre former for omsorgssvikt. I 2019 ble det utført en tverrsnittsundersøkelse blant alle tannleger og tannpleiere ansatt i Den offentlige tannhelsetjenesten i Norge. Totalt mottok 1 791 tannleger og tannpleiere invitasjon om å delta i en elektronisk spørreundersøkelse og 1 270 ga samtykke til deltagelse (70,9 %). Rekruttering av deltakere foregikk gjennom fylkestannlegene som bidro med oppdaterte navnelister, stillingstitler og e-postadresser. Deltakelse var frivillig og basert på informert samtykke. Spørreskjema ble administrert via internettplattformen Survey Xact. Prosjektet er meldt inn til Regional etisk komite, og er vurdert og godkjent av Norsk senter for forskningsdata (NSD) og personvernombud i Hordaland fylkeskommune.

Følgende variabler ble målt i analysene-

Unnlatelse av å utøve meldeplikten ble målt med følgende spørsmål: «Har du noen gang i løpet av den tiden du har arbeidet i Den offentlige tannhelsetjenesten unnlatt å sende bekymringsmelding selv om du har hatt mistanke om barnemishandling eller omsorgssvikt?» Svarkategoriene var Ja =1, Nei =2. For de som svarte bekref-

tende ble spørsmålet ble fulgt opp med følgende: «Hvor mange ganger har du unnlatt å sende bekymringsmelding?» Svarene ble kategorisert som 1= en gang og 2= flere enn en gang.

Holdninger til barnevernet ble målt med spørsmålet – « Sett under ett hvor misfornøyd eller fornøyd er du med barnevernet» – svaralternativer (1) svært misfornøyd, (2) misfornøyd (3) hverken misfornøyd eller fornøyd (4) fornøyd (5) svært fornøyd. Variabelen ble tredelt til (1) negativ holdning, (2) nøytral holdning, (3) positive holdning.

Blant de som bekreftet å noensinne ha unnlatt å utøve meldeplikten ble 20 årsaker til unnlatelse målt med spørsmålet «Hva var grunner til at du unnlot å sende bekymringsmelding til barnevernet i de tilfellene du hadde mistanke om barnemishandling eller omsorgssvikt?» Svarene ble gitt ved at respondentene krysset av på faste svaralternativer. Eksempel: «Jeg var usikker på egne vurderinger» – med svaralternativer «stemmer helt» (1), «stemmer litt» (2), «stemmer ikke» (3), «vet ikke» (4). I analysene ble kategorien 1 og 2 slått sammen til (1) stemmer, (2) stemmer ikke, mens kategori 4 ble utelatt fra analyse.

Sosiale og demografiske variabler ble målt ved kjønn, alder, yrkeskategori, landsdel og antall år ansatt i Den offentlige tannhelsetjenesten.

Analyse

Data er lagt til rette for analyse i SPSS, 22 (IBM Corporation, NY, USA). Bivariate analyser er utført med krysstabeller og Kji-Kvadrat. Eksplorativ faktoranalyse ble utført for å redusere 20 enkeltårsaker for unnlatelse av meldeplikt til enkeltfaktorer. ANOVA analyser og «independent sample t – test» er brukt for å sammenligne gjennomsnitt av årsaksfaktorer etter sosiale og demografiske karakteristika, antall ganger unnlatt å sende melding til barnevernet og holdning til barnevernet.

Resultat

Tabell 1 viser prosentfordeling av deltakernes sosiale og demografiske karakteristika, unnlatelse av meldeplikten og holdninger til barnevernet i det totale utvalget (n=1270) og i underutvalget av deltakere som bekreftet å ha unnlatt å sende bekymringsmelding (n=389). Tabellen viser at underutvalget (n=389) ikke skiller seg stort i forhold til det totale utvalget i 2019. Totalt oppga 32,9 % i det totale utvalget at de hadde unnlatt å utøve meldeplikten. Blant de som bekreftet å ha unnlatt å utøve meldeplikten oppga 57,6 % at de hadde unnlatt dette mere enn en gang og 3,5 %, 37,7 % og 58,8 % bekreftet henholdsvis negative, nøytrale og positive holdninger til barnevernet. I det totale utvalget var den tilsvarende fordelingen av holdninger til barnevernet 3,4 %, 39,9 % og 56,7 %.

