

# MANGLLENDE HJØRNETENNER HOS MINDREÅRIGE ASYLSØKERE



- HVORFOR MANGLER HJØRNETENNENE OG HVILKEN BETYDNING  
HAR DET FOR OSS SOM TANNLEGER?



PROSJEKTOPPGAVE VED DET ODONTOLOGISKE FAKULTET,  
UNIVERSITETET I OSLO

VÅREN 2015, KULL H10

SKREVET AV: VICTORIA ELISABETH NORLEMANN READ OG CARINA  
BIGUM JOHANSEN

VEILEDER: SIGRID INGEBORG KVAAL

## **Forord**

Denne prosjektoppgaven er en del av Masterprogrammet i Odontologi ved Universitetet i Oslo. Da vi var kommet så langt i studiene at en masteroppgave begynte å bli aktuelt, undersøkte vi mulighetene for å skrive om en rekke ulike temaer. Vi hadde da blant annet et møte med førsteamanuensis og rettsodontolog Sigrid I. Kvaal, som presenterte en meget interessant problemstilling for oss som kunne være gøy å dykke dypere inn i.

Vi startet å arbeide med oppgaven vinteren 2014, og den ble ferdigskrevet våren 2015. Det har vært et lærerikt og veldig interessant prosjekt, men også krevende. Det finnes lite litteratur og nåværende kunnskap innenfor dette området. Vi har blitt kjent med noen av utfordringene ved det å skulle forske, og også det å sammenlikne og samle informasjon fra forskning. Vi har lært oss å lese artikler og studier og fått kjennskap til flere tidsskrifter. Dette er nyttig lærdom for oss, som vi kan ta med oss ut i yrkeslivet.

Vi ønsker å rette en takk til dekan Pål Barkvoll for hjelp med søknadsprosesser, og takk til Runa Das, spesialistkandidat i pedodonti, som har bistått med bilder og hjelp til samtykke når det gjelder vår case-rapport. Takk også til professorer i pedodonti Ivar Espelid og Anne Skaare for bistand med bilder og inspirasjon. Takk til Abshir Abdullahi Jama for intervju. Og sist, men ikke minst, en stor takk til vår veileder Sigrid Ingeborg Kvaal for god støtte og veiledning underveis, også når ting ikke har gått helt etter planen.

## **Innholdsfortegnelse**

Forside .....	s. 0
Forord.....	s. 1
Innholdsfortegnelse.....	s. 2
Introduksjon.....	s. 3
Bakgrunn.....	s. 4
Materiale og metode.....	s. 7
Intervjuer.....	s. 9
Kasus-presentasjoner.....	s. 13
Drøfting.....	s. 16
Konklusjon.....	s. 18
Kildehenvisning.....	s. 19
Vedlegg.....	s. 19

## Introduksjon

I år 2013 kom det omlag 12 000 asylsøkere til Norge. Utlendingsdirektoratet (UDI) har ansvaret for å behandle søknader fra utlendinger som vil besøke eller bo i Norge, og driver med bl.a. asylmottak og utvisningssaker. Ca 9 % av søkerne i 2013 oppgav selv å være mindreårige, og det ble derfor UDIs ansvar og vurdere innvandrernes alder. Asylsøkerne får da tilbud om aldersundersøkelse bestående både av en odontologisk- og en røntgenundersøkelse av håndledd og derav benets vekstsone. Disse to uavhengige undersøkelsene sammenstilles av en barnelege som ikke ser søkeren. Ved kliniske og radiologiske orale undersøkelser av disse enslige antatte mindreårige asylsøkerne, har man oppdaget at en relativt stor andel av søkerne mangler hjørnetenner, og det spekuleres i om dette kan skyldes kulturell fjerning av tannanlegg. Dette er et fenomen kjent fra litteraturen som *infantil oral mutilasjon* (IOM), som praktiseres i sentral- og øst-Afrika.

Etttersom manglende hjørnetenner har en viss innflytelse på tannsettets utvikling, og agenesi av hjørnetenner i utgangspunktet er sjeldent, vil det være interessant å kartlegge hvor mange som faktisk mangler hjørnetenner, og gjøre rede for hvor disse individene da kommer fra. Med dette ønsker vi å være med på å bidra til en økt bevisstgjøring for tannhelsepersonell på dette området, slik at tannhelsepersonell i nordiske land kan håndtere og behandle liknende kasus på en bedre måte. Vi ønsker i vår oppgave og presentere bakgrunnen for manglende hjørnetenner, hva som kan være årsaken og omstendighetene rundt, og også å beskrive hvilke metoder og materialer vi har brukt for å tilegne oss mer kunnskap om emnet. Deretter ønsker vi å fremlegge intervjuer med personer som har lagt merke til og undersøkt individer med tilfeller av IOM, samt presentere kasus som belyser emnet. Så vil vi diskutere sammenhenger, styrker og svakheter ved våre metoder, samt rette et kritisk øye mot våre funn. Oppgaven avsluttes med en konklusjon samt henvisning til våre referanser.

## Bakgrunn

Agenesi av hjørnetenner forekommer svært sjeldent hos friske barn (1) slik at manglende hjørnetenner er et sjeldent funn hos praktiserende tannleger. Agenesi vil si at et organ ikke finnes, fordi det ikke ble dannet under fosterstadiet (2). Prevalensen for agenesi av hjørnetenner er 0,3 % i overkjeven og 0,1 % for underkjevens hjørnetenner (1). Medfødt mangel av hjørnetenner er rapportert til å være ekstremt sjeldent hos Afrikanske barn (3), allikevel forefinnes manglende og retinerte hjørnetenner relativt ofte hos flere individer i deler av befolkningen fra enkelte afrikanske land. Det er kjent at i afrikansk folkemedisin er det en kulturell tradisjon å fjerne både det primære og ofte også forsøk på fjerning av permanente tannanlegg til flere av hjørnetennene. Hos mange ses også deformerte og retinerte hjørnetenner relativt hyppig. En retinert hjørnetann har noe høyere forekomst i normalbefolkningen, og er derav mer vanlig enn agenesi av hjørnetenner. En retinert tann vil si når erupsjonen er forsinket utover normal frembruddstid med mer enn 6 måneder etter erupsjon av kontralaterale tann (4). Prevalensen for en retinert hjørnetann i overkjeven er 1 – 2 % hvorav 8 % er bilaterale. Prevalensen for retinert hjørnetann i underkjeven er 0,35 % (1).

IOM er en utbredt praktisert tradisjon i enkelte Afrikanske land (2) der healere og ledere i stammer eksterperer den primære hjørnetannsfollikkelen på spedbarn, ved å ta i bruk, ofte usteriliserte, instrumenter. Tradisjonen sier at denne tannfollikkelen i seg selv er årsaken til allmennsykdommer hos barn som feber, oppkast og løs mage. Når barnet er rundt 4 – 5 måneder gammelt vil tannkjøttet over alveolarprosessen være svullet/høvent, og da er tannanlegget til den primære hjørnetann mest synlig. Det er dette funnet som blir betegnet som årsaken til barnets ubehag, diaré, feber og oppkast (5). Uten lokalanestesi eksterperes altså den primære hjørnetannsfollikkelen, men prosedyren anses kun som vellykket dersom ”ormen” følger med (6). Ormen er dental lamina og er et epitel vev som tilhører det permanente tannanlegget. Dette er viktig bevismateriale for vedkommende som utfører handling for å vise foreldrene at ”ormen” er årsaken til barnets plager og den er nå synlig fjernet. Utstyr som brukes for å fjerne slike tannanlegg kan være en skarp fingernegl, et teskje-skaft som har blitt slipt skarper, en rusten spiker, en sykkeleike (3) eller en varm nål (6). Dersom et oppvarmet instrument brukes, for eksempel en nål, er det tradisjonelle inngrepet kjent som *haifat*, som er rapportert fra Sudan (3,7). Det er hovedsakelig rapportert at det er underkjevens hjørnetenner bilateralt som rammes hyppigst av IOM, men det er også rapportert hendelser om IOM av overkjevens hjørnetenner og underkjevens incisiver (6).

