

Anbefaling

Klinisk rettsodontologisk tannlegeerklæring

Klinisk rettsodontologisk tannlegeerklæring har blitt utarbeidet etter minstekrav for utarbeidelse av kunnskapsbaserte fagprosedyrer (AGREE-instrumentet) og i samsvar med den rettsmedisinske erklærings form og innhold utgitt av den rettsmedisinske kommisjonen (1). Erklæringen har først vært utarbeidet til lokal bruk ved Statens Barnehus Kristiansand, men etter implementeringen ved flere av Statens Barnehus i landet har prosedyren blitt oppdatert til en nasjonal fagprosedyre til bruk ved alle Statens Barnehus i Norge.

De klinisk rettsodontologiske tannlege-undersøkelsene ved Statens Barnehus utføres kun på begjæring fra påtalemyndigheten. I 2014 har et utvalg nedsatt av Advokatforeningen, Dommerforeningen, Riksadvokaten og Regjeringsadvokaten utarbeidet retningslinjer for sakkyndigarbeid i domstolene (2). Her beskrives det blant annet hvilke beviskrav, krav til årsakssammenheng og bevisvurderinger den sakkyndige bør redegjøre for (2, Retningslinje 5) og hva den sakkyndiges erklæring bør inneholde (2, Retningslinje 9). Krav til attester og helseerklæringer omtales videre i *helsepersonelloven* § 15 (3), etiske regler for leger (4) og i "Overgrep-mottak. Veileder for helsetjenesten"(5).

Den klinisk rettsodontologiske tannlegeerklæringen kan i tillegg brukes som hjelpemiddel i dokumentasjon av funn utført av helsepersonell som ikke er sakkyndige, men som yter helsehjelp for barn utsatt for vold og/eller overgrep. Det er viktig å huske at *«opplysningene om overgrep må anses som spesielt sensitive, og personvern hensyn kan tale for at mottaket benytter en tilleggs journal, ofte kalt overgrepjournal»* (5). Videre sier helsepersonelloven at *«taushetsbelagt informasjon ikke kan inkluderes i en legeerklæring uten pasientens samtykke eller når informasjonen er hentet i forbindelse med et sakkyndig oppdrag»* (3,5).

Den kliniske rettsodontologiske tannlegeerklæringen skrevet på anmodning fra påtalemyndigheten skal formuleres slik at den kan leses uten kjennskap til medisinske faguttrykk (1, 6-7). Det er visse punkter som bør alltid være med i en rettsodontologisk undersøkelse (1-2,6-7), andre punkter inkludert i erklæringen baseres på den tilgjengelige nasjonale og internasjonale litteraturen.

Det er viktig å danne seg et så helhetlig bilde som mulig og dermed samle inn ulike typer av informasjon. Noen opplysninger som samles inn ved gjennomføring av en rettsodontologisk undersøkelse vil komme fra eksterne kilder andre fra egne undersøkelser (6). En klinisk rettsodontologisk tannlegeerklæring skal på samme måte som i en generell klinisk rettsmedisinsk undersøkelse inneholde dokumentasjon i form av beskrivelse av funn, eventuelt sporsikring, dokumentasjon av funn som skisser, bilder/foto (som også kan inkludere røntgen bilder), eventuelt videodokumentasjon og eventuelt vedlegg fra elektronisk pasientjournal (EPJ) samt kopi av journal fra tidligere legebesøk/behandling (5).

Det er viktig å huske at rollen til en sakkyndig er noe annerledes enn rollen til en behandler (pediater, tannlege). En sakkyndig skal bistå retten med sin spesielle kompetanse innen et fagfelt i oppklaringen av et faglig spørsmål i en sak (5-7).

Fagprosedyrer

Målet med den klinisk rettsodontologiske tannlegeundersøkelsen er å kartlegge funn/skader på barnet som kan passe med et gitt hendelsesforløp, samt skrive en sakkyndig erklæring hvor funn (faktum) og bevisvurdering (faglige vurdering av funn) angis (8).