Tabell 2 viser frekvens unnlatelse av meldeplikten (unnlatt å melde en gang/ unnlatt å melde mer enn en gang) og holdninger til barnevernet etter sosiale og demografiske karakteristika. Totalt oppga 46,0 % versus 66,7 % (p<0,001) av de med henholdsvis kort

(0-8 år) og lang (>8 år) ansettelse i tannhelsetjenesten at de hadde unnlatt å sende melding til barnevernet flere ganger. Videre oppga 51,7 % yngre versus 64,8 % eldre deltakere (p<0.05) at de hadde

Tabell 1. Utvalgsprofil – tannhelsepersonellens sosiale og demografiske karakteristika i utvalget totalt (n=1270) og i et underutvalg - blant de som bekrefter å ha unnlatt å utøve meldeplikten (n=389)

Sosio-demografiske faktorer	Totalt utvalg (n=1270)		Underutvalg (n=389)	
	%	(n)	%	(n)
Kvinner	85,8	(945)	90,9	(320)
Menn	14,2	(157)	9,1	(32)
Yngre (20-39)	52,6	(579)	43,9	(154)
Eldre (>39)	42,4	(522)	56,1	(197)
Tannpleier	32,2	(397)	36,4	(141)
Tannlege	67,8	(837)	63,6	(246)
Vest Norge	24,5	(219)	26,4	(75)
Mitt/Nord-Norge	24,8	(222)	27,1	(77)
Sør-øst Norge	50,7	(453)	46,5	(132)
Ansatt 0-8 år	47,7	(525)	36,5	(128)
Ansatt 9-47 år	52,3	(576)	63,5	(223)
Unnlatt å utøve meldeplikten	32,9	(389)	-	
Unnlatt å melde mere enn en gang	-		57,6	(209)
Negative holdninger til barnevernet	3,4	(39)	3,5	(13)
Nøytrale holdninger til barnevernet	39,9	(456)	37,7	(139)
Positive holdninger til barnevernet	56,7	(648)	58,8	(217)

Tabell 2. Antall ganger unnlatt å sende bekymringsmelding og holdninger etter sosiale og demografiske karakteristika blant de som har unngått å sende meldeplikt (n=389)

	Unnlatt å sende en gang % (n)	Unnlatt å sende mere enn en gang % (n)	Negative holdninger til barnevern % (n)	Nøytrale holdninger til barnevern % (n)	Positive holdninger til barnevern % (n)
Kvinne	41,7 (126)	58,3 (176)	3,0 (11)	37,8 (121)	58,8 (188)
Mann	37,9 (11)	62,1 (18)	6,3 (2)	31,3 (10)	62,5 (20)
Tannpleier	43,0 (55)	57,0 (73)	3,0 (4)	32,6 (44)	64,4 (87)
Tannlege	41,6 (97)	58,4 (136)	3,9 (9)	40,9 (95)	55,2 (128)
Region vest	40,0 (28)	60,0 (412)	2,7 (2)	44,0 (33)	53,3 (40)
Region mitt/nord	54,7 (41)	45,3 (34)	3,9 (3)	39,0 (30)	57,1 (44)
Region sør	39,8 (49)	60,2 (74)	3,0 (4)	29,5 (39)	67,4 (89)
Ansatt 0-8 yr	54,0 (68)	46,0 (58)	5,5 (7)	36,7 (47)	57,8 (74)
Ansatt >8 yrs	33,3 (68)	66,7 (136)**	2,7 (6)	37,7 (84)	59,6 (133)
Yngre (20-39)	48,3 (73)	51,7 (78)	4,5 (7)	37,7 (58)	57,8 (89)
Eldre (>39)	35,2 (63)	64,8 (116)*	3,0 (6)	37,1 (73)	59,9 (118)

**p<0,001, *p<0,05

unnlatt å sende melding flere ganger. Holdninger viste liten variasjon etter sosiale karakteristika.

Tabell 3- viser andelen av deltakere som bekreftet 20 årsaker til unnlattelse av meldeplikten totalt og etter kjønn og yrkeskategori. Den hyppigst bekreftede årsak til unnlattelse av meldeplikten i utvalget totalt (n=389) var «usikkerhet på egne vurderinger» (86,2 %), etterfulgt med synkende frekvenser av «redsel for å ta feil» (74,9 %), «redsel for foreldrenes reaksjon» (54,5 %), «ubehagelig å melde siden ikke anonym» (53,9 %), «hadde ikke nok kunnskap om barnemishandling» (37,7%), «usikkerhet på hvordan dokumentere funn» (35,9 %), «redsel for at barnet slutter på klinikken» (35,3 %) «redsel for hva som kunne skje med familien» (34,1 %) , «redsel for trusler» (32,9 %) og «redsel for hva som kan skje med barnet» (30,5 %). De øvrige årsakene hadde frekvenser fra 23,4 % («redsel for hvordan barnevernet håndterer melding») til 7,2 % («usikkerhet ang hvor

melding skal sendes»). Årsakene varierte lite over kjønn og yrkeskategori. Totalt oppga 57,1 % kvinner versus 27,3 % (p<0.05) menn at de var redde for foreldrenes reaksjon.

Som vist i tabell 4, bekreftet en lavere andel av de med positive enn de med nøytrale og negative holdninger til barnevernet følgende årsaker til unnlattelse; redsel for hva som kunne skje med barnet, «redsel for hvordan barnevernet håndterer meldinger», «manglende rutiner for å sende», «ikke nok kunnskap om barnemishandling». Totalt bekreftet 66,7 %, 40,3 % og 23,4 % (p<0.05) av deltakere med negative, nøytrale og positive holdninger redsel for hva som kunne skje med barnet, mens 66,7 %, 33,9 % og 13,8 % bekreftet «bekymring for hvordan barnevernet håndterte meldingene». Totalt oppga 16,7 % av deltakerne med negative holdninger versus 7,4 % av deltakerne med positive holdninger «manglende rutiner for å utøve meldeplikten». Blant deltakeren som hadde unnlatt mel-

Tabell 3. Andelen som bekrefter årsaker til unnlattelse av meldeplikten totalt og etter kjønn og yrkeskategori. (n=389)

	Total % (n)	Kvinne % (n)	Mann % (n)	Tannpleier % (n)	Tannlege % (n)
Redd for hva som ville skje med barnet (10) ^a	30,5 (51)	32,7 (48)	27,3 (3)	28,1 (16)	31,8 (35)
Redd for hva som ville skje med foreldrene	19,8 (33)	21,1 (31)	18,2 (2)	17,5 (10)	20,9 (23)
Redd for hva som kunne skje med familien (8) ^a	34,1 (57)	35,4 (52)	45,5 (5)	29,8 (17)	36,4 (40)
Redd for foreldrenes reaksjon(3) ^a	54,5 (91)	57,1 (84)	27,3 (3)*	56,1 (32)	53,6 (59)
Redd for å få trusler (9) ^a	32,9 (55)	36,1 (53)	18,2 (2)	33,3 (19)	32,7 (36)
Redd for hvordan barnevernet håndterer bekymringsmeldingen	23,4 (39)	24,5 (26)	9,1 (1)	15,8 (9)	27,3 (30)
Ubehagelig å melde siden en ikke kan være anonym (4) ^a	53,9 (90)	56,5 (83)	45,5 (5)	54,4 (31)	53,6 (59)
Redd for at barnet slutter på tannklinikken (7) ^a	35,3 (59)	37,4 (55)	18,2 (2)	29,8 (17)	38,2 (42)
Redd for klinikken sitt rykte	10,2 (17)	10,2 (15)	9,1 (1)	7,0 (4)	11,8 (13)
Usikker på hvordan sende melding	14,4 (24)	36,1 (53)	45,5 (5)	10,5 (6)	16,4 (18)
Usikker på hvor sende melding	7,2 (12)	6,1 (9)	27,3 (3)*	1,8 (1)	10,0 (11)
Usikker på hvordan dokumentere funn (6) ^a	35,9 (60)	14,3 (21)	27,3 (3)	28,1 (16)	40,0 (44)
Hadde ikke rutiner for å sende melding	13,2 (22)	12,9 (19)	27,3 (3)	14,0 (8)	12,7 (14)
Manglet støtte fra klinikkisjef	9,0 (15)	9,5 (14)	9,1 (1)	10,5 (6)	8,2 (9)
Manglet støtte fra kollega	12,0 (20)	12,2 (18)	18,2 (2)	14,0 (8)	10,9 (12)
Usikker på egne vurderinger (1) ^a	86,2 (144)	86,4 (127)	81,8 (9)	86,0 (49)	86,4 (95)
Redd for å ta feil (2) ^a	74,9 (125)	75,5 (111)	63,6 (7)	70,2 (40)	77,3 (85)
Hadde ingen å diskutere bekymringsmelding med	12,6 (21)	13,6 (20)	9,1 (1)	5,3 (3)	16,4 (18)
Hindret av taushetsplikten	8,4 (14)	8,8 (13)	9,1 (1)	12,3 (7)	6, (7)
Hadde ikke nok kunnskap om barnemishandling og omsorgsvikt (5) ^a	37,7 (63)	38,1 (56)	63,6 (7)	40,4 (23)	36,4 (40)

*p<0,05

^a De 10 hyppigst forekommende årsakene i parentes

deplikten flere ganger oppga 62,4 % at de var redd for foreldrenes reaksjon. Tilsvarende prosentandel blant de som hadde unnlatt meldeplikten en gang var 42,4 % (p<0.05).

Resultater fra en eksplorativ faktoranalyse viste at 13 enkeltårsaker kunne samles i tre faktorer. Faktor 1 ble kalt «Bekymring for negative reaksjoner mot seg selv eller klinikken» og bestod av enkeltårsakene, «ubehagelig å sende melding», «redd for foreldres reaksjon», «redd for at barnet slutter på klinikken», «redd for trusler», «redd for klinikkens rykte». Faktor 2 ble kalt «bekymring for negative konsekvenser for barnet og familien» og bestod av enkeltårsakene, «ingen å diskutere bekymringsmeldinger med», «redd for konsekvensene for familien», «redd for hva som kan skje med familien», «redd for hva som kan skje med barnet». Faktor 3 ble kalt

«manglende kunnskaper og rutiner angående utøvelse av meldeplikten» og bestod av enkeltårsakene: «usikker på hvordan sende melding», «usikker på hvor sende melding», «mangler rutiner», «har ikke nok kunnskap om barnemishandling». For videre analyser ble det konstruert sumskårer av enkeltårsakene tilvarende faktor 1, 2 og 3.

Tabell 5 viser gjennomsnitt for årsaksfaktorene totalt og etter antall unnlatelser og holdninger til barnevernet. Svakest gjennomsnitt hadde faktor 1 (8.1, sd 1.6) etterfulgt av faktor 3 (7.2, sd 1.1) og faktor 2 (7.0 sd 1.3). om vist hadde deltakere med negativ holdning en lavere skår på faktor 3 sammenlignet med deltakere med positiv holdning. De som hadde unnlatt å melde flere ganger skåret lavere på årsaksfaktor 1 enn de som hadde unnlatt å melde en gang.

Tabell 4. Andelen som bekrefter årsaker til unnlattelse av meldeplikten etter holdninger til barnevernet og etter antall unnlatelser av meldeplikten (n=389)

	Negative holdninger	Nøytrale holdninger	Positive holdninger	Unnlatt en gang	Unnlatt flere ganger
	% (n)	% (n)	% (n)	% (n)	% (n)
Redd for hva som kunne skje med barnet (10) ^a	66,7 (4)	40,3 (25)	23,4 (22)*	28,8 (19)	31,7 (32)
Redd for hva som ville skje med foreldrene	16,7 (1)	27,4 (17)	16,0 (15)	16,7 (11)	21,8 (22)
Redd for hva som kunne skje med familien (8) ^a	50,0 (3)	40,3 (25)	30,9 (29)	30,3 (20)	36,6 (37)
Redd for foreldrenes reaksjon (3) ^a	66,7 (4)	61,3 (38)	51,1 (48)	42,4 (28)	62,4 (63)*
Redd for trusler (9) ^a	33,3 (2)	40,3 (25)	29,8 (28)	28,8 (19)	35,6 (36)
Redd for hvordan barnevernet håndterer	66,7 (4)	33,9 (21)	13,8 (13)**	21,2 (14)	24,8 (25)
Ubehagelig å melde siden en ikke kan være anonym (4) ^a	83,3 (5)	54,8 (34)	53,2 (50)	50,0 (33)	56,4 (57)
Redd for at barnet slutter på tan klinikk (7) ^a	16,7 (1)	43,5 (27)	31,9 (30)	30,3 (20)	38,6 (39)
Redd for klinikken sitt rykte	0,0 (0)	12,9 (8)	8,5 (8)	9,1 (6)	10,9 (11)
Usikker på hvordan sende melding	16,7 (1)	22,6 (14)	9,6 (9)	12,1 (8)	15,8 (16)
Usikker på hvor sende melding	0,0 (0)	12,9 (8)	4,3 (4)	6,1 (4)	7,9 (8)
Usikker på hvordan dokumentere funn (6) ^a	50,0 (3)	37,1 (23)	35,1 (33)	28,8 (19)	40,6 (41)
Hadde ikke rutiner for å sende melding	16,7 (1)	22,6 (14)	7,4 (7)*	7,6 (5)	16,8 (17)
Manglet støtte fra klinikk sjef	33,3 (2)	9,7 (6)	7,4 (7)	10,6 (79)	7,9 (8)
Manglet støtte fra kollega	33,3 (2)	15,5 (9)	9,6 (9)	13,6 (9)	10,9 (119)
Usikker på egne vurderinger (1) ^a	100,0 (6)	87,1 (54)	85,1 (80)	80,3 (53)	90,1 (91)
Redd for å ta feil (2) ^a	100,0 (6)	80,6 (50)	70,2 (66)	71,2 (47)	77,2 (78)
Hadde ingen å diskutere bekymringsmelding med	16,7 (1)	19,4 (12)	8,5 (8)	12,1 (8)	12,9 (13)
Hindret av taushetsplikten	0,0 (0)	9,7 (6)	8,5 (8)	9,1 (6)	7,9(8)
Hadde ikke nok kunnskap om barnemishandling og omsorgssvikt (5) ^a	83,3 (5)	45,2 (28)	31,9 (20)*	36,4 (24)	38,6 (39)

**p<0,001,* p<0,05

^a De 10 hyppigst forekommende årsakene i parentes

Tabell 5. Gjennomsnitt og standardavvik for Komponenter av årsaker til å unnlate meldeplikten totalt og etter antall unnlatelser og holdninger til barnevernet (n=389).

	Unnlatt en gang	Unnlatt flere ganger	Negativ holdning	Nøytral holdning	Positiv holdning	Total
	Gj.snitt (sd)	Gj.snitt (sd)	Gj.snitt (sd)	Gj.snitt (sd)	Gj.snitt (sd)	Gj.snitt (sd)
Faktor 1	8,3 (1,5)	7,9 (1,5)*	8,0 (1,2)	7,8 (1,5)	8,2 (1,5)	8,1 (1,6)
Faktor 2	7,1 (1,2)	6,9 (1,3)	6,5 (1,0)	6,7 (1,4)	7,2 (1,2)*	7,0 (1,3)
Faktor 3	7,3 (1,0)	7,2 (1,1)	6,8 (1,0)	6,9 (1,2)	7,4 (1,0)*	7,2 (1,1)

Faktor 1 ble kalt 'Bekymring for negative reaksjoner mot seg selv eller klinikken'
 Faktor 2 ble kalt 'Bekymring for negative konsekvenser for barnet og familien'
 Faktor 3 ble kalt 'Manglende kunnskaper og rutiner angående utøvelse av meldeplikten' og består
 Jo lavere skåre dess sterkere bekreftet årsak til unnlatelse av meldeplikten

Diskusjon

Den overordnede målsetting med denne studien var å identifisere forekomst av årsaker til unnlatelse av meldeplikten og deres sammenheng med sosiale og demografiske faktorer, holdninger til barnevernet og antall ganger unnlatelse av meldeplikten har forekommet. Resultatene fra undersøkelsen i 2019 viser at en betydelig andel norske tannleger og tannpleiere (ca. 33 %) bekrefter å, noen gang gjennom sin yrkeskarriere, ha unnlatt å utøve meldeplikten til tross for mistanke om omsorgssvikt. Over halvparten (57,6%) av disse hadde også unnlatt å utøve meldeplikten mere enn en gang. Over halvparten av alle deltakerne (56,7 %) og også de som bekreftet å ha unnlatt å utøve meldeplikten (58,8 %) hadde positive holdninger til barnevernet. Holdninger til barnevernet var ikke påvirket av tannhelsepersonellens sosiale og demografiske karakteristika. Andelen som hadde unnlatt meldeplikten mere enn en gang var størst blant eldre deltakere og de som hadde lengst ansettelse i tannhelsetjenesten (>8 år). Lang fartstid i tannhelsetjenesten betyr kontakt med et større antall pasienter og større mulighet for å ha unnlatt å utøve meldeplikten til tross for mistanke om omsorgssvikt. Andelen som hadde unnlatt meldeplikten flere enn en gang var mindre blant yngre enn eldre tannleger. Yngre tannleger og tannpleiere med kortere erfaring i yrket er de som har fått mest informasjon om meldeplikten under sin utdanning da dette temaet først i senere tid er tatt inn i utdanningsinstitusjonene.

De hyppigst bekreftede enkeltårsaker til unnlatelse av meldeplikten var «usikkerhet på egne vurderinger» og «redsel for å ta feil», mens «redsel for hvordan barnevernet ville håndtere meldingen» og «usikkerhet på hvor en skal sende melding» var mindre hyppige. Enkeltårsaken «redd for foreldrenes reaksjon» var hyppigere valgt som korrekt blant kvinner enn menn, mens «redd for hva som kunne skje med barnet», «redd for hvordan barnevernet håndterer saken», «manglende rutiner for å sende melding» og «man-

glende kunnskap om barnemishandling», var hyppigere valgt som korrekt blant deltakerne med negative enn positive holdninger til barnevernet. Fordelingen av enkeltårsaker etter sosiodemografiske karakteristika, holdninger og antall unnlatelser ble reflektert i fordelingen av årsaksfaktorer. Faktor 1- «ubehagelige konsekvenser for klinikken» hadde et lavere gjennomsnitt hos kvinner enn menn og lavere hos de som hadde unnlatt meldeplikten flere ganger, det vil si at denne årsaksfaktoren var hyppigst valgt som korrekt blant kvinner og blant de med flere unnlatelser av meldeplikten. Faktorene 2 og 3 – «ubehagelige konsekvenser for barnet og familien» og «manglende rutiner» var hyppigst valgt som korrekt hos de med negativ holdning til barnevernet.

Listen av enkeltårsaker som ble evaluert er hentet fra tidligere internasjonale studier og studier i Norge (19,26,28). Den hyppigst oppgitte årsaken «usikkerhet på egne vurderinger» ble bekreftet av over 80 % av deltakerne. Dette er noe lavere enn de 90 % som valgte årsaken som korrekt i undersøkelsen fra 2014 (26), men overensstemmer med resultater fra studier i Danmark og Skottland (11,19) der omtrent 80 % av tannhelsepersonellet sa seg enig i denne årsaken. I den foreliggende studien valgte 75 % «redsel for å ta feil» og ca. 38 % «ikke nok kunnskap om barnemishandling». Disse funn støtter funn i en oversiktsartikkel som konkluderer at det er vanskelig for tannhelsepersonell å identifisere «dental neglect», det vil si at barnets omsorgspersoner bevisst ikke sikrer barnets orale helse noe som reflekterer vannskjøtsel og omsorgssvikt (6,29). «Dental neglect» kan også reflekteres ved at avtaler i tannhelsetjenesten ikke blir fulgt opp, noe som kan resultere i alvorlig tannsykdom hos barnet. Det er en utfordring for tannhelsepersonell å kunne vite om slike observasjoner skyldes mangel på omsorgssvikt eller andre utilsiktede forhold som for eksempel kultur, utviklingsforstyrrelser eller tannlegeskrekk. At majoriteten av tannleger i Den offentlige tannhelsetjenesten har etablert rutiner for å utøve meldeplikten indike-

res ved at årsakene «hindret av taushetsplikten, manglet støtte fra klinikkjef, hadde ikke rutiner for å melde», var mindre hyppig valgt som korrekt. Den foreliggende studien fra 2019 er i samsvar med 2014-undersøkelsen både når det gjelder de årsaker som er hyppig og mindre hyppig valgt som korrekte av tannhelsepersonellet. Variasjonen over tid på individnivå er ikke evaluert, men resultatene fra denne studien indikerer at årsaksmønsteret når det gjelder unnlattelse av meldeplikten er ganske stabilt over tid i Den offentlige tannhelsetjenesten i Norge.

En større andel kvinner enn menn oppga den hyppigste enkeltårsaken «usikkerhet på egne vurderinger». Videre var det en større andel av deltakerne med positiv (85 %) enn med negativ (6 %) holdning til barnevernet som valgte denne årsaken som korrekt. Å overbelaste barnevernet med bekymringsmeldinger kan uintendert lede til unødvendig mye administrasjon og mindre tid til alvorlige tilfeller. En mulig forklaring kan være at de med positive holdninger og tillitt til barnevernet er mest lydhøre overfor alle signaler fra barnevernet. På den annen side var andelene som rapporterte årsakene; «redd for hva som kunne skje med barnet», «redd for hvordan barnevernet håndterte meldinger», og «manglende kunnskap om barnemishandling» størst blant deltakerne med negative holdninger. Således tyder resultatene på at årsaksmønsteret skiller seg mellom de med positive og negative holdninger til barnevernet. I den senere tid kan kritikk mot barnevernet ha ført til negative holdninger og mistillit noe som kan føre til tvil hos helsepersonell angående i hvilken grad barnevernet kan hjelpe barnet (30).

Strukturen med tre årsaksfaktorer viste at faktor 2 (ubehagelige konsekvenser for barnet og foreldre) hadde den laveste gjennomsnitt skåren noe som tilsier at det var den i gjennomsnitt som var hyppigst valgt som korrekt etterfulgt av faktor 3 (manglende kunnskap/rutiner angående meldeplikt) og faktor 1 (ubehagelige konsekvenser for klinikken). Faktor 3 var i gjennomsnitt sterkere hos menn enn hos kvinner mens faktor 1 var sterkest hos kvinner. Ellers var faktor 2 og 3 mindre sterk blant de med positive- sammenlignet med de med negative holdninger til barnevernet.

Resultatene i denne studien må sees i lys av muligheten til skjevheter på grunn av manglende hukommelse og det vi kaller sosialt

ønskerverdige svar, det vil si at deltakerne (tannleger og tannpleiere) svarer det de mener er det korrekte svaret og ikke nødvendigvis det som overensstemmer med virkeligheten. Studiens tverrsnittdesign tillater heller ikke at man kan dra slutninger om retningen på de observerte sammenhenger, for eksempel at negative holdninger til barnevernet skulle være en årsak til faktor 2 eller vise versa. Studien skal forstås som en beskrivende/eksplorerende studie der de sammenhenger som er identifisert kan føre til hypotesedannelse og i sin tur testes med korrekte studiedesign. En fordel med studien er at den gir et bilde av det norske tannhelsepersonellens vaner og motivasjon når det gjelder å utøve meldeplikten til barnevernet. Fore-spørsel om deltakelse gikk ut til hele populasjonen av tannleger/tannpleiere ansatt i Den offentlige tannhelsetjenesten i Norge og svarprosenten var høy. Den sosiale og demografiske fordelingen for deltakerne avviker i liten grad fra den tilsvarende fordelingen i populasjonen. Videre var den sosiale og demografiske fordelingen på underutvalget (de som bekrefter å ha unnlatt å utøve meldeplikten) som ble analysert i denne studien i liten grad forskjellig fra tilsvarende fordeling av alle deltakerne (tabell 1). Vi kan på denne bakgrunn anta at resultatene er representative for tannleger og tannpleiere ansatt i Den offentlige tannhelsetjenesten i Norge i 2019.

På bakgrunn av funn fra tverrsnittsundersøkelsen i 2019 konkluderes det med at kunnskapsnivået om barnemishandling og omsorgssvikt bør styrkes hos tannhelsepersonell i Den offentlige tannhelsetjenesten. Majoriteten av tannhelsepersonell er positive til barnevernet. Økt informasjon om barnevernets arbeidsprosedyrer og håndtering av meldinger om omsorgssvikt vil kunne bidra til en ytterligere styrking av holdninger til barnevernet.

Takk

Forfatterne retter en takk til tannleger og tannpleiere i Den Offentlige Tannhelsetjenesten for deres deltagelse i spørreundersøkelsen i 2019

Studien som denne masteroppgaven bygger på er delvis finansiert fra Norges Forskningsråd. Prosjektnummer 331950.

REFERANSER

1. Lov om tannhelsetjenesten (tannhelsetjenesteloven) https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1983-06-03-54/KAPITTEL_1#%C2%A71-3a
2. 11961: Pasientbehandling i tannhelsetjenesten, etter pasientgruppe, statistikkvariabel, år og region <https://www.ssb.no/statbank/table/11961/tableViewLayout1/>
3. World Health Organization. Report of the Consultation on Child Abuse Prevention, 29-31 March 1999, WHO, Geneva, Switzerland: 1999.
4. Khalid G, Metzner F, Pawils S. Prevalence of dental neglect and associated factors in children and adolescents – a systematic review. *Int J Paediatric Dent.* 2022; 32: 436-446.
5. Mele F, Introna F, Santoro V. Child abuse and neglect: oral and dental signs and the role of the dentist. *JFOS.* 2023; 41: 2-21.
6. Haugen LE, Bergerud-Wickstrøm M, Myhre MC. Omsorgssvikt og tannhelse- en oppsummering av forskning og publikasjoner på området samt en beskrivelse av praksis ved barnehus. Nasjonalt Kunnskapssenter om Vold og traumatisk stress. 2023-https://www.nkvts.no/content/uploads/2023/11/NKVTS_Notat-Omsorgssvikt-og-tannhelse.pdf
7. Kvello Ø. Utredning av atferdsvansker omsorgssvikt og mishandling. Oslo: Gyldendal, 2010.
8. Helsepersonelloven. Lovdata (2023). § 33. https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-64/KAPITTEL_6#KAPITTEL_6
9. Barnevernloven Når barnevernet får en bekymringsmelding <https://www.bufdir.no/barnevern/nar-barnevernet-far-en-bekymringsmelding/> (lest 21.07.23)
10. Dale MTG, Aakvaag HF, Strøm IF, Augusti E_M, Skaug AD. Omgang av vold og overgrep i den norske befolkningen. https://www.nkvts.no/content/uploads/2023/11/NKVTS_Rapport_1_23_Omfang_vold_overgrep.pdf
11. Christoffersen MN, Armour C, Lasgaard M, The prevalence of four types of childhood maltreatment in Denmark. *Clin Epidemiol Ment Health.* 2013; 9:149-156.
12. Schou L, Dyb G, Graff-Iversen S. Voldsutsatt ungdom i Norge- resultater fra helseundersøkelser i seks fylker. Folkehelseinstituttet 2007, Rapport nr 8. .
13. Birkeland MS, Skar AM, Jensen TK. Understanding the relationship between trauma type and individual posttraumatic stress symptoms: A cross-sectional study of a clinical sample of children and adolescents. *J Child Psychol Psychiatry.* 2022; 63: 1496-1504.
14. Myran L, Sen A, Willumsen T, Havnen A, Kvist T, Rønneberg A, et al. Associations of adverse childhood experience with caries and toothbrushing in adolescents. The Young HUNT4 Survey. *BMC Oral Health.* 2023; 14:760-
15. Injuries to the head, face, mouth and neck in physically abused children in a community setting <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/j.1365-263X.2005.00661.x>
16. Kvist T, Annerback EM, Dahlløf G. Oral health in children investigated by social services on suspicion of child abuse and neglect. *Child Abuse Negl.* 2018; 76: 515-523.
17. Masullo C, Rossi ED, Carbone GA, Imperatori C, Ardito RB, Adenzato M, et al. Child maltreatment, abuse and neglect: An umbrella review of their prevalence and definitions. *Child Neuropsychiatry.* 2023;20: 72-99.
18. Augusti EM, Myhre MC, Wentzel-Larsen T, Hafstad GS. Violence and sexual abuse rates before and during the Covid-19 pandemic: A prospective population-based study on Norwegian youth. *Child Abuse Negl.* 2023;
19. Harris CM, Welbury R, Cairns AM. The Scottish dental practitioners' role in managing child abuse and neglect. *Br Dent J.* 2013; 214
20. <https://www.ssb.no/statbank/table/12074/chartViewColumn/28.02.2023.kl.17:05.4>
21. <https://www.ssb.no/statbank/table/11961/chartViewColumn/28.02.2023.kl.17:10.5>
22. Brattabø IV, Bjørknes R, Åstrøm AN. Reasons for reporting 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.
23. Åstrøm AN, Goplerud Berge K, Brattabø IV. Reporting suspicion of child maltreatment – a 5 yr follow up of public dental health care workers in Norway. *Acta Scand Odontol.* 2022;80: 169-76.
24. Lauritzen C, Vis SA, Fossum S. factors that determine decision making in child protection investigations: A review of the literature. *Child & family Social Work.* 2018;23: 743-56.
25. Kvist T, Wickstrøm A, Miglis I, Dahlløf G. The dilemma of reporting suspicion of child maltreatment in pediatric dentistry, *European J Oral Sci.* 2014; 122: 332-338.
26. Bjørknes R, Iversen AC, Åstrøm AN, Brattabø IV. Why are they reluctant to report? A study of the barriers to reporting to child welfare services among public dental healthcare personnel. *Health Soc Care Community.* 2019;27:871-79.
27. Rønneberg A, Nordgarden H, Skaare AB, Willumsen T. barriers and factors influencing communication between dental professionals and child welfare services in their every day work. *Int J Paediatric Dent.* 2019; 29: 684-91.
28. Cairns AM, Mok JYQ, Welbury RR. Injuries to the head, face, mouth and neck in physically abused children in a community setting. *Int J Pediatric Dent.* 2005; 15: 310-18.
29. Bhatia SK, Maguire SA, Chadwick BL, Hunter ML, Harris JC, Temest V, et al. Characteristics of child dental neglect: a systematic review. *Journal of Dentistry.* 2014;42: 229-39.
30. Skivenes M, Thoburn J. Citizens' views in four jurisdictions on placement policies for maltreated children. *Child Fam Soc Work.* 2017;22:1472-79.

ENGLISH SUMMARY

Borgmo E, Djupevåg SE, Berge GK, Brattabø IV, Åstrøm AN.

Why do public dental health care personnel avoid to report suspected child abuse to the child welfare center?

Nor Tannlegeforen Tid. 2024; 134: 808-16.

Health personnel in Norway are mandated to report suspected child maltreatment to the Child Welfare Services, CWS. Globally about 40 million children experience maltreatment annually, but child maltreatment is underestimated and underreported. This study is based on data from the project 'Children at risk and oral health' <https://www.barnirisikoogoralhelse.no/at> the Oral Health Center of Expertise in Western Norway and has the following questions – What is the prevalence of dental health care workers' reported reasons for not sending a report of concern to the CWS and how does those reasons vary according to socio-demographic factors and attitudes towards the CWS. In 2019, a total of 1 270 employees in the public dental care services completed an electronic

questionnaire survey. About one third and more than one half confirmed not having sent a report of concern and positive attitudes towards CWS, respectively. The most frequent reason were 'unsure about own evaluations' and 'being afraid for failure', whereas being afraid of how the CWS handle reports were less frequent. Being afraid of making a mistake and lack of knowledge about child maltreatment were most frequent among those with negative attitudes. Knowledge about child maltreatment should be strengthened among health personnel and reduction of negative attitudes towards CWS achieved through increased information about the working routines in the CWS.