Det viser seg at malaria og gastro-enteritt er de mest vanlige årsakene til diaré og feber i Afrika (3). Disse sykdommene opptrer gjerne rundt 4 – 5 måneders alder da barnet starter med fast føde og man forventer at barnet kan få sitt første møte med malaria (3). Man tror at barnets egentlige diagnoser derfor ofte er malaria og gastro-enteritt med påfølgende diaré som fører til dehydrering som igjen vil gjøre det primære tannanlegget på alveolarkammen enda mer synlig i munnen i det slimhinnene trekker seg litt tilbake (5). Men på grunn av sykdommenes symptomer vil den lokale healer anbefale IOM som alternativ behandling. Foreldre oppsøker gjerne først det lokale sykehuset, men når ikke barnet viser umiddelbare tegn til bedring oppsøker foreldrene tradisjonelle healere som kan tilby andre behandlingsformer (5,6). Dette gjelder foreldre fra alle samfunnslag, både med lav og høy utdanning (5,8).

Til tross for at IOM utføres i beste hensikt av hovedsakelig lokale healere eller en eldre slektning, som for eksemplet barnets bestemor, så vil prosedyren kunne få alvorlige konsekvenser (5). Leger som arbeider i Afrika rapporterer at de fleste healere som utfører IOM ofte utfører prosedyren på mange barn i løpet av en kort tidsperiode og bruker da det samme instrumentet på alle individene (6). I tillegg er om lag 1/3 av alle gravide kvinner i Kenya dokumentert HIV positive, og ved bruk av usteriliserte og ikke desinfiserte instrumenter kan dette forårsake en horisontal spredningsmekanisme av viruset (5,6,8). Barnet vil også kunne utvikle livstruende komplikasjoner med infeksjoner som osteomyelitt, meningitt, tetanus og pneumoni (5,7,8). Man tror at de multiple infeksjonene kan skyldes dårlig sanitetsforhold og underernæring som gjør barnet mer mottagelig for slike komplikasjoner (5). De mest vanlige komplikasjonene er sepsis og alvorlig anemi (5,8). En eventuell dødsårsak vil være vanskelig å konstatere, da dødsårsaken gjerne vil være et komplekst bilde av både ernæringsstatus, sanitetsforhold, barnets underliggende helse og de postoperative komplikasjonene som oppstår etter inngrepet (5). Det anslås i en studie at en av fem spedbarn som legges inn på sykehus på grunn av IOM vil dø (8).

I tillegg til de alvorlige og potensielt dødelige postoperative komplikasjonene ved dette inngrepet, ser man at det også affiserer det dento-alveolære bildet. Ved fjernelse av de primære tannanleggene vil man kunne skade de nærliggende permanente tannanleggene og dette vil kunne forstyrre den videre utviklingen til det påvirkede tannanlegget (7). Den permanente tannen vil kunne utvikle hypoplasi, bli et odontom i stedet for en funksjonell tann, samt ha erupsjonsproblemer og derav kunne bli retinert (7). Det permanente tannanlegget mineraliseres omkring 5 måneders alder, slik at dette er svært utsatt for skader i perioden da IOM oftest er observert. Dersom det permanente tannanlegget ekstraheres i prosedyren vil det være fare for at de permanente nabetannanleggene også fjernes, slik at man da får manglende lateraler i tillegg til manglende hjørnetenner (8). Hvis inngrepet er unilateralt og man lykkes med ekstraksjon av både det primære og permanente tannanlegget vil man kunne få midtlinjeforskyvning (8). Ved kun fjernelse av de primære tannanleggene til hjørnetennene kan de permanente tannanleggene til lateralene få distal erupsjonsretning slik at de primære lateralene ikke felles, og de permanente hjørnetennene ikke får rom til å bryte frem.

IOM som affiserer hjørnetenner og incisiver er rapportert fra følgende land; Tanzania, nord i Uganda, Sudan, Etiopia, Etiopiske Jøder, Maasai i Kenya og sør-Sudan (5,6). Det finnes mange ord for infantil oral mutilasjon, spesifikt for fjerning av hjørnetenner. Ordet *ebino* stammer fra språkgruppen Bantu nord i Uganda, og betyr "falske tenner" (5). I de ulike regionene av land som praktiserer IOM har fjerning av tenner fått mange navn og uttrykk; "*Two lak*", "*Gidog*", "*Ebinyo*", "*Ebiino*", "*Bino*", "*Lake jo marak*", "*Ikela*" / "*Icela*" (5), "*Nylon*" og "*Lugbara*" (3). *Gidog* refererer som regel derimot til ekstraksjon av unormale tenner for å kurere feber, oppkast og diaré. IOM kan også praktiseres på andre måter enn ved fjerning av hjørnetenner, f.eks fjerning av uvula, fjerning av deler av tonsillen, fjerning av andre tenner i tannsettet. En studie fra nord Uganda viser at omlag 17.2 % av barn mellom 0 – 4 år har gjennomgått IOM, og 9.4 % av spedbarn mellom 0 – 12 måneder (5).

Opprinnelsen til IOM er uklar, men Elinor A. Graham beskriver en mulig teori. Graham skriver i artikkelen at IOM er en forholdsvis ny prosedyre i Afrika i følge

lokale helsearbeidere. Graham sier at dette også gjenspeiles i andre artikler. Tannleger som praktiserer i tannklinikker med voksne pasienter i Øst Afrika ser sjeldent agenesi av hjørnetennene hos sine pasienter. Dette kan indikere at IOM kun har vært tilstede blant flyktninger de siste 30 til 40 år. IOM ble for første gang rapportert på 1930-tallet fra stammen Nuer. Deretter kom tradisjonen til Kenya rundt 1960-tallet fra nabolandene Tanzania og Uganda (5,6). Sør-Sudan har trolig blitt introdusert til IOM via flyktninger fra nabolandene. Ideen med å insidere tannkjøttet over en erupterende tann ble derimot promotert i Europa av Joseph Hurlock allerede i 1742. Baktanken for inngrepet var å redusere ubehag og smerte som oppstår ved tannerupsjon. Prosedyren ble fortsatt utført i Europa og USA inntil det 19. århundre og metoden kan ha blitt adoptert av tradisjonelle healere i Øst Afrika via tannleger i koloniene. (6)

Litteraturen beskriver få tiltak som er gjort for å motarbeide IOM. I 1980 i Tanzania ble prosedyren IOM forbudt som et forsøk på å redusere skadevirkningen. I 1992 viste derimot en ny undersøkelse at prosedyren fortsatt var tilstede i mange provinser ute på landet og at forbudet da ikke hadde hatt full effekt (6). En studie fra nord i Uganda beskriver myndighetenes tiltak for å begrense praksisen av IOM ved å starte opp helseprogrammer på kvinneklinikker på lokale sykehus og i bygdesamfunn med video og kurs rettet mot forebygging av IOM (8). Studien beskriver derimot dessverre ikke resultatene av disse overnevnte tiltakene. En annen studie fra Uganda beskriver at ettervirkningene av et helseprogram rettet mot å forebygge IOM resulterte i at mødre ikke forlot praksisen og tradisjonen, men tok barnet til sykehus direkte etter at inngrepet var utført (5). Hensikten til mødrene var da å forebygge eventuelle postoperative komplikasjoner som kunne oppstå. I Kenya har man forsøkt å lære opp lokale healere å gjenkjenne tegn på dehydrering og sepsis hos barn for å kunne administrere en oral rehydreringsløsning (6). Flere studier promoterer verdien i å endre mennesker og religiøse personers holdninger til IOM, og å lære opp lokale healere i bygdesamfunn for til slutt kunne endre holdningene i en hel gruppe mennesker (5, 8).

## Materiale og metode

Temaet vi valgte å skrive om representerer et område der det finnes liten forskningsbasert kunnskap fra før, så vi tenkte at en kvantitativ forskningsmetode ville være en metode godt egnet for å finne ut mer om forekomst av fenomenet IOM. Prosjektet var derfor i utgangspunktet planlagt som en retrospektiv registreringsundersøkelse, og skulle inngå i vår mastergrad om et større antall manglende, retinerte eller deformerte hjørnetenner i enkelte kulturer. Materiale skulle hentes fra rettsodontologiske rapporter etter å ha undersøkt antatte enslige mindreårige asylsøkere for å gi en odontologisk aldersvurdering i forbindelse med oppholdstillatelse i Norge. Undersøkelsene rettsodontologene har utført er på forespørsel etter UDI. Det var planlagt å gå gjennom rapporter fra tidsrommet 2009 til 2013 og registrere følgende: land, bittforhold og hvorvidt hjørnetennene er retinerte, manglende eller deformerte. I tillegg skulle det registreres eventuelle agenesier av andre tenner, i de tilfellene der det ble registrert agenesi av hjørnetenner. Det ble besluttet at agenesi av visdomstenner ikke skulle være med i registreringene, da dette er meget vanlig.

Hjørnetennene navngis etter FDI klassifikasjonssystem innenfor odontologien; 13 er høyre hjørnetann i overkjeven, 23 er venstre hjørnetann i overkjeven, 33 er venstre hjørnetann i underkjeven og 43 er høyre hjørnetann i underkjeven. I tillegg til rapportene til UDI ville vi også hatt tilgang til røntgenbildene om rapporten ikke var tilfredsstillende med tanke på det spesifikke temaet vi skulle undersøke. Registreringene skulle være anonyme, og noteres på excel-ark digitalt, for lettere omregning senere.

Det ble søkt om godkjenning hos Regionale komiteer for medisinsk og helsefaglig forskningsetikk (REK) der man til vår overraskelse ikke fikk godkjenning til å utføre studien (se vedlegg 1). Etersom denne studien ikke gjelder utprøving av ny behandling ble vi fra fakultetets side anvist å søke Norsk samfunnsvitenskapelig datatjeneste AS (NSD) som er ansvarlig for personvernombud for forskning. Deres svar (se vedlegg 2) henviser tilbake til REK, hvor vi da forsøkte på nytt med en ny og utvidet søknad, og bare med søknad om fritak fra taushetsplikten (se vedlegg 3). Dette var en omfattende og tidkrevende prosess, og tiden som vi hadde til rådighet begynte å bli kort. Vi ble nødt til å tenke helt nytt, og bestemte oss for å forsøke å skrive en oppgave etter prinsippet om metodetriangulering, der vi kunne kombinere kvantitativ og kvalitativ metode, for å belyse vår problemstilling med ulike innfallsvinkler. Vi besluttet at prosjektet måtte ta utgangspunkt i litteraturen, hvor vi har gått systematisk gjennom en rekke artikler, både norske og utenlandske, som på ulike måter har kunnet bidra med informasjon til vår problemstilling. Vi har hatt en kritisk gjennomgang av kunnskapen fra de skriftlige kildene, og deretter forsøkt å sammenfatte dette i en diskusjonsdel.

Vi har gjort flere litteratursøk i databasene PubMed og Cochrane library og valgt ut artikler som har omhandlet IOM med dentale affeksjoner. Jo mer kjennskap vi fikk til temaet, jo flere ulike betegnelser på fenomenet dukket opp, slik at vi stadig kunne søke med bruk av nye ord, og samtidig finne relevant stoff.

I hovedsak er det primære kilder som er anvendt, men også en del sekundære for ettersom det finnes lite kunnskap om dette i lærebøker, bygger flere av artiklene på hverandre.



I tillegg bestemte vi oss også for å få til et intervju med noen praktiserende tannleger og deres møte med og inntrykk av IOM. Vi valgte da vår veileder, Sigird I. Kvaal som er rettsodontolog ved Det odontologiske fakultet, og jobber som prosjektansvarlig for odontologisk aldersvurdering av enslige mindreårige asylsøkere på oppdrag fra UDI. I tillegg intervjuet vi tannlege Abshir Abdullai Jama som driver praksis i Oslo i dag, og er selv fra Somalia. Det var da ønskelig å kartlegge hvilket inntrykk de som tannleger sitter igjen med, etter registreringer som er gjort.

Vi har også valgt å ta med noen bilder til illustrasjon, og presentere kasus til åpning for diskusjon.

## Intervjuer

### Intervju med tannlege og førsteamanuensis Sigrid I. Kvaal

- *Kvaal, kan du fortelle litt om bakgrunnen din?*

- Jeg er født i Oslo og oppvokst i Bærum. Min far var tannlege, og jeg visste derfor tidlig hva jeg skulle bli. Jeg avla min Bachelor of Dental Surgery ved University of London, og jobbet deretter i England i 3 år, før jeg flyttet tilbake til Norge. Etter ett års tid i Den offentlige tannhelsetjenesten, overtok jeg min fars praksis. Etter noen år begynte jeg å jobbe på Det odontologiske fakultet, og jobbet delvis privat og delvis ved fakultetet inntil siste år.

- *Kan du beskrive arbeidet ditt her ved Det odontologiske fakultet?*

Nå arbeider jeg som fagansvarlig på Mottaksstasjonen, i det siste har det vært mye diskusjon rundt dette å få inn nye pasienter og hvordan det kan gjøres på en mest mulig effektiv måte. Jeg underviser også på kirurgisk avdeling, da særlig i oral medisin ettersom jeg har gjort en del forskning på oral lichen planus. Ved siden av dette er jeg også rettsodontolog. Dette er ingen egen spesialitet, men jeg har drevet med mye forskning og arbeid innenfor fagfeltet, og har en høy kompetanse innenfor dette. Rettsodontologi omfatter da både identifiseringer, sakkyndige vurderinger og aldersvurderinger. Jeg er selv med i ID-gruppen i KRIPOS, og har holdt flere kurs i identifiseringer.

De siste 10 årene har vi drevet med aldersvurderinger av enslige, mindreårige asylsøkere ved Det odontologiske fakultetet. Mengden søkere har økt fra et par innvandrere i uken, til nå nærmere 30 i uken.

Fakultetet er ansvarlig for prosjektet og jeg er prosjektleder. Jeg har også en doktorgrad i aldersvurderinger hvor det som populært kalles "Kvaals metode" er publisert.

- *Når var første gangen du hørte om IOM?*

Det var for ca 2-3 år siden. Det sto skrevet om IOM i flere av rapportene jeg leste gjennom fra aldersvurderingene, og jeg fikk da forklaring på hva begrepet IOM sto for, men tenkte ikke så mye mer over det der og da. Så kom dette begrepet opp om igjen og om igjen, og da begynte jeg å undersøke det litt nærmere. Det var spesielt dette med at hjørnetenner manglet som var særlig iøynefallende, og min kliniske erfaring etter 36 år tilsier at hjørnetenner mangler man ikke. Og når man da ser gang etter gang at hjørnetenner mangler, bør det begynne å ringe en bjelle. Det var da jeg ble fortalt at dette kunne være forårsaket av IOM, rett og slett en kulturell tradisjon.

- *Hva gjorde deg oppmerksom på og interessant i det?*

Jeg begynte å lete i litteraturen, og kom over artikkelen til bl.a. Ivar Espelid som var publisert i Tidende. Jeg ble også oppmerksom på at det fantes lite litteratur om dette. I tillegg så jeg at det kom i bølger, som så mye annet, plutselig flere individer med manglende hjørnetenner, så færre. Jeg har også nå i etterkant forhørt med meg en del tannleger med opprinnelse fra disse områdene, og som hevder at de ikke kjenner til dette fenomenet.

- *Ut fra din erfaring ser du en høyere forekomst av dette i denne gruppen individer i forhold til den norske befolkningen?*

Ja, absolutt, hvor høy den er vet jeg ikke, men det var sånn at det en periode kom

omtrent en ny hver 14. dag, og da legger man fort merke til det, fordi det er veldig sjeldent i norsk befolkning.

*- Med hvilke grunnlag kan du da anta at IOM er årsaken?*

I forbindelse med denne oppgaven har vi jo sett at det kun er 0,4 % av befolkningen generelt som mangler hjørnetenner. Det vil jo da tilsi at vi måtte opp i mange tusen individer for å finne et individ med manglende hjørnetenner. Når jeg da ser en hver 14 dag, begynner man jo å tenke at det må være andre årsaker som spiller inn. I forbindelse med artikkelen til Espelid, så jeg at det var registrert økt forekomst av IOM hos individer fra Afrikanske land, men når jeg leste rapportene og opprinnelsesstedet til disse asylsøkerne la jeg også merke til at det var en del av de med manglende hjørnetenner som kom fra Afghanistan. Jeg har selv ikke funnet noe sted der det står beskrevet at denne type praksis også er praktisert i Afghanistan. Og det er langt fra Afrikas horn til Afghanistan, så man kan jo tenke seg at det er langt flere kulturer som har denne praksisen enn hva som er beskrevet i litteraturen.

*- I samtale med individene, vet de noe selv om årsaken?*

Jeg ser ikke søkerne selv, jeg leser kun rapportene. Så jeg vet ikke hva de mener om det. UDI tar opp helseskjema i forbindelse med aldersvurdering, som er oversatt til søkerens eget språk. Der er det bl.a. spørsmål om søkeren har vært utsatt for noen form for operative inngrep eller liknende i løpet av livet. Veldig, veldig få svarer at de har vært utsatt for noe slikt. Så dette har nok skjedd før de har noen klare formening om hva som skjedde, altså tidlig i livet ved spedbarnsalder.

Det er også påfallende at mye av litteraturen kun omtaler melketenner, mens disse individene som kommer til oss er 16-18år, en del er også eldre enn 18 år, så her er det observasjoner i det permanente tannsettet vi registrerer agenesier, deformasjoner og retinerte tenner.

*- Hvilke nasjonaliteter er det du ser forekomsten av dette oftest?*

Det er særlig fra landene Sudan, Eritrea, Etiopia og også Afghanistan. Men det skal også sies at dette er de landene hvor de største gruppene av innvandrere kommer fra. Fra landene i Midtøsten har vi hatt få innvandrere de siste 5 årene. Om vi får flere fra for eksempel Egypt, Gaza og Syria senere, det vet jeg ikke.

*- Kan du kommentere IOM i en rettsodontologisk sammenheng?*

Det er et sjeldent funn som vel nesten ikke forekommer i norsk befolkning. Det er karakteristisk for noen individer med opprinnelse i afrikanske land. Som alltid må det ses i sammenheng med ulykken hvor karakteristisk det eventuelt blir, og om det kan brukes ved enkeltfunn. Er det en blokk som brenner med mange omkomne med afrikansk bakgrunn kan det være flere som er utsatt for samme inngrep, og derav vanskelig å skille på dette grunnlaget.

*- Du var jo også den som foreslo å skrive en masteroppgave innen emnet. Hvorfor mener du dette er viktig?*

Når vi gjør tilfeldige funn som dette er det viktig å undersøke dette videre. Hvorfor ser man det gang på gang? Det er viktig at man ikke bare lar dette ligge som en observasjon. Flere av de personene jeg har snakket med i Den offentlige tannhelsetjenesten, har observert dette i sin praksis, men det er lite materiale publisert omkring det. Mer kunnskap til tannhelsepersonell er nyttig.

Jeg synes det vil være interessant å studere kasuspresentasjoner, men det hadde også

vært fint å ha fått tillatelse til å gjøre en større undersøkelse på dette, som jo i utgangspunktet var planen. Vi har jo muligheten for å studere et stort materiale. Slike funn og registreringer har ikke noen innflytelse på aldersvurderingene, og da heller ikke på asylsøknaden.

*- På hvilken måte kan det hjelpe tannhelsepersonell med økt kunnskap om IOM, eller ved å gjøre dette fenomenet enda bedre kjent?*

Jeg har ikke sett registreringer av noen store bittanomalier i forbindelse med dette. Det er observert noen retinerte tenner, men med så mange undersøkelser var det forventet. Jeg synes allikevel at tannhelsepersonell bør kjenne til dette, og da særlig dette med pitting/deformasjon på hjørnetennene. Det kan være fint å vite årsaken til det, i tillegg til at økt kunnskap om kulturelle forskjeller aldri er negativt i møte med andre mennesker.

### **Intervju med praktiserende tannlege Abshir A. Jama**

Via en bekjent fikk vi kjennskap til Abshir Abdullai Jama som selv er fra Somalia og jobber som allmennpraktiserende tannlege i Oslo. Vi har over telefon intervjuet han om hans kjennskap og kliniske erfaring til og med IOM. Da vi først spurte om han kjente til begrepet IOM svarte han nei, men etter en rask forklaring forteller tannlege Jama at han kjenner til fenomenet ved et annet navn: *haifat*.

*- I hvilket land og ved hvilket universitet ble du utdannet tannlege og hvor har du drevet praksis?*

Jeg er utdannet ved Universitetet i Oslo, Norge og det er kun her i Oslo jeg har drevet praksis.

*- Hvor hørte du først om IOM?*

Jeg hørte først om det under odontologistudiet og leste selv mye om det på egenhånd. Jeg har blant annet lest en doktorgrad om temaet ifra universitetet fra Bergen som omhandlet rapporter om IOM fra Sudan. Jeg mener å huske at selve oppgaven het "Haifat".

*- Har du hørt om IOM fra annet hold enn innenfor odontologien?*

Nei, jeg så eller hørte ikke noe om det i odontologistudiet.

*- Vet du hvordan IOM utføres?*

Jeg vet kun om det som skildres i litteraturen om hvordan og når det gjøres. Gjerne i spedbarns alder på grunn av febersykdom og diaré og at man fjerner tannanlegget med et skarpt instrument.

*- Ser du noe til pasienter hvor du mistenker at IOM har blitt utført i ung alder?*

Ja, jeg ser det ofte her i min egen praksis her i Oslo, blant voksne pasienter. Pasienten vet ikke selv hvorfor eller hvordan skadene på tennene er kommet til. Da forsøker jeg gjerne å forklare til pasienten hva de trolig har blitt utsatt for.

*- Opplever du at pasientene, hvor IOM trolig er forkommet, vegrer seg for å snakke om det?*

Nei, ofte når jeg starter å snakke om IOM sier pasienten at det er muligens riktig det jeg sier, men at de ikke kan huske selv om det faktisk var slik i og med at de var så små.

- *Vet du noe om hvilke land IOM praktiseres i?*

Ja, ut i fra litteraturen og fra hva jeg ser i min egen praksis er IOM veldig utbredt. Jeg har sett flere tilfeller fra hjemlandet mitt. Men jeg har også hørt at det forekommer i Egypt, så jeg tror at det kan være enda mer utbredt enn hva som er dokumentert i litteraturen.

## Kasuspresentasjon

18 år gammel jente fra Somalia. Vedlagt foreligger OPG samt kliniske bilder.



OPG tilhører tannlege og spesialistkandidat i pedodonti Runa Das ved Universitetet i Oslo. Bildene og OPG er tatt av hennes pasient. OPG viser manglende tann 33 og deformert tann 42.



Kliniske bilder tilhører tannlege og spesialistkandidat i pedodonti Runa Das. Bildene viser en oversikt over pasienten sitt tannsett og den atypiske morfologien.



Et kasus fra "Avdeling for pedodonti" ved UiO, fra spesialistkandidat i pedodonti Runa Das, illustrerer godt det kliniske bildet på IOM. Pasienten er født i Somalia og kom til Norge i 2014. Bildet nummer 5 fra fjerde kvadrant viser en kraftig deformert tann 42 og 43. Disse tennene viser endret morfologi i farge og form samt hypoplasi. Det skildres ofte i litteraturen at nabotenner til affiserte hjørnetenner også affiseres under inngrep, og kan da fremvise slike funn (6,7,8). Bildene viser også at pasienten har alvorlig grad av dental fluorose. Hvorvidt dental fluorose også kan ha bidratt til deformasjonen av tann 42 og 43 er ikke kartlagt. Bildet nummer 6 fra tredje kvadrant samt OPG viser også manglende tann 33. Foresatte bekrefter at IOM har blitt utført på pasienten ved rundt 6 måneders alder, da fordi jenta som baby hadde diaré. Øvrige manglende tenner er ekstrahert på grunn av karies. Pasienten og foresatte har samtykket til at bildene publiseres i vår masteroppgave.

## Kasus fra Den norske tannlegeforeningens Tidende

I 2009 publiserte professor Ivar Espelid og universitetslektor Reidun Agnalt en artikkel i Den norske tannlegeforeningens Tidende som omhandlende nettopp dette med fjerning av tannanlegg i afrikansk folkemedisin (7). De presenterte i sin artikkel et kasus der en 10 år gammel somalisk jente kom til behandling på "Klinikk for allmenn odontologisk avdeling barn" ved Universitetet i Oslo. Jenta var da henvist for utviklingsforstyrrelser i tannsettet, men var ellers frisk og normalt utviklet i forhold til alder. Jenta var født i Somalia, men kom til Norge omkring fire års alder. Mor kunne ved anamneseopptak fortelle at hun var kjent med lokale skikker der syke barn med feber og diaré fikk behandling med fjerning av tannanlegg hos kloke eldre menn eller kvinner. Men ettersom barnet var tatt hånd om av far i tidlig alder, kunne ikke mor gjøre rede for om hvorvidt hennes datter var blitt utsatt for et slikt inngrep eller ikke. Kliniske og røntgenologiske undersøkelser viste allikevel avvikende tannmorfologi og hypoplasier på tann 33, 32 og delvis frembrudt tann 42. OPG viste at 43 lå retinert i kjeven (bilde 2). Tennene 33 og 43 ble ved senere tidspunkt fjernet, da begge ga negativ reaksjon ved elektrisk sensibilitetstest. De kliniske og røntgenologiske bildene er gjengitt med tillatelse av professor i pedodonti Ivar Espelid.



Bilde 1. Klinisk bilde av underkjevens front på ti år gammel jente fra Somalia.



Bilde 2. OPG viser at tennene 33, 32, 42 og 43 har senskader etter at det sannsynligvis ble gjort inngrep for å fjerne begge primære hjørnetannanlegg i underkjeven.



## Drøfting

I løpet av tiden vi har jobbet med vår masteroppgave har vi møtt på en rekke utfordringer. Blant annet utfordringer når det gjelder innhenting av materiale. Som vi har fått erfare i prosessen med våre søknader til REK og Norsk samfunnsvitenskapelig datatjeneste (NDS) er det, når man ønsker å jobbe med personopplysninger, mange rigide regler for personvern. Det dukker i en slik sammenheng opp en rekke etiske prinsipper som skal overholdes, noe som gjerne begrenser mulighetene for innhenting av den informasjonen man ønsker. På den ene siden kan man se svært positivt på at vi lever i et samfunn der personvern veier tungt. Dermed vil man kunne forhindre at personidentifiserbare opplysninger hentes ut og anvendes i sammenhenger hvor de i utgangspunktet ikke burde brukes. Men på en annen side kan man spørre seg om dette er helt riktig. Skal personvern veie tyngre ved slike anonymiserte undersøkelser enn fordelene ved å erverve ny kunnskap? Når det skal avgjøres hvorvidt personidentifiserbare opplysninger er relevante for et prosjekt eller ikke, blir avgjørelsen avhengig av en komité og deres kompetanse eller manglende kompetanse innenfor fagområdet, og denne komiteen skal så avgjøre relevansen. Dette vil være med på å farge en eventuell avgjørelse av viktigheten i å få frem informasjon.

Det finnes som sagt flere artikler som omhandler fenomenet IOM, men som man ser av kasesene presentert over kommer det ikke klart frem hvorvidt det er et slikt type inngrep som gir følgende konsekvenser eller ikke. Det er viktig at dersom tannlegen skulle oppdage en deformert hjørnetann hos en pasient, må vedkommende ikke hoppe direkte til konklusjonen IOM. Det er viktig å se tannsettet i sin helhet. Man kan ved et slikt overblikk avdekke andre årsaker til at hjørnetennene er atypiske eller ikke erupterte. Mulig årsaker kan være utviklingsforstyrrelser som amelogenesis imperfecta som da vil affisere hele tannsettet som gir en atypisk morfologi. Retinerte hjørnetenner i overkjeven skyldes ofte ektopisk erupsjonsretning eller trangstilling (1). Som i tilfellet med den somaliske 10 år gamle jenta (kasus 1), der mor kunne fortelle at et slikt inngrep var blitt foretatt, er det liten tvil om at IOM er årsaken. Men når det gjelder affisering av andre tenner i tannsettet for øvrig som har atypisk morfologi, kan man ikke utelukke at dental fluorose kan ha spilt inn som en medvirkende faktor.

I kasus 2 kan ikke foresatte gjøre rede for om barnet har blitt utsatt for en slik prosedyre eller ikke, til tross for at sannsynligheten er stor. Man kan jo da spørre seg om hvorvidt IOM faktisk er årsaken? I oppgaven vår har vi diskutert både forekomst av retinerte, deformerte og manglende hjørnetenner. Retinerte og deformerte hjørnetenner ses oftere enn agenesi av hjørnetenner, og det er da trolig at andre årsaker er mer sannsynlig.

Økt innvandring til Norge gjør at man stadig oftere vil støte på manglende hjørnetennene. Vi ønsker gjennom vår masteroppgave å legge enda mer vekt på dette temaet, og på den måten opplyse praktiserende tannleger istørre grad. Kunnskap og informasjon om temaet er en viktig forutsetning for korrekt diagnose og informasjon om eventuell skadevirkning. Samt vil det kunne være med på å gi en bedret kulturell tilnærming. Ut fra vårt intervju og den kunnskap vi har ervervet oss gjennom informasjonsinnhenting, virker det som at tannleger også i vanlig praksis møter på flere av disse tilfellene av IOM, uten kanskje å sitte med nok tilstrekkelige opplysninger, erfaring eller kunnskap om det.

Hvordan skal man så kunne nå ut til kulturene som praktiserer IOM? Vi startet arbeidet med denne oppgaven med et syn på at dette var en kulturell tradisjon som ble utført, og at å snakke om teamet ”tannfolikkel-fjerning” åpenlyst var et tabubelagt tema. Men etter samtale med pasienter utsatt for inngrepet, og etter samtale med faglig personell innen for odontologi som har hatt mye kontakt med mennesker fra disse kulturene via sin egen arbeidsplass, virker det slett ikke så tabubelagt som vi i utgangspunktet kunne tro. De som husker og vet om den kulturelle tradisjonen forteller gjerne om det, men problemet ligger ofte i at de ikke husker hvorvidt de selv har vært gjennom dette, da de var såpass unge da inngrepene eventuelt ble utført. Det kan være en fordel for tannlegen å kjenne til ulike lokale uttrykk for IOM ettersom IOM vil være et ukjent begrep for mange pasienter. Ved hjelp av et så enkelt grep kan kommunikasjonen mellom behandler og pasient bli lettere. Det er viktig å være klar over at IOM skjer i alle samfunnslag (8) hvor IOM er en praktisert tradisjon, slik at man ikke stigmatiserer kun en gruppe av innvandrere ut i fra for eksempel grad av utdanning.

Vi som tannleger bør sitte med informasjonen om hvilke potensielle risikofaktorer et slikt inngrep har, for kanskje å kunne avverge at det skjer flere slike inngrep videre i pasientens slektgenerasjon.

Økt informasjon om generelle sykdommer og helse, vil kunne redusere banale sykdommer i utgangspunktet, og dermed også forekomst av IOM som et forsøk på å ”helbrede” disse sykdommene. Det er kjent at folk som er vant med den kulturelle tradisjonen ofte tar den med seg til landene de flytter til, og at det på denne måten spres rundt omkring til andre steder i verden enn akkurat de stedene hvor man allerede har rapporter om IOM (3,5,6,7,8).

I 2014 publiserte svenske tannleger og professorer en artikkel ved navn ”Infant dental enucleation in an East African population in Sweden: a cross-sectional study on dental records”, der det kommer frem at pasienter i svensk tannhelsetjeneste også kan ha vært utsatt for IOM (9). Artikkelen fremlegger en studie som kan fortelle at 1 av 5 barn med kjent opprinnelse fra Øst-Afrika manglet en eller flere melkehjørnetenner (9).

Planen vår var å gå gjennom en rekke av rapporter etter undersøkelse av asylsøkere, for så å forhåpentligvis kunne kartlegge i enda større grad hvor utbredt IOM er som kulturell tradisjon. DentaId er en organisasjon som jobber for at mennesker i vanskeligstilte samfunn skal få tilstrekkelig oral helsehjelp (10). Organisasjonen har en egen gruppe kalt ”DentaId IOM Action Group” som jobber hardt for at alle som er interessert i å lære mer om IOM, skal få tilstrekkelig og riktig informasjon. På deres nettsider, som i mye annen litteratur, finnes lenker til oversikter som beskriver årsak, forekomst og geografisk fordeling (10). En rekke land er nevnt hvor det er rapportert forekomst av IOM. Ettersom det dessverre ikke lot seg gjøre for oss å kunne utføre en fullstendig gjennomgang av aldersrapportene av asylsøkerne, grunnet manglende godkjenning fra REK, har vi derfor basert vår kunnskap om geografisk utbredelse på hva litteraturen beskriver, men vi har også gjort oss noen antakelser via det som blir sagt av personer som har møtt på IOM i sin praksis. Det er interessant, og verdt å legge merke til, at IOM også er rapportert i land som Afghanistan, da dette ikke er gjenspeilet i litteraturen vi har klart å finne. Kan man da anta at den kulturelle tradisjonens utbredelse er større enn hva man tror?

## Konklusjon

Så hvorfor mangler egentlig hjørnetennene og hvilken betydning har det for oss som tannleger?

Ettersom agenese av hjørnetenner er sjelden, blir det meget iøynefallende når det da registreres et stort antall manglende hjørnetenner hos befolkning fra Sentral- og Øst-Afrika. Høyst sannsynlig skyldes derfor disse manglende hjørnetennene andre årsaker enn naturlig forekomst av manglende hjørnetenner, og det kan konkluderes med at IOM sannsynligvis er forklaringen. Det kan også se ut til at tradisjonen IOM praktiseres i enda flere land enn de som tidligere er kjent. Blant annet rapporterer tannleger om tilfeller der IOM trolig er sannsynlig årsak til manglende hjørnetenner også fra land som Afghanistan. Det er langt fra Afrikas horn til Afghanistan, og det er derfor mulig å anta at det er langt flere kulturer som har denne praksisen enn hva som er beskrevet i litteraturen.

I møte med pasienter fra ulike kulturer er det en stor fordel for behandlende helsepersonell og ha kjennskap til de ulike kulturene. Både for bedre forståelse, evne til empati og bedret kommunikasjon.

Hos noen kan et inngrep som IOM ha blitt opplevd som traumatisk, og kanskje være årsak til vegring for tannbehandling. Det som tilsynelatende kan virke som et tabubelagt tema for helsepersonell i Norden, er ikke nødvendigvis noen skam å snakke om for folk i andre land og kulturer.

IOM gir i mange tilfeller alvorlige komplikasjoner og uheldige ringvirkninger. Både dentale affeksjoner, men også systemiske komplikasjoner. Derfor bør det rettes enda mer fokus på å få ut riktig og kunnskapsrik informasjon til de det gjelder, for å unngå at slike unødige inngrep blir utført. Det bør være et minimum å få gitt riktig informasjon til den befolkningsgruppen som kommer som innvandrere til vestlige land, for da å forebygge videreføring av tradisjonen etter innvandring, og gjennom generasjoner. Det er derfor viktig for norsk tannhelsepersonell å sitte med riktig kunnskap, og kunne sørge for at informasjon kommer frem til de pasientgrupper det gjelder.

Kanskje vil man også kunne anvende kunnskapen om IOM, og hvor det er utbredt, i identifiseringssaker gjennom et rettsmedisinsk perspektiv.

## Kildehenvisning

### Referanser:

1. Mitchell L. Kapittel 14, Canines. Mitchell L. An introduction to orthodontics. England: Oxford Univ Press. 2007:170-171
2. Nordgarden H. Manglende tenner og litt til. TAKO-senteret, Avdeling for pedodonti og atferdsfag, Universitetet i Oslo. 2005. Link: <http://foreninger.uio.no/nfpedodonti/seminar2005/Nordgarden%20NFP-seminaret%202005.pdf>
3. Dewhurst S. N. Traditional tooth bud gouging in a Ugandan family, a report involving three sisters. Int. J Paediatric Dent. 2001; 11: 292 – 297.
4. Sæteren R., Birkeland I., Stokke M. Retinerte overkjeve incisiver med aktiv fremføring; etiologi, behandling og behandlingsresultat. Det Odontologiske Fakultet, Universitetet i Oslo. 2008. Link: <https://www.duo.uio.no/bitstream/handle/10852/33170/Prosjektstokkexbirkelandxaeteren.pdf?sequence=3>
5. Accorsi S. The burden of traditional practices, ebino and tea-tea, on child health in Northern Uganda. Social Science & Medicine. 2003; 57:2183 – 2191
6. Graham E.A. Dental injuries due to African traditional therapies for diarrhea. West J. Med. 2003; 173:135 – 7.
7. Espelid I., Agnalt R. Fjerning av tannanlegg i afrikansk folkemedisin litteraturoversikt med kasuistikk. Nor tannlegeforen tidene. 2009; 119:294-297
8. Iriso R. `Killer` canines: the morbidity and mortality of ebino in northern Uganda. Tropical medicine and International health. 2000; 5 (10); 706 – 710.
9. Barzangi J. Infant dental enucleation in an East African population in Sweden: a cross-sectional study on dental records. International Journal of Pediatric Dentistry. 2014; 24: 209 – 214.
10. Dentaaid IOM action group. IOM Materials. Storbritannia. Link: <http://www.dentaaid.org/iom-materials/>

### Vedlegg:

- Vedlegg 1: Første søknad til REK.
- Vedlegg 2: Prosjektbeskrivelse til REK.
- Vedlegg 3: Første svar fra REK.
- Vedlegg 4: Søknad til NDS.
- Vedlegg 5: Svar fra NDS.
- Vedlegg 6: Andre søknad til REK.
- Vedlegg 7: Andre svar fra REK.

## Vedlegg 1: Første søkand til REK

**Framleggingsvurdering** Skjema for vurdering av framleggingsplikt i de regionale komiteer for medisinsk og helsefaglig forskningsetikk (REK)

2014/582-1

Dokument-id: 472618 Dokument mottatt 08.04.2014

### Agnesi av hjørnetenner

#### 1. Generelle opplysninger

##### a. Prosjekttittel

**Prosjekttittel**

Agnesi av hjørnetenner

**Vitenskapelig tittel**

Manglende hjørnetenner hos enslige mindreårige asylsøkere

##### b. Prosjektleder:

Navn: Sigrid I. Kvaal

Akademisk grad: dr. odont

Stilling: Førsteamanuensis

Arbeidssted: Oslo

Arbeidsadresse: Institutt for klinisk odontologi

Det odontologiske fakuleet

Postoks 1109

Postnummer: 0317

Sted: Oslo

Telefon: 22852307

E-postadresse: skvaal@odont.uio.no

#### 2. Prosjektopplysninger

##### a. Prosjektomtale

Agnesi av hjørnetenner er sjeldent, manglende hjørnetenner observers hos enslige mindreårige asylsøkere som kommer fra land som tidligere ikke er rapportert.

Hensikten med undersøkelsen er da å se på forekomst av manglende hjørnetenner hos mindreårige, enslige

asylsøkere, hvilke land de kommer fra og hvilke tenner det gjelder.

**Hvordan resultatene fra prosjektet skal presenteres:**

Dette er en oppgave til Odontologiske Mastergrad ,Det odontologiske fakultet, Univeristetet i Oslo

#### b. Prosjektdata

##### Allerede registrerte opplysninger

Kopi av rapporter sendt til UDI/ Oslo universitets sykehus

**De registrerte opplysningene er personidentifiserbare**

Opplysningene anonymiseres ikke før de utleveres til prosjektet

**Det skal ikke innhentes samtykke fra dem opplysningene gjelder**

Det er nesten umulig retrospektivt å innhente samtykke fra ca 4000 enslige asylsøkere.  
Samtykke til forskning på material er innhentet på generelt grunnlag før aldersundersøkelse.

#### c. Varighet

Prosjektstart 08.01.2014

Prosjektstutt 08.06.2015

##### Håndtering av data etter prosjektstutt:

Rapportene oppbevares ved Det odontologiske fakultet i henhold til journalforskriftene i last skap

### 3. Begrunnelse for spørsmål om framleggingsplikt

Rapportene er ikke anonymiserte.  
Rapportene brukes i annen hensikt enn hva de var skrevet  
Usikker på om prosjektet faller utenfor helseforskningslovens virkeområde.

### 4. Vedlegg

#	Type	Filnavn	Lagt inn dato
1.	Prosjektbeskrivelse	Manglende hjørnetenner hos enslige mindreårige asylsøkere.docx	08.04.14

## Vedlegg 2: Prosjektbeskrivelse til REK

### **Prosjektbeskrivelse:**

#### **Manglende hjørnetenner hos enslige mindreårige asylsøkere Masteroppgave ved Det odontologiske fakultet 2015**

Prosjektleder:

Førsteamanuensis Sigrid I. Kvaal.

Prosjektmedarbeidere:

Odontologi student: Victoria Elisabeth Read

Odontologi student: Carina Bigum Johansen

### **Kontakt detaljer:**

Førsteamanuensis Sigrid I. Kvaal

Institutt for klinisk odontologi

Det odontologiske fakultet

Postboks 1109, Blindern

0317 Oslo

E-post: skvaal@odont.uio.no

## **Bakgrunn**

Agenesi av hjørnetenner forekommer svært sjeldent hos friske barn (1), men fjerning av tannanlegg forekommer i afrikansk folkemedisin. Agenesi vil si at et organ ikke finnes, fordi det ikke ble dannet under fosterstadiet (2). Prevalensen for agenesi av hjørnetenner i overkjeven er 0,3 % og 0,1 % for underkjevens hjørnetenner(1). En retinert hjørnetann forekommer og er noe mer vanlig enn agenesi av hjørnetenner. En retinert tann er når erupsjonen er forsinket utover normal frembruddstid med mer enn 6 måneder siden erupsjon av kontralaterale tann (5). Prevalensen for en retinert hjørnetann i overkjeven er 1 – 2 % hvorav 8 % er bilaterale. Prevalensen for retinert hjørnetann i underkjeven er 0,35 % (1).

Intraoral mutilasjon (IOM) er rapportert over store deler av enkelte Afrikanske land (for referanser se Espelid & Agnalt 2009) der healere og ledere i stammer ekstiperer den primære hjørnetannsfollikelen på spebarn. Tradisjonen sier at denne tannfollikelen i seg selv er årsaken til feber, oppkast og diaré hos barn. Uttagingen av den primære hjørnetannsfollikelen kan potensielt gi dento-alveolære konsekvenser. Potensielt kan det utvikles bittanomalier, gi skade av andre nærliggende tannanlegg, deformere de permanente tannanleggene og retinere tenner. Det påstås at barn i disse familiene i tillegg ofte blir utsatt for andre orale mutilasjoner. Dette fenomenet er rapportert fra land i sentral Afrika og på Afrikas horn, men det finnes lite dokumentert materiale og informasjon angående forekomst og konsekvenser. Et annet ord for infantil oral mutilasjon, og da fjerning av hjørnetenner er «Ebinyo». IOM kan også praktiseres på andre måter, ved f.eks fjerning av uvula, fjerning av deler av tonsillen, fjerning av andre tenner i tannsettet.

Forekomsten av IOM vil kunne øke i de nordiske landene ettersom innvandringen tiltar. Kjennskap til hvilke land IOM forekommer i, hvilke tenner som affiseres og eventuelle konsekvenser av IOM vil være nyttig bakgrunns informasjon for den aktuelle tannlegen som skal behandle en pasient med denne tilstanden. Informasjonen vil muligens kunne være utslagsgivende ved valg av behandlingsalternativ og endelig behandlingsplan.

For kjeveortopedier som behandler og normaliserer bittanomalier, vil kjennskap til IOM spille en betydelig rolle. Hjørnetenner i overkjeven observeres nøye av kjeveortopedier frem til ca 12 års alder, ettersom frembrudd av hjørnetenner er viktig for tannbuens endelig form. Dersom det oppstår et problem med hjørnetennene eller man oppdager på et tidlig tidspunkt at hjørnetennene mangler, er retinerte eller deformerte, er det viktig å ikke utelukke IOM som en årsak. IOM som årsak vil kunne utelukke andre mulige årsaker som vil være utslagsgivende for behandlingsplanen. Deformerte tenner og skade av andre nærliggende tenner vil gi utslag i patologi og restaurering. Dette er fordi en deformert tann ansees ofte som svak og vil lettere pådra seg patologi som for eksempel karies. En deformert tann vil også kunne gi funksjonelle problemer som for eksempel retensjon av mat og plakk. Hvis tannlegen har kjennskap til IOM som en mulig årsak vil dette kunne påvirke behandlingsplanen. Ved aldersundersøkelse av enslige mindreårige asylsøkere (EMA) som kommer til Norge er det gjort tilfeldige funn av manglende permanente hjørnetenner på barn fra flere forskjellige land også utenfor Afrika. Dette gir grunnlag for å tro at det ikke bare er innenfor det afrikanske kontinent at IOM forekommer. Observasjonene gjelder permanente hjørnetenner som er svært lite omtalt i litteraturen. Det vil derfor være interessant å kartlegge hvilke land det måtte gjelde, og forekomsten/prevalensen innenfor de enkelte land.

## **Hensikten med undersøkelsen**



Hensikten med undersøkelsen er å registrere forekomst av manglende permanente hjørnetenner hos mindreårige, enslige asylsøkere, hvilke land de kommer fra og hvilke tenner det gjelder og om det har hatt konsekvenser for den dento-alveolære utviklingen.

### **Materiale og metode**

Undersøkelsen vil være retrospektiv og utføres ved Institutt for klinisk odontologi, Det odontologiske fakultetet, Universitetet i Oslo. Materiale vil være rapporter skrevet i forbindelse med aldersvurdering av mindreårige asylsøkere etter forespørsel fra UDI. Det er planlagt at rapporter fra tidsrommet januar 2009 til og med desember 2013 skal gjennomgås og registreres. I dette tidsrommet er det aldersvurdert 4319 individer, hvor det skal registreres opprinnelsesland, kjønn, bittforhold, og hvorvidt hjørnetennene er manglende, deformerte eller retinerte. I tillegg skal det registreres evt agenesi av andre tenner, i de tilfellene der det ses agenesi av hjørnetenner. Unntaket er agenesi av visdomstenner da dette er et relativt vanlig funn. Registreringen planlegges å gjøres anonymisert uten navn, DUF-nummer eller andre registreringsnummer som kan føres tilbake til den enkelte søker.

### **Forskningsetiske vurderinger**

Ved gjennomlesning i forbindelse med kvalitetssikring av aldersrapportene ble det observert at det var en høyere forekomst av manglende hjørnetenner hos unge asylsøker enn forventet i en sammenfallende norsk populasjon. Ved søk i litteraturen ble man klar over at dette kunne skyldes ikke bare agenesi, men også at tannanlegg var fjernet hos spedbarn i tradisjonell afrikansk medisin. Ved søk av norsk og internasjonal litteratur er slike funn sjeldent beskrevet og omfatter nesten bare kasus presentasjoner (1,2). I den litteraturen som eksisterer er beskrevet fjerning av temporære hjørnetenner, men enda mindre er kjent om fjerning av permanente tannanlegg. Blant tannleger både nasjonalt og internasjonalt, og også tannleger fra de aktuelle områdene, er det lite kunnskap om fjerning av tannanlegg hos spedbarn. Det har vært reist spørsmål om en slik undersøkelse faller innenfor hva som kan betegnes som medisk og helsefaglig forskning. Dersom uventede observasjoner gjentas vil det være berettiget å observere frekvensen av disse observasjonene og finne den bakenforliggende årsaken. Ved søk i litteraturen er man kommet frem til at manglende og/eller skade på hjørnetenner kan være at tannanleggene er fjernet eller forsøkt fjernet i spedbarnsalder. Dette kan vurderes som type medisinsk/odontologisk inngrep selv om det ikke er utført av helsepersonell. Inngrepet er allerede utført i lang tid (15 -20år) innen søker kom til Norge. I selvrapporteringsskjema er det ingen som har rapporter om at det er utført større oralkirurgiske kirurgiske inngrep, så dette vil ikke bli registrert. Kjeveortopedisk behandling er også meget sjeldent observert i denne gruppen. Man må derfor anta at det siden spedbarnsalder ikke har vært utført inngrep eller annen behandling som kan ha innvirket på bittforhold slik at man kan observere resultatene av slik tradisjon. Materialet er i seg selv unikt, men også begrenset siden den informasjon man ønsker å innhente var tilfeldig funn ved den kliniske og radiologiske undersøkelsen. Retrospektiv gjennomgang av rapportene antas likevel å gi nyttig helsefaglig kunnskap for tannleger mht diagnostiske vurderinger og behandling av hele tannsettet.

Asylsøkerne samtykker til å bruke andre funn til forskning på samme ark som de samtykker til at aldersvurdering utføres. Dette samtykket undertegnes hos UDI hvor det tolkes til søkers eget språk. Det ansees som en uheldig sammenstilling at det er på

samme ark aksepteres at det utføres aldersvurdering og at det gis godkjenning til at materialet brukes til forskning. Det har vært reist spørsmål om hvor frivillig dette samtykket er gitt. Det har forskningsgruppen ingen mulighet for å uttale seg om. Manglende tenner (agnesier eller ekstraherte tenner eller tannanlegg) registreres som en del av aldersundersøkelsen og slike funn kan ha innvirkning på den aldersvurderingen som utføres. Registreringen av manglende hjørne tenner er ikke gjort i den hensikt å bruke til forskning. Forskningsprosjektet som søkes gjennomført vil på ingen måte ha konsekvenser for aldersvurderingen eller behandling av asylsøknaden.

Det er ingen direkte konsekvenser av prosjektundersøkelsen for asylsøkerne. På lengre sikt kan det være en fordel at tannleger har kunnskap og informasjon om IOM når innvandrere fra land hvor IOM utføres, søker behandling hos tannlege. Det er også rapportert at tradisjonen med IOM fortsetter selv etter at de har flyttet fra hjemlandet (6). Det er innvandret 38500 fra Somalia og Eritrea hittil (september) i 2014. Dette er to av landene i Afrika hvor denne praksis utføres. Det vil derfor være viktig at norske tannleger får kunnskap om denne tradisjonen.

Materialet omfatter 4319 søkere. Disse er i dag spredt over hele Norge og noen er også sendt tilbake til opprinnelsesland eller til første registreringsland etter Dublinavtalen. Det er helt umulig å innhente ny tillatelse ettertid. Det ville også vært vanskelig å søke forhåndsgodkjennelse for en problemstilling man i utgangspunktet ikke viste eksisterte. Kildemateriale som skal anvendes er innhentet til annet formål, men tilfeldige funn gjør at dette store samlede materiale gir en unik anledning til å kunne registrere meget sjeldent forekommende funn. Forekomsten er lav slik at en prospektiv studie ville måtte strekke seg over flere år. Registreringen planlegges å gjøres anonymisert dvs at hverken navn, DUF-nummer eller andre registreringer som kan føres tilbake til søker.

### **Finansieringskilder**

Ingen intern eller ekstern finansiering

### **Offentliggjøring av resultater**

Resultatene offentliggjøres i masteroppgaven som levers til Det odontologiske fakultet, våren 2015. Det er også mål om å formidle ny kunnskap i norsk eller internasjonalt tidsskrift.

### **Referanser:**

1. L. Mitchell,(2007) An introduction to orthodontics, kap 14, s 170, Oxford Univ Press, England
2. Forelesning, Hilde Nordgarden,TAKO-senteret, Avdeling for pedodonti og atferdsfag, UiO, link:  
<http://foreninger.uio.no/nfpedodonti/seminar2005/Nordgarden%20NFP-seminaret%202005.pdf>
3. I. Espelid & R. Agnalt. (2009): Fjerning av tannanlegg i afrikansk folkemedisin litteraturoversikt med kasuistikk. *Nor tannlegefor tid. 119(5), s 294-297 .*
4. J. Pindborg (1996): Dental mutilation and associated abnormalities in Uganda. *Am J Phys Anthropol* 31(3):383-9.

5. Masteroppgave: Retinerte overkjeve incisiver med aktiv fremføring; etiologi, behandling og behandlingsresultat. Stud.odont Sæteren, Birkeland og Stokke. Veileder: Vaska Vandevska-Radunovic. År 2008, side 4. Link: <https://www.duo.uio.no/bitstream/handle/10852/33170/Prosjektstokkexbirkelandxaeteren.pdf?sequence=3>
6. Rodd HD, Davidson LE. (2000)'Ilko dacowo:' canine enucleation and dental sequelae in Somali children. *International journal of paediatric dentistry / the British Paedodontic Society [and] the International Association of Dentistry for Children*. 10(4):290-7.

## Vedlegg 3: Første svar fra REK



Region:	Saksbehandler:	Telefon:	Vår dato:	Vår referanse:
REK sør-øst	Jakob Elster	22845530	17.09.2014	2014/1181 REK sør-øst B
			Deres dato:	Deres referanse:
			17.08.2014	

Vår referanse må oppgis ved alle henvendelