

Genväg till forskning

Barn som far illa ur tandvårdens perspektiv

Genväg till forskning är VKV:s (Västra Götalandsregionens kompetenscentrum om våld i nära relationer) forskningsbaserade faktablad.

I *Genväg till forskning* presenteras lättfattliga översikter om forskningsfrågor inom området som har direkt relevans för praktiker.

Genväg till forskning nr 10
Barn som far illa ur tandvårdens perspektiv
Författare: Therese Kvist
Grafisk form: Josefin Brosché Hagsgård
Västra Götalandsregionen, Göteborg, 2018

Laddas ned genom: <http://www.valdinararelationer.se/genvag>

Tidigare publikationer i serien Genväg till forskning

Genväg till forskning nr 1
Att stanna och att gå: Forskning kring misshandelsprocessen och
misshandlade kvinnors uppbrottsprocess
Viveka Enander

Genväg till forskning nr 2
Avslöjandets tid: en doktorsavhandling av Ninni Carlsson om kvinnors bear-
betning
av sexuella övergrepp
Viveka Enander

Genväg till forskning nr 3
Att ställa frågor om våld till gravida kvinnor - en genomgång av internatio-
nell forskning
Eva Wendt

Genväg till forskning nr 4
Barn som upplever våld - konsekvenser för välmående och hälsa
Tove Corneliussen

Genväg till forskning nr 5
När män utsätts för våld i en nära relation - hur ser det ut då?
En genomgång av internationell forskning
Lotta Nybergh

Genväg till forskning nr 6
Lika men olika - våld mot kvinnor med funktionsnedsättning
Kerstin Kristensen

Genväg till forskning nr 7
Den våldsutsatta patienten inom tandvården
Linnea Dahlström, Sanna Jansson

Genväg till forskning nr 8
Att ställa frågor om våld till föräldrar och barn inom barn- och ungdomspsy-
kiatri
Ole Hultmann

Genväg till forskning nr 9
Dödligt våld i nära relationer - en genomgång av internationell forskning
Lotta Nybergh

Barn som far illa ur tandvårdens perspektiv

I den här Genväg till forskning presenteras kunskapsläget gällande tandhälsa bland utsatta barn. Texten beskriver barns mun- och tandhälsa i Sverige idag, tandvårdens ansvar för barns tandhälsa samt hur misshandel och försummelse kan påverka barnens tänder på kort och lång sikt. Innehållet har betydelse för alla professioner som möter barn och unga men framförallt de professioner som möter barn som far illa. Hur vårdnadshavare tillgodoser barns tandvårdsbehov är en viktig indikator på föräldraförmåga och en eftersatt tandhälsa kan indikera att barnet far illa men kan också innebära att barnet är försummat ur tandhälsosynpunkt.

Barn och Ungdomstandvård i Sverige

Alla barn i Sverige har rätt till gratis tandvård vilket innebär fri tillgång till preventiv vård, specialiserad barntandvård samt vid behov tandreglering. De flesta barn (85 %) får vård inom Folktandvårdens allmäntandvård medan en mindre andel barn får vård inom den privata sektorn. Barn med behov av specialiserad barntandvård, pedodonti, uppgår årligen till 1 % av alla barn i åldrarna till och med 19 års ålder. De vanligaste remissorsakerna gäller barn med kroniska sjukdomar, omfattande tandvårdsbehov, svårigheter att medverka till behandling och tandvårdsrädsla, faktorer som också ofta ses kombinerade (1). Inom pedodonti används en prioriteringsordning för att barn med hög sjukdomsutveckling och hög sjukdomsrisk skall garanteras omhändertagande och vård. Med detta dokument vill man också öka förståelsen inom sjukvård, skola och sociala myndigheter för hur barn kan påverkas av sjukdomar och tillstånd på tänder och i munhåla. Barntandläkare rapporterar att de allt oftare får remisser gällande barn som har olika sociala svårigheter även om deras sociala kontext inte är orsaken till remissen, istället framkommer detta i anamnesen (1). I prioriteringsordningen framgår också att remisser på barn med social risk och socialt riskbeteende ska vara högt prioriterade för att få specialistvård (2).

Kariesförekomst

Utveckling av en kariessjukdom påverkas av flera olika orsaker. En sockerrik och oregelbunden kost samt eftersatt munhygien är avgörande faktorer för att utveckla karies, men utvecklingen påverkas också av individuella faktorer såsom medicinering, socioekonomi, föräldrarnas utbildningsgrad samt familjens tandvårdsvanor och attityder till tandvård (3-5). Studier visar att barn med karies i mjölkttandsbettet löper en högre risk för att även utveckla karies i det permanenta bettet (6, 7). Enligt Världshälsoorganisationen, WHO, har Sveriges barn sett utifrån globala jämförelser, en god tandhälsa. Sverige har också nått de mål som WHO anser ska gälla för en accepterad nivå av kariesförekomst.

Tandhälsa ur ett livsperspektiv

Det finns flera studier som visar att barns generella välmående, prestationsförmåga i skolan och allmän livskvalitet påverkas av dåligt tandstatus, samtidigt som behandling av en kariessjukdom förbättrar barnens hälsa, prestationsförmåga och upplevelser av tandvård (8-13). Barn med erfarenhet av en obehandlad

karies och av att ha fått upprepade tandvårdsbehandlingar har en ökad risk för tandvärk, tandvårdsrädsla och svårigheter att samarbeta i tandvårdssituationen (behavior management problems, BMP). I förlängningen kan också omfattande behandling orsaka stress hos föräldrar (14-19). Tidigare negativa erfarenheter av tandvård kan leda till att man inte söker tandvård regelbundet (20). Självpupplevd tandhälsa (self perceived oral health, SPOH) har visats vara associerat med faktorer såsom personens aktuella tandstatus, att man inte är nöjd estetiskt med sina tänder och att generellt anse sig må dåligt. Eftersom SPOH beskriver hur den unge upplever tänder och tandvård så är det ansett som ett värdefullt tillägg till de vanliga undersökningarna som endast registrerar tänder som sjuka eller friska (21-26). Svenska studier visar att SPOH hos ungdomar inte har ett direkt samband med ungdomens aktuella tandstatus utan påverkas mer av om man har symtom från sina tänder eller munhåla, hur man upplever sig ha kontroll över sin egen tandhälsa och hur man blir bemött av tandvårdspersonalen (21, 25-26). Det är vårdnadshavarens ansvar att ta med sina barn till tandvården när tandvården kallar till undersökning eller preventiv och behandlande vård. Det är också föräldrarnas ansvar att söka vård när barnet behöver det på grund av smärta, värk eller obehandlad sjukdom.

Barns beteenden och samarbetsförmåga i tandvården

Tandläkarens bedömning och uppfattning av hur barnet förmår att samarbeta till den planerade behandlingen beskriver graden av samarbetsförmåga i tandvården. Alla beteenden som försenar behandlingen eller som medför att behandlingen inte kan utföras alls, klassificeras som ett samarbetsproblem, detta oavsett orsaken till beteendet (14-16). Barn med svårigheter att reglera känslor och hantera stress uppvisar ofta beteenden som medför svårigheter vid tandvårdsbehandling, exempelvis kan neuropsykiatriska diagnoser såsom ADHD öka risken för samarbetsproblem (27).

Barn som far illa

Definitioner av barn som far illa

Det finns olika termer och uttryck som beskriver när barn utsätts för misshandel eller far illa, men gemensamt för dessa är en uttalad brist i omhändertagande eller en våldsutsatthet. Kommittén mot barnmisshandel definierade 2001 barnmisshandel som (28):

”Barnmisshandel är när en vuxen person utsätter ett barn för fysiskt eller psykiskt våld, sexuella övergrepp, kränkningar eller försummar att tillgodose barnets grundläggande behov.

Med barn avses varje människa under 18 år”.

Bakgrunden till denna definition är att beskriva barnmisshandel utifrån dess olika uttryck, vare sig det är med eller utan uppsåt, och för att det ska gälla alla former av skadliga beteende mot barn. Olika yrkesgrupper har olika ansvar för barn. Inom socialtjänsten och hälso- och sjukvården talar man om barn som far illa och inbegriper då en bredare definition än i juridiska texter där brottsliga handlingar om misshandel mot barn definieras utifrån specifik lagtext (28-31).

I denna Genväg till forskning används barn som far illa som ett begrepp för utsatthet för fysisk våld, psykiskt våld, våld i nära relationer, sexuellt våld samt försummelse i enlighet med Kommitteen mot barnmisshandel och The International Society for the Prevention of Child Abuse and Neglect (ISPCAN). Enligt dessa organisationer definieras barn som far illa av att de utsatts för någon av följande former av våld (28-31):

Fysiskt våld innebär avsiktligt våld mot barn som resulterar i eller kan resultera i skada mot barnets hälsa, överlevnad, utveckling eller värdighet. Till detta räknas exempelvis slag, putta barnet, tvinga in saker i munnen, skära, bränna eller andra likande beteenden.

Psykiskt våld anses föreligga då barnet får ta emot kritik, ironi, hån eller kränkningar. Exempelvis att ställa omöjliga krav i förhållande till ålder eller individuella förutsättningar, eller att försätta barnet i farliga, skadliga eller hotfulla situationer (är andra former av psykiskt våld). Psykiskt våld mot ett barn omfattar även barn som lever med våld i nära relationer, våld inom familjen och där våld förekommer mellan de vuxna i en familj.

Sexuellt våld innebär all sexuell aktivitet som riktas mot ett barn som barnet inte kan förstå, kan medge samtycke till eller som bryter mot samhällets lagar eller normer.

Försummelse innebär att underlåta ett fysiskt och psykiskt omhändertagande som är nödvändigt för barnets utveckling och välmående. Exempelvis innebär detta att inte sköta barnets hygien, kost, tillhandahålla lämplig klädsel eller att inte tillgodose barnets behov av sjukvård samt tandvård.

Prevalens

Omfattningen av barn som far illa är svår att beräkna. Det beror dels på val av metod för insamling av underlaget samt vilken definition man använt. Prevalensen i Sverige baseras på självrapporter från barn och unga eller föräldrar samt från officiella register över polisanmälningar eller domar, vilket medför att många fall av barn som far illa inte är kända (32). Gällande fysiskt våld så rapporterar ungefär 15 % av skolungdomar att de utsatts för våld från en vårdnadshavare och ungefär 10 % rapporterar att det förekommer våld i hemmet, vilket då klassificeras som psykiskt våld. Av dessa är det få som uppger att man har berättat om våldet för någon professionell vuxen (30, 33-34). Under 2016 gjordes en översikt om sexuellt våld i Norden och där rapporterade 3-23 % pojkar och 11-36 % flickor att de utsatts för någon form av sexuellt våld, siffror som stämmer överens med tidigare studier i Sverige (35, 36). Försummelse är inte lika studerat i Sverige även om vi vet att det är den vanligaste orsaken för anmälan i andra länder (32, 37). En försvårande faktor för att beräkna omfattning av våld beror på att våldsformer ofta samvarierar och att barnen därför är utsatta för flera olika typer av våld (38-40).

Riskfaktorer och skyddsfaktorer

Det finns flera olika sociala faktorer som leder till att barn riskerar att utsättas för våld. Undermåliga sociala nätverk, barnets egna individuella förmågor samt faktorer gällande hemmiljön såsom föräldrars psykiska sjukdomar inklusive

missbruk av alkohol och/eller droger, förekomst av våld inom familjen samt föräldrars eller vårdnadshavarens oförmåga till kärlek och omsorg. Alla dessa är viktiga faktorer som kan förklara uppkomsten av våld och försummelse (31).

Att fara illa kan leda till ohälsa

Barnmisshandel är klassificerat som ett folkhälsoproblem (32). I en av de större internationella studierna om ohälsa och våldsutsatthet fann man att vuxna med psykisk och fysisk ohälsa ofta rapporterade att de varit utsatta för misshandel, försummelse eller andra traumatiska händelser i barndomen (39). Barn som utsatts för våld under uppväxten uppvisar också ofta lägre utbildningsnivåer och högre sjuklighet och dödlighet än personer som inte utsatts för våld under uppväxten (32, 39). Att leva med våld skapar ofta stress som på längre sikt blir ohälsosam och ogynnsam för barns utveckling. Barn som levt med våld har oftare än andra barn, svårt med emotionell reglering, att klara utsatthet för stress och att hantera relationer med andra. Utåtagerande beteenden, riskbeteenden, ätstörningar och somatiska besvär såsom ont i magen eller annan värk är också vanligt förekommande (32, 41, 42).

Samhällets stöd och skydd till barn

Socialtjänsten är den aktör som utreder och tillgodoser barn och ungas behov av stöd och skydd. Svensk social barnavård definieras som ett familjeorienterat system med en skyddsfunktion (43). Socialtjänstlagen (SoL) reglerar anmälningsplikten som innebär att alla professionella som i sitt arbete möter barn, är skyldiga att anmäla oro då man misstänker att barnet far illa (44). När en orosanmälan inkommit till socialtjänsten så beslutas det om en utredning om barnets situation ska öppnas eller inte. Utredningen bedömer barnets behov, föräldrarnas förmåga samt social kontext. Efter utredningens slut ska socialhandläggaren föreslå ett beslut, antingen läggs utredningen utan vidare insatser eller så föreslås en insats utifrån det aktuella behovet av stöd eller skydd. Socialtjänstens insatser bygger till största del på frivillighet. Man strävar efter att samarbeta och komma överens med familj och barn om det stöd som barnet ska få. Således kan familjen i de fall där stödinsatser bedöms som lämpliga välja att ta emot eller avböja den föreslagna stödinsatsen. Om föräldrarna inte anser att stödet är nödvändigt eller då utredningen visar att barnet behöver skydd och inte bör vara kvar i familjen på grund av de omständigheter som framkommit så kan socialtjänsten föreslå insatser mot förälderns vilja. En omfångsstudie visade att cirka 30 barn per 1000 anmäls enligt socialtjänstlagen (45). Studier har visat att runt 12 % av en barnpopulation kommer att utredas, medan ungefär 7 % får en insats. I de fall barn återaktualiseras med en ny orosanmälan beror detta oftast på försummelse (46).

Orosanmälan enligt socialtjänstlagen

De flesta orosanmälningarna kommer till socialtjänsten från professionella aktörer, och då oftast från polis och skola. Den vanligaste orsaken till en anmälan

från polis handlar om barnets eget beteende, exempelvis kriminalitet. Generellt sett är det få anmälningar som kommer från hälso-och sjukvård och tandvård. Tandvården redovisas sällan separat och därför saknas studier om tandvårdens benägenhet att anmäla i förhållande till andra professioner. Totalt sett är den vanligaste orsaken till en orosanmälan föräldrarnas egna konflikter eller brister i barnets omvårdnad, mer sällan är det misshandel och försummelse som anges som orsak till anmälan (45-47).

Tandvård och barn som far illa

Orosanmälningar

Det är väl känt att anmälningsbenägenheten är låg hos många professionella som är skyldiga att anmäla oro för barn som far illa. Studier har undersökt varför tandvården sällan anmäler oro om barn som far illa. Resultaten visar samstämmigt att de vanligaste barriärerna är osäkerhet och rädsla inför att göra en anmälan samt att man eftersöker mer utbildning och samverkan med socialtjänst som ett stöd i beslutstagandet att göra en anmälan (48-50). Dessa resultat sammanfaller med liknande studier inom hälso-och sjukvården, en studie visade exempelvis att svårigheten ligger i att skilja ut det avvikande från det normala i en familjs samspel eller beteende (51-52).

I en enkätstudie från 2009, riktad till Folktandvårdskliniker, uppgav de flesta att de har riktlinjer för hur man hanterar oro för barn, en tredjedel uppgav också att de hade anmält oro under de senaste 12 månaderna (53). En annan studie från 2010 inom den specialiserade barntandvården visade att det var vanligt att man hade anmält någon gång under de senaste 24 månaderna och då oftast på grund av försummelse (54). Att ta beslutet att anmäla oro kan medföra olika etiska frågeställningar och innebär ofta en ambivalens kring beslutet. Det finns tre olika kliniska situationer som visats ha betydelse när man fattar beslutet att anmäla oro inom barntandvården: 1) att uppleva att man måste välja mellan att stödja familjen eller att anmäla oro; 2) att kunna skilja på att ett barn mår dåligt från att barnet faktiskt far illa, samt 3) att uppleva att en konsultation med kollegor eller andra professioner utgör antingen ett hinder eller ett stöd till att göra en anmälan (55). Det uttrycktes också i denna studie att dental försummelse är den vanligaste orsaken till en anmälan, vilket sedan bekräftades i en studie som analyserade alla orosanmälningar från tandvården under en tidsperiod på 6 år (56). Att majoriteten av anmälningarna från tandvården rör dental försummelse framkommer också internationellt. Welbury med kollegor (2003) fann att en låg kunskap om symtom och tecken på våld och framförallt gällande psykologiskt våld och sexuellt våld gör sådana anmälningar svåra (57).

Fysiska skador

Inom tandvården brukar man lyfta att det finns en möjlighet för tandläkare att upptäcka skador efter fysiskt våld. Flera studier beskriver just huvud- halsregionen som extra sårbar vid fysisk misshandel. Tillfogade skador efter fysiskt våld mot barn har setts på läppar, i tandkött, på tunga, i gommen eller kind samt frakturer

av käkben eller tänder (58-60). Dock är det inte så ofta skador inuti munnen som rapporteras i dessa studier, vilket man anser kan bero på att dessa studier sällan involverat en tandläkare samt att det inte heller är en tandvårdsutbildad person som undersökt barnet (61-64). Skadors lokalisation och mönster på kroppen kan tyda på huruvida skadan kan misstänkas vara tillfogad eller bero på ett olycksfall. Exempelvis så brukar olycksfall resultera i att hårdare delar av kroppen såsom haka, panna och näsa blir skadade. När det finns mjukdelsskador på kinder, bakom öronen, bilaterala skador eller skador som påminner om verktyg eller handavtryck, samt då barnets ålder, eller anamnesen i sig, inte stämmer överens med den kliniska bilden så bör fysiskt våld misstänkas (58). I Sverige är inte fysiskt våld en vanlig orsak till anmälan från tandvården (53-55, 65). Inte heller i andra studier om barn i kontakt med socialtjänsten och deras tandhälsa har tecken på fysiskt våld noterats i barnets tandvårdsjournaler (65-66).

Kariesförekomst

Det finns flera studier som beskriver en högre förekomst av obehandlad karies hos barn som varit utsatta olika former av våld (67-72). I Sverige visar en studie att barn och unga som av socialtjänsten är placerade utanför hemmet har en hög förekomst av karies och fyllningar i tänderna, och ofta även en hög grad av tandvårdsrädsla och oregelbundna besök (66). I en studie av tandjournaler hos en grupp barn som utretts inom socialtjänsten för oro gällande barnmisshandel så visade det sig att det fanns mer karies, mer uteblivande samt mer behov av vård hos barn som utreddes för någon form av misshandel i jämförelse med en kontrollgrupp som inte utreddes för misshandel under samma tidsperiod. Barnen som utreddes var också i högre grad remitterade till specialiserad barntandvård för behandling (65). Barn med ett omfattande behandlingsbehov löper en ökad risk för att utveckla tandvårdsrädsla, att få samarbetssvårigheter samt inte söka tandvård regelbundet (73-75). Vårdnadshavare som underlåter att ge sitt barn nödvändig tandvård tillgodoser inte barnets grundläggande behov. Dental försummelse är när en förälder eller vårdnadshavare inte söker eller fullföljer en behandling, nödvändig för att garantera en god oral hälsa som tillåter funktion och frihet från smärta och infektion. Olika länder definierar detta lite olika men gemensamt är att barnet inte får nödvändig tandvård till följd av upprepad underlåtenhet (76-78). Då sjukdom i munhålan leder till värk eller infektion som gör att barnets vardag med sömn, mat och lek påverkas så kallas det för dental funktionsnedsättning (79). Även om dental försummelse anges vara den vanligaste orsaken till en orosanmälan från tandvården så uttrycks sällan detta som ett begrepp i anmälan eller i tandjournaler (55, 56, 65).

Tandvårdsrädsla

Tidigare utsatthet för sexuellt våld har hos vuxna kopplats till rädsla i tandvårdssituationen men också till en mer negativ attityd och sämre tillit till tandvården (80-82). Tandvårdsrädsla rapporteras också bland en grupp barn som placerats utanför hemmet (66).

Besökstraditioner

Oregelbundna besök inom sjukvård gör ofta att vårdgivaren reagerar och det har också visat sig att det sammanfaller med utsatthet för våld och övergrepp (51, 59, 83). Varför barn uteblir från tandvården har beskrivits bero på barnets individuella förutsättningar, social kontext, omfattning på sjukdom samt föräldrarnas attityder (84). Många föräldrar har en låg tilltro till tandvård men det vanligaste är att föräldrar upplever så pass hög belastning i det vardagliga livet att tandvård inte kan prioriteras (85). Uteblivande utan närmare specifikation om behandlingsbehov är ju också den vanligaste orsaken till en orosanmälan från tandvården (55-56). Powell och Appleton (2012) argumenterade i en artikel för att uteblivande och återbud ska klassificeras som att barnet var "was not brought" (läs; förälder inte tagit med) istället för "did not attend" (läs; barnet kom inte) i syfte att bättre identifiera när föräldraomsorg brister (86). En studie inom tandvården använde "did not attend" vid rimliga förklaringar till att inte komma på besöket (exempelvis om barnet är sjukt, besök inom annan sjukvård eller prov i skolan) medan "was not brought" noterades då det saknades sådana förklaringar till varför man inte kom på besöket, exempelvis då föräldrar uppgav att "barnet vill inte" eller "vi hade inte tid" alternativt inte lämnar en förklaring alls. Missade besök som benämndes som "was not brought" var tydligt överrepresenterat hos gruppen som utreddes för barnmisshandel och dessa hade också en hög sannolikhet för att inte komma överhuvudtaget eller vara kontaktbara under längre perioder (65).

Dålig tandhälsa samvarierar med annan social problematik

Utifrån en enkätstudie om självupplevd tandhälsa har man sett att av de ungdomar som uppgett att de har en dålig eller mycket dålig tandhälsa så fanns det en hög sannolikhet för att dessa ungdomar också svarat att de hade erfarenhet av fysiskt våld, mobbning, våld i hemmet och sexuellt tvång (87). I den lokala studien om orosanmälningar från tandvården visade det sig att inte bara tandvården hade uppmärksammat dessa barn; 86 % av barnen var kända inom socialtjänsten sedan tidigare utifrån pågående eller tidigare utredning eller insats (56).

Eftersom barn, framförallt yngre barn, är beroende av sina föräldrar för en god tandhälsa så är föräldrars förmåga till att upprätthålla och stödja sina barn till en god tandhälsa intressant. I en studie där barn utreddes för misshandel i jämförelse med de som inte utretts för misshandel så benämndes förmågan att tillgodose sina barns tandvårdsbehov som antingen "good enough" (acceptabel) eller "risky" (riskabel), en gruppering baserad på en artikel från the National Society for the Prevention of Cruelty to Children (NSPCC) (88). Resultatet visade att majoriteten av studiegruppen klassificerades inom ramen för "risky". Dessa föräldrar hade antingen en oförmåga eller ovilja att prioritera barnets hälsa och utveckling, det fanns ett tydligt kaos och bristfälliga rutiner gällande oral hygien, de hade en oförmåga eller ovilja att engagera sig för de råd och rekommendationer som tandvården gav gällande deras barns behov. Sådana råd och rekommendationer kunde exempelvis vara att förändra kost eller munhygienvanor då tandvården informerar och instruerar föräldrar om detta eller då man uppfyllde definitionen för dental försummelse. Andra orsaker kunde vara då föräldern uppgav att det är

barnets ansvar att borsta tänderna eller minska på intaget godis och läsk, således då föräldrar inte agerar utifrån sitt ansvar för barnets bästa omvårdnad (65). Dessa fynd är att beakta som preliminära då NSPCC inte är utvecklat eller validerat för tandvård, likväl ger de ett perspektiv på att då föräldrarnas förmåga brister gällande tandhälsa är den sociala kontexten viktig att utreda i syfte att förstå hur terapiplanering och behandling bör anpassas för att passa det individuella barnet.

Sammanfattning och slutsatser

Kunskapsläget idag talar för att tandhälsa är en indikator på barnets välmående och barns behov av sociala insatser. Studier tyder på att den specialiserade barntandvården möter många barn med en social problematik, där barnet också har ett behov av samhällets stöd eller skydd. Tandvården är väl utbildad på barn som far illa och de skyldigheter som socialtjänstlagen medför, men personalen behöver fortbildning och tydliga riktlinjer för anmälningsförfarandet.

För att förbättra tandvårdens hantering av anmälingsskyldigheten så bör tandvården dokumentera och följaktligen anmäla dental försummelse när barn inte tillåts medverka till rekommenderad behandling trots behov, eller då barn inte tillåts få preventiva undersökningar. Vidare så tyder studier på att Socialtjänsten bör inkludera tandvårdsbehov i sin bedömning avseende barnets grundläggande behov. I samverkan mellan tandvård och socialtjänst bör det förtydligas att barn och ungdomstandvård ska prioritera remisser som gäller barn som lever med social risk eller har ett socialt riskbeteende.

Referenser

1. Klingberg G, Andersson-Wenckert I, Grindeford M, Lundin SA, Ridell K, Tsilingaridis G, et al. Specialist paediatric dentistry in Sweden 2008 - a 25-year perspective. *Int J Paediatr Dent.* 2010;20(5):313-21.
2. Svenska Pedodontiföreningen. Prioriteringar och patientsäkerhet i tandvård för barn och ungdomar [Treatment need and degree of priority in specialist pediatric dental care. Swedish Society of Paediatric Dentistry]. 2008. Downloaded 160306. http://spf.nu/wp-content/uploads/2014/05/2013_prioriteringsdokumentet.pdf.
3. Selwitz RH, Ismail AI, Pitts NB. Dental caries. *Lancet.* 2007;369(9555):51-9.
4. Stecksén-Blicks C, Kieri C, Nyman JE, Pilebro C, Borssen E. Caries prevalence and background factors in Swedish 4-year-old children - a 40-year perspective. *Int J Paediatr Dent.* 2008;18(5):317-24.
5. Julihn A, Barr-Agholme M, Grindeford M, Modeer T. Risk factors and risk indicators associated with high caries experience in Swedish 19-year-olds. *Acta Odontol Scand.* 2006;64(5):267-73.
6. Alm A, Wendt LK, Koch G, Birkhed D. Prevalence of approximal caries in posterior teeth in 15-year-old Swedish teenagers in relation to their caries experience at 3 years of age. *Caries Res.* 2007;41(5):392-8.
7. Alm A, Wendt LK, Koch G. Dental treatment of the primary dentition in 7-12 year-old Swedish children in relation to caries experience at 6 years of age. *Swed Dent J.* 2004;28(2):61-6.
8. Sheiham A. Dental caries affects body weight, growth and quality of life in pre-school children. *Br Dent J.* 2006;201(10):625-6.
9. de Souza MC, Harrison M, Marshman Z. Oral health-related quality of life following dental treatment under general anaesthesia for early childhood caries - a UK-based study. *Int J Paediatr Dent.* 2016 E-pub. Jan 17. doi: 10.1111/ipd.12221
10. Filstrup SL, Briskie D, da Fonseca M, Lawrence L, Wandera A, Inglehart MR. Early childhood caries and quality of life: child and parent perspectives. *Pediatr Dent.* 2003;25 (5):431-40.
11. Pousette Lundgren G, Karsten A, Dahllöf G. Oral health-related quality of life before and after crown therapy in young patients with amelogenesis imperfecta. *Health Qual Life Outcomes.* 2015;13:197.
12. Acs G, Shulman R, Ng MW, Chussid S. The effect of dental rehabilitation on the body weight of children with early childhood caries. *Pediatr Dent.* 1999;21(2):109-13.
13. Blumenshine SL, Vann WF Jr, Gizlice Z, Lee JY. Children's school performance: impact of general and oral health. *J Public Health Dent.* 2008;68(2):82-7.
14. Klingberg G, Vannas Löfqvist L, Bjarnason S, Noren JG. Dental behavior management problems in Swedish children. *Community Dent Oral Epidemiol.* 1994;22(3):201-5.
15. Gustafsson A, Broberg A, Bodin L, Berggren U, Arnrup K. Dental behaviour management problems: the role of child personal characteristics. *Int J Paediatr Dent.* 2010;20(4):242-53.
16. Klingberg G, Broberg AG. Dental fear/anxiety and dental behaviour management problems in children and

- adolescents: a review of prevalence and concomitant psychological factors. *Int J Paediatr Dent.* 2007;17(6):391-406.
17. Locker D, Jokovic A, Stephens M, Kenny D, Tompson B, Guyatt G. Family impact of child oral and oro-facial conditions. *Community Dent Oral Epidemiol.* 2002;30(6):438-48.
 18. Broadbent JM, Thomson WM, Poulton R. Oral health beliefs in adolescence and oral health in young adulthood. *J Dent Res.* 2006;85(4):339-43.
 19. Locker D. Disparities in oral health-related quality of life in a population of Canadian children. *Community Dent Oral Epidemiol.* 2007;35(5):348-56.
 20. Hjern A, Grindeford M, Sundberg H, Rosén M. Social inequality in oral health and use of dental care in Sweden. *Community Dent Oral Epidemiol.* 2001;29(3):167-74.
 21. Östberg AL, Eriksson B, Lindblad U, Halling A. Epidemiological dental indices and self-perceived oral health in adolescents: ecological aspects. *Acta Odontol Scand.* 2003;61(1):19-24.
 22. Ekbäck G, Åström AN, Klock K, Ordell S, Unell L. Self-perceived oral health among 19-year-olds in two Swedish counties. *Swed Dent J.* 2008;32(2):83-93.
 23. Pattussi MP, Olinto MT, Hardy R, Sheiham A. Clinical, social and psychosocial factors associated with self-rated oral health in Brazilian adolescents. *Community Dent Oral Epidemiol.* 2007;35(5):377-86.
 24. Weyant RJ, Manz M, Corby P, Rustveld L, Close J. Factors associated with parents' and adolescents' perceptions of oral health and need for dental treatment. *Community Dent Oral Epidemiol.* 2007;35(5):321-30.
 25. Östberg AL, Jarkman K, Lindblad U, Halling A. Adolescents' perceptions of oral health and influencing factors: a qualitative study. *Acta Odontol Scand.* 2002;60(3):167-73.
 26. Östberg AL, Lindblad U, Halling A. Self-perceived oral health in adolescents associated with family characteristics and parental employment status. *Community Dent Health.* 2003;20(3):159-64.
 27. Blomqvist M, Holmberg K, Fernell E, Dahllöf G. A retrospective study of dental behavior management problems in children with attention and learning problems. *Eur J Oral Sci.* 2004;112(5):406-11.
 28. Kommittén mot barnmisshandel. Barnmisshandel: att förebygga och åtgärda: slutbetänkande. (Child abuse- to prevent and protect). Stockholm: Fritzes offentliga publikationer; 2001.
 29. Hindberg B. Sårbara barn : att vara liten, misshandlad och försummad. Stockholm: Gothia; 2006.
 30. Janson S, Jernbro C, Långberg B. Kroppslig bestraffning och annan kränkning av barn i Sverige- en nationell kartläggning 2011. (Corporal punishment and other humiliating behavior towards children in Sweden- a national survey 2011) Edita Västra Aros: Karlstad Universitet, Stiftelsen Allmänna barnhuset; 2011.
 31. Butchart A, Harvey HP, Mian M, Furriss T. Preventing child maltreatment: A guide to taking action and generating evidence. Geneva, Switzerland; 2006.
 32. Gilbert R, Widom CS, Browne K, Fergusson D, Webb E, Janson S. Burden and consequences of child maltreatment in high-income countries. *Lancet.* 2009;373(9657):68-81.
 33. Annerbäck EM, Lindell C, Svedin CG, Gustafsson PA. Severe child abuse: a study of cases reported to the police. *Acta Paediatr.* 2007;96(12):1760-4.
 34. Annerbäck EM, Wingren G, Svedin CG, Gustafsson PA. Prevalence and characteristics of child physical abuse in Sweden - findings from a population-based youth survey. *Acta Paediatr.* 2010;99(8):1229-36.
 35. Kloppen K, Haugland S, Svedin CG, Machle M, Breivik K. Prevalence of child sexual abuse in the nordic countries: A literature review. *J Child Sex Abus.* 2016;25:1-19.
 36. Priebe G, Svedin CG. Prevalence, characteristics, and associations of sexual abuse with sociodemographics and consensual sex in a population-based sample of Swedish adolescents. *J Child Sex Abus.* 2009;18(1):19-39.
 37. Lundén K. Att identifiera omsorgssvikt hos förskolebarn. Göteborg: Psykologiska institutionen, Univ; 2004.
 38. Herrenkohl TI, Sousa C, Tajima EA, Herrenkohl RC, Moylan CA. Intersection of child abuse and children's exposure to domestic violence. *Trauma Violence Abuse.* 2008;9(2):84-99.
 39. Felitti VJ, Anda RF, Nordenberg D, Williamson DF, Spitz AM, Edwards V, et al. Relationship of childhood abuse and household dysfunction to many of the leading causes of death in adults. The Adverse Childhood Experiences (ACE) Study. *Am J Prev Med.* 1998;14(4):245-58.
 40. Finkelhor D, Ormrod RK, Turner HA. Poly-victimization: a neglected component in child victimization. *Child Abuse Negl.* 2007;31(1):7-26.
 41. Kendall-Tackett K. The health effects of childhood abuse: four pathways by which abuse can influence health. *Child Abuse Negl.* 2002;26(6-7):715-29.
 42. Jernbro C, Svensson B, Tindberg Y, Janson S. Multiple psychosomatic symptoms can indicate child physical abuse - results from a study of Swedish schoolchildren. *Acta Paediatr.* 2012;101(3):324-9.
 43. Gilbert N. *Combatting Child Abuse. International Perspectives and Trends.* Gilbert N, editor. Oxford: Oxford University Press; 1997.
 44. SFS (2001:453). Socialtjänstlagen.
 45. Wiklund S. Signs of child maltreatment. The extent and nature of referrals to Swedish child welfare agencies. *Barnavårdsanmälningar i Sverige: omfattning, källor och problembilder.* Eur J Soc Work. 2006;9(1):39-58.
 46. Sundell K. Barnavårdsutredningar - en kunskapsöversikt. Stockholm: Gothia. 2007.
 47. Cocozza MG, Pera. ; Sydsjö, Gunilla. Who suspects and reports child maltreatment to Social Services in Sweden? Is there a reliable mandatory reporting process? *Eur J Soc Work.* 2007;10(2):209-23.
 48. Kilpatrick, N M, Scott, J, Robinson, S Child protection: a survey of experience and knowledge within the dental profession of New South Wales, Australia. *Int J Paediatr Dent.* 1999;9(3):153-9.
 49. Uldum B, Christensen HN, Welbury R, Poulsen S. Danish dentists' and dental hygienists' knowledge of and experience with suspicion of child abuse or neglect. *Int J Paediatr Dent.* 2010;20(5):361-5.
 50. Tilwawala D, Murray C, Farah R, Broadbent J. New Zealand dental therapists' beliefs regarding child maltreat-

- ment. *Aust N Z J Public Health*. 2014;38(5):480-4.
51. Lykke K, Christensen P, Reventlow S. "This is not normal ..." - signs that make the GP question the child's well-being. *Fam Pract*. 2008;25(3):146-53.
52. Flaherty EG, Sege R. Barriers to physician identification and reporting of child abuse. *Pediatr Ann*. 2005;34(5):349-56.
53. Kvist T, Malmberg F, Boovist AK, Larheden H, Dahllöf G. Clinical routines and management of suspected child abuse or neglect in public dental service in Sweden. *Swed Dent J*. 2012;36(1):15-24.
54. Klingberg G. Omsorgssvikt med odontologins ögon (Neglect from a dental perspective): Munksgaard Danmark, København; 2010; 195-208.
55. Kvist T, Wickström A, Miglis I, Dahllöf G. The dilemma of reporting child maltreatment in pediatric dentistry. *Eur J Oral Sci* 2014; 122: 332-338.
56. Kvist T, Cocozza M, Annerbäck EM, Dahllöf G. Child maltreatment- prevalence and characteristics of mandatory reports from dental professionals to the Social Services. *Int J Paediatr Dent*. 2017;27(1):3-10
57. Welbury RR, MacAskill SG, Murphy JM, Evans DJ, Weightman KE, Jackson MC, et al. General dental practitioners' perception of their role within child protection: a qualitative study. *Eur J Paediatr Dent*. 2003;4(2):89-95.
58. Maguire S. Which injuries may indicate child abuse? *Arch Dis Child Educ Pract Ed*. 2010;95(6):170-7.
59. Schnitzer PG, Slusher PL, Kruse RL, Tarleton MM. Identification of ICD codes suggestive of child maltreatment. *Child Abuse Negl*. 2011;35(1):3-17.
60. Maguire S, Hunter B, Hunter L, Sibert JR, Mann M, Kemp AM. Diagnosing abuse: a systematic review of torn frenum and other intra-oral injuries. *Arch Dis Child*. 2007;92(12):1113-7.
61. Jessee SA. Physical manifestations of child abuse to the head, face and mouth: a hospital survey. *ASDC J Dent Child*. 1995;62(4):245-9.
62. Naidoo S. A profile of the oro-facial injuries in child physical abuse at a children's hospital. *Child Abuse Negl*. 2000;24(4):521-34.
63. Nicolau B, Marcenés W, Sheiham A. The relationship between traumatic dental injuries and adolescents' development along the life course. *Community Dent Oral Epidemiol*. 2003;31(4):306-13.
64. da Fonseca MA, Feigal RJ, ten Bonsel RW. Dental aspects of 1248 cases of child maltreatment on file at a major county hospital. *Pediatr Dent*. 1992;14(3):152-7.
65. Kvist T, Annerbäck EM, Dahllöf G. Oral health in children and adolescents investigated by the Social Services on suspicions of child maltreatment. In print. *Child Abuse Negl*. 2018.
66. 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;105:416-420.
67. Greene PE, Chisick MC, Aaron GR. A comparison of oral health status and need for dental care between abused/neglected children and nonabused/non-neglected children. *Pediatr Dent*. 1994;16(1):41-5.
68. Greene P, Chisick MC. Child abuse/neglect and the oral health of children's primary dentition. *Mil Med*. 1995;160(6):290-3.
69. Valencia-Rojas N, Lawrence HP, Goodman D. Prevalence of early childhood caries in a population of children with history of maltreatment. *J Public Health Dent*. 2008;68(2):94-101.
70. Keene EJ, Skelton R, Day PF, Munyombwe T, Balmer RC. The dental health of children subject to a child protection plan. *Int J Paediatr Dent*. 2015;25(6):428-35.
71. Badger GR. Caries incidence in child abuse and neglect. *Pediatr Dent*. 1986;8(1):101-2.
72. Bright MA, Alford SM, Hinojosa MS, Knapp C, Fernandez-Baca DE. Adverse childhood experiences and dental health in children and adolescents. *Community Dent Oral Epidemiol*. 2015;43(3):193-9.
73. Klingberg G, Berggren U, Carlsson SG, Norén JG. Child dental fear: cause-related factors and clinical effects. *Eur J Oral Sci*. 1995;103(6):405-12.
74. Skaret E, Raadal M, Berg E, Kvale G. Dental anxiety and dental avoidance among 12 to 18 year olds in Norway. *Eur J Oral Sci*. 1999;107(6):422-8.
75. Skaret E, Raadal M, Kvale G, Berg E. Factors related to missed and cancelled dental appointments among adolescents in Norway. *Eur J Oral Sci*. 2000;108(3):175-83.
76. Harris JC, Balmer RC, Sidebotham PD. British Society of Paediatric Dentistry: a policy document on dental neglect in children. *Int J Paediatr Dent*. 2009 May 14.
77. American Academy of Pediatric Dentistry. Child Abuse Committee. Definition of dental neglect. Reference Manual 2015/16;37(6):13.
78. Barn som far illa. [Child maltreatment. Swedish Dental Association]. Stockholm: Sveriges Tandläkarförbund; 2011.
79. American Academy of Pediatric Dentistry. Child Abuse Committee. Definition of dental disability. Reference Manual 2015/16;37(6):14.
80. Willumsen T. Dental fear in sexually abused women. *Eur J Oral Sci*. 2001;109(5):291-6.
81. Walker EA, Milgrom PM, Weinstein P, Getz T, Richardson R. Assessing abuse and neglect and dental fear in women. *J Am Dent Assoc*. 1996;127(4):485-90.
82. Willumsen T. The impact of childhood sexual abuse on dental fear. *Community Dent Oral Epidemiol*. 2004;32(1):73-9.
83. Woodman J, Brandon M, Bailey S, Belderson P, Sidebotham P, Gilbert R. Healthcare use by children fatally or seriously harmed by child maltreatment: analysis of a national case series 2005-2007. *Arch Dis Child*. 2011;96(3):270-5.
84. Fägerstad A, Windahl J, Arnrup K. Understanding avoidance and non-attendance among adolescents in dental care - an integrative review. *Community Dent Health*. 2016;33:1-13.

85. Hallberg U, Camling E, Zickert I, Robertson A, Berggren U. Dental appointment no-shows: why do some parents fail to take their children to the dentist? *Int J Paediatr Dent.* 2008;18(1):27-34.
86. Powell C, Appleton JV. Children and young people's missed health care appointments: reconceptualising 'Did Not Attend' to 'Was Not Brought' – a review of the evidence for practice. *J Res Nurs.* 2012;17(2):181-92.
87. Kvist T, Annerbäck EM, Sahlqvist L, Flodmark O, Dahllöf G. Association between adolescents' self-perceived oral health and self-reported experiences of abuse. *Eur J Oral Sci* 2013; 121: 594–599.
88. National Society for the Prevention of Cruelty to Children (NSPCC). Assessing parenting capacity- An NSPCC factsheet 2014. Available from: <https://www.nspcc.org.uk/globalassets/documents/information-service/factsheet-assessing-parenting-capacity.pdf>.