Det anbefales at bakgrunnsopplysningene (anmeldelsen til politiet, referat fra samrådsmøte og fra avhør) leses på forhånd og før oppstart av undersøkelsen. Ved innhenting av opplysninger fra andre instanser (for eksempel tidligere journalopplysninger fra den offentlige tannhelsetjenesten) skal fritak fra taushetsplikten foreligge. For å skille kilder fra hverandre bør beskrivelsen av hvor opplysningene er hentet fremkomme tydelig i erklæringen.

Samtale med barnet

En rettsodontologisk undersøkelse kan utløse gjenopplevelse og dermed bidra til retraumatisering (5, 9-10). Erfaringene fra arbeidet ved Statens Barnehus viser at det er derfor hensiktsmessig å starte undersøkelsen med å forklare barnet hva som skal skje under undersøkelsen (hele forløpet) samt vise hvilke instrumenter som skal benyttes. Husk at informasjonen du gir skal være aldersadekvat. Spør åpne, aldersadekvate spørsmål. Dersom barnet begynner å fortelle om mulige kriminelle handlinger det har blitt utsatt for, skal en unngå ledende spørsmål (9). Videre bør det alltid tilstrebes å utføre undersøkelsen med annet personale tilstede enn de som følger barnet.

Beskrivelse av hvem er tilstede under samtalen med barnet og hvem opplysningene fremkommer fra, barnet eller dem som følger barnet bør forelegges i erklæringen.

Sosiale forhold og generell helsestatus

Informasjonen om hvem barnet bor med, samt beskrivelse av barnet generelt og i undersøkessituasjonen (allmenntilstand, vegring, usedvanlig brekningsrefleks, underkastelse etc.) bør angis (10).

Tidligere og nåværende sykdommer/symptomer

For å kunne vurdere om funnene er eventuelt avvikende i forhold til normalvariasjonen eller om de er et resultat av aktuell eller tidligere sykdom som ikke er knyttet til de/den aktuelle hendelsen/overgrepet er det viktig å kartlegge generell helsestatus (5,11). Faktorer som er viktige er for eksempel nåværende og tidligere sykdommer, kosthold, spiseforstyrrelser, psykiske lidelser, røyk, snus og rusmidler (5,11). Spiseforstyrrelser, psykiske lidelser, ADHD og liknende er viktig å kartlegge også i forhold til tidligere opplysninger (historikken) (Kildehenvisning til all informasjon som den sakkyndige (her en sakkyndig tannlege) har mottatt fra eksterne kilder kreves å inkluderes i erklæringen (6-7). Tilstander i munnhulen som blødninger i tannkjøttet, ofte sår i munnen, dårlig ånde, ømme tyggemuskler, tannngisning, fingersuging, tannbehandlingsangst i sammenheng med forløpshistorikken vil kunne avdekke mulige årsaker til funnene som for eksempel vold og/eller seksuelt overgrep (10).

Rutiner på kosthold/tannpuss

Erfaringer fra de rettsodontologiske undersøkelsen ved Statens Barnehus viser at det ofte skjer endringer i daglige rutiner hos barn utsatt for vold og/eller seksuelle overgrep etter avdekking eller

Fagprosedyrer

plassering i beredskapshjem. I en klinisk rettsodontologisk tannlegeundersøkelse vil det derfor være viktig å kartlegge de daglige rutiner i forhold til tannpuss, fluorbruk eller eventuelle problemer med tannpuss.

Klinisk rettsodontologisk tannlegeundersøkelse (ekstra og intraoral)

Litteraturen viser at opptil 2/3 av fysiske skader i hode-hals og nakkeregionen er påførte skader (12-16). Bloduttredelser på innside av kinn etter slag eller grep, avrevet leppebånd (spesielt hos små barn), tannskader, brukne og utslåtte tenner, tenner som er slått ut av stilling, brannskader i munn, hode og hals regionen er noen eksempler på skader som man finner under både den generelle kliniske rettsmedisinske undersøkelse og under den kliniske rettsodontologiske tannlegeundersøkelsen (12-38).

Kliniske funn av type hår avrivning, funn på ører og i området bak ørene, avvik i kjeve/gapefunksjon, funn på lepper, unormale bitt forhold, tenner med patologisk mobilitet, tannfrakturer, tidlig tannfelling, funn på tunge, frenulum, slimhinneforandringer, gingivale forhold som mye plakk, gingivitt, karies / omfattende karies, emaljeslitasje, dårlig munnhygiene, sykdommer i tannkjøttet (foregår vanligvis sjeldent hos barn) og blåmerker i varierende grad i hode og halsregionen kan være indirekte bevis på overgrep hos barn (12-38).

Omfattende karies hos små barn kan være et tegn på omsorgssvikt (23,39).

Sporsikring

Sporsikring må gjennomføres i henhold til retningslinjer for å ha verdi som bevis (5). Spor som biologisk materiale, bakterie-/virus-infeksjoner, situasjonsspor fra handlingen, skader, arr, merker skal sikres for å kunne avklare hva som har skjedd (5). Sporsikringsarbeid er et systematisk arbeid hvor man vanligvis benytter godkjent utstyr, en såkalt sporsikringspakke som kan utleveres fra politiet. Funn skal merkes med nummer på skissen samt lokalisasjon, med hva sporet inneholder og metode for pakking. I de akutte og alvorligste sakene skal sporsikring foretas i samarbeid med politiets kriminalteknikere. Her er det også viktig å beskrive alle funn hver for seg med riktig (fortløpende) nummerering og dokumentasjon. Her er det ingen rom for tolkning. Bare fakta skal beskrives.

Vedlegg

Dokumentasjonen som vedlegges den kliniske rettsodontologiske tannlegeerklæringen skal systematiseres. Tegninger av skisser nummereres fra 1 og utover. Foto/videodokumentasjon beskrives og merkes med lokalisasjon og hvem som har foretatt dette.

Om man legger ved en tidligere journal som vedlegg i den kliniske rettsodontologiske erklæringen, bør fagterminologi forklares. Dette fordi at enhver erklæring skrevet på anmodning fra politiet skal formuleres slik at den kan leses uten kjennskap til medisinske/odontologiske faguttrykk.

Vedlegg fra elektronisk pasient journal (EPJ).

- Tegning av skisser nummereres fortløpende fra 1 og utover.
- Røntgen funn.
- Foto/videodokumentasjon (foretatt av hvem?).

- Kopi av journal fra tidligere tannlegebesøk/behandling (relevante faguttrykk bør forklares).

Klinisk rettsodontologisk tannlegeerklæring

Vold, overgrep og omsorgssvikt må vurderes på lik linje med andre mulige årsaksfaktorer ved en rekke skader og symptomer. Dette gjelder særlig dersom medisinsk utredning ikke gir noe klart svar eller sykdomsforløpet ikke utvikler seg som forventet. Vold, overgrep og omsorgssvikt kan være med på å forsterke barnets symptomer ved bakenforliggende sykdommer, og hindre eller svekke forventet bedring (40).

Den sakkyndiges oppgave er å dokumentere og beskrive funn og vurdere disse i forhold til eventuelt tidligere beskrevet eller mistenkt hendelsesforløp (5-6). Eventuelle tvil skal også redegjøres for her (6). Politiet og rettsapparat står fritt til å vurdere den gitte informasjonen (2).

Det finnes retningslinjer på hvordan en sakkyndig bør formulere seg i en rettsmedisinsk erklæring og dermed også i en klinisk rettsodontologisk tannlegeerklæring (2, 6, 10,12). Den sakkyndig bør skille mellom beskrivelse av de faktiske funn og egne vurderinger.

Her bør barnet også beskrives i undersøkelsessituasjon. Om barnet kommer med uttalelser under undersøkelsen er det viktig å notere ordrett hva som har blitt sagt. Vurdering av hvordan skader har oppstått og alder på skadene samt drøfting rundt de tidligere og aktuelle funn beskrives.

Man skal under dette punktet legge frem sine tolkninger av de funnene som er beskrevet under den rettsodontologiske undersøkelsen. Ved hjelp av egne erfaringer og tilgjengelige litteratur vil man kunne tolke om skader er ferske eller eldre, om forandringene er et resultat av sykdom eller andre forhold, om hvordan skaden kunne oppstå (i forhold til sykehistorien og funn(ene)). Drøftingen rundt skadebildet i forhold til hendelsesforløpet og den tid som er angitt i bakgrunnsinformasjonen skal også beskrives her.

Den klinisk rettsodontologiske tannlegeerklæring bør bygges opp punktvis med følgende punkter: mandat, den sakkyndiges kvalifikasjoner, habilitet, bakgrunnsopplysninger fra straffesaken, samtale/undersøkelse av barnet, vurdering, konklusjon og samarbeid med andre instanser.

Referanser:

1. « Rettsmedisinske erklærings form og innhold». Den rettsmedisinske kommisjonen. <https://www.rettssmedisin.org/nyheter/2018/9/20/rettssmedisinske-erklærings-form-og-innhold>
2. «Retningslinjer for sakkyndigarbeid i domstolene». Norges domstoler; Advokatforeningen, Dommerforeningen, Riksadvokaten og Regjeringsadvokaten. 2014.
3. Lov om helsepersonell m.v. (helsepersonelloven). Helse- og omsorgsdepartementet LOV-1999-07-02-64.
4. Legeforeningens lover og andre organisatoriske regler. Ethiske regler for leger. Vedtatt av landsstyret 1961 med endringer, senest 2015. <https://www.legeforeningen.no/om-oss/Styrende-dokumenter/legeforeningens-lover-og-andre-organisatoriske-regler/>
5. «Overgrepsmottak. Veileder for helsetjenesten». Sosial- og helsedirektoratet, 07/2007. IS-1457. ISBN-nr. 978-82-8081-089-2.

6. «Hvordan bør rettsmedisinske vurderinger utformes og kvalitetssikres?». Rosenqvist R. Tidsskr Nor Legeforen. 2008; 128:349-51
7. «Practice parameter for child and adolescent forensic evaluations». Kraus LJ, Thomas CR, Bukstein OG et.al. Am Acad Child Adolesc Psychiatry. 2011 Dec; 50(12):1299-312.
8. «Rettsmedisinsk sakkyndighet i starffesaker». NOU, Norges offentlige utredninger 2001: 12.
9. «Oral injuries in children less than 24 months of age in a pediatric emergency department». Woolf SM, Leventhal JM, Gaither JR et.al. Child Abuse and Neglect. 89 (pp 70-77), 2019.
10. «Seksuelle overgrep mot barn – en veileder for hjelpeapparatet». Sosial og helsedirektoratet, 2003. IS-1060. ISBN-nr. 82-8081-028-5.
11. «Lundevalls rettsmedisin». Rognum TO. Oslo Universitetsforlaget. 1997.
12. «Dental aspects of child abuse». Pearn J. Aust Dent J. 1987 Jun;32(3):227.
13. «Dental aspects of child abuse: review and case reports». Symons AL, Rowe PV, Romaniuk K. Aust Dent J. 1987 Feb;32(1):42-7.
14. «Dental aspects of 1248 cases of child maltreatment on file at a major county hospital». Fonseca MA, Feigal RJ, ten Bensel RW. Pediatr Dent. 1992 May-Jun;14(3):152-7.
15. «Orofacial manifestations of child abuse and neglect». Jessee SA. Am Fam Physician. 1995 Nov 1;52(6):1829-34.
16. «Recognizing and reporting child abuse». Spencer DE. J Calif Dent Assoc. 1996 May;24(5):43-9.
17. «Oral and Dental Aspects of Child Abuse and Neglect». Joint Statement of the American Academy of Pediatrics and the American Academy of Pediatric Dentistry Ad Hoc Work Group on Child Abuse and Neglect. Pediatrics, Vol. 104 No.2 August 1999.
18. «Detecting child abuse and neglect – are dentists doing enough?». Tsang A, Sweet D. J Can Dent Assoc 1999; 65:387-91.
19. «A profile of the oro-facial injuries in child physical abuse at a children's hospital». Naidoo S. Child Abuse Negl. 2000;24 :521– 534
20. «Clinical guideline on oral and dental aspects of child abuse and neglect». American Academy of Pediatric Dentistry. Pediatr Dent. 2004;26(7 Suppl):63-6.
21. «Oral and dental aspects of child abuse and neglect». Kellogg N. American Academy of Pediatrics Committee on Child Abuse and Neglect. Pediatrics. 2005 Dec; 116(6):1565-8.
22. «Child protection and the Dental Team: an introduction to safeguarding children in dental practice». Harris J, Sidebotham P, Welbury R. Child Protection and the Dental Team Project. 2006. ISBN 978-0-9552257-1-0.
23. «Child abuse and dental neglect: the dental team's role in identification and prevention». Nuzzolese E, Lepore M, Montagna F et.al. Int J Dent Hyg. 2009 May;7(2):96-101.
24. «Guideline on Oral and Dental Aspects of Child Abuse and Neglect». American Academy of Pediatrics Committee on Child Abuse and Neglect and the American Academy of Pediatric Dentistry Council on Clinical Affairs. Revidert i 2010.
25. «Tannhelsetjenesten – en viktig samarbeidspartner og informant for barnevernet når barn utsettes for omsorgssvikt og mishandling». Kloppen K, Rønneberg A, Espelid I, Bårdsen ML. Norges Barnevern 2010;4: 87:224–230.
26. «Role of the odontologist in the investigation of domestic violence, neglect of the vulnerable, and institutional violence and torture». Lincoln HS, Lincoln MJ. Forensic Sci Int. 2010 Sep 10;201(1-3):68-73.
27. «Child abuse and its detection in the Dental Office». Rani Somani, Vinita Kushwaha, Dilip Kumar, Jaskirat Khaira. J Indian Acad Forensic Med. October-December 2011, Vol.33, No. 4.
28. «Dentofacial injuries and domestic abuse». Goodall CA. Evid Based Dent. 2012;13(3):86
29. «Child Abuse and neglect: Implications for the dental professional». Stephen A. Jessee, Amos S. Deinard. Crest Oral B at dentalcare.com Continuing Education Course, Revised November 30, 2012.

30. «Characteristics of child dental neglect: a systematic review». Bhatia SK, Maguire SA, Chadwick BL et.al. J Dent. 2014 Mar;42(3):229-39.
31. «Child dental neglect: a short review». Ramazani N. Int J High Risk Behav Addict. 2014 Sep 21;3(4):e21861.
32. «Tannhelsetjenestens rolle ved barnemishandling». Pedersen V, Strand N, Willumsen T, Rønneberg A. Nor Tannlegeforen Tid. 2015; 125: 320—6
33. «Oral injuries and occult harm in children evaluated for abuse». Dorfman MV, Metz JB, Feldman KW et.al. Archives of Disease in Childhood. 103 (8) (pp 747-752), 2018.
34. «The mouth and maltreatment: Safeguarding issues in child dental health». Harris JC. Archives of Disease in Childhood. 103 (8) (pp 722-729), 2018.
35. «Oral health in children investigated by Social services on suspicion of child abuse and neglect». Kvist T, Annerback EM, Dahllof G. Child Abuse and Neglect. 76 (pp 515-523), 2018.
36. «Identification and Characterization of Oral Injury in Suspected Child Abuse Cases: One Health System's Experience». George CLS, Theesfeld SSN, Wang Q et.al. Pediatric emergency care. 2018.
37. «Craniofacial and oral manifestation of child abuse: A dental surgeon's guide». Nagarajan SK. Journal of forensic dental sciences : JFDS. 10(1):5-7, 2018 Jan-Apr.
38. «Oral and dental aspects in child abuse and neglect». Sherene C, Roshini AM, Aravindha BN et.al. Indian Journal of Public Health Research and Development. 10 (11) (pp 3177-3181), 2019.
39. «Dental caries in children: a sign of maltreatment or abuse? ». Heads D, Ahn J, Petrosyan V et.al. Nurs Child Young People. 2013 Jul; 25(6):22-4.
40. «Generell veileder i pediatri» for 2020: 12.10 Vold, seksuelle overgrep og omsorgssvikt som årsak til skade, helseplager og sykdom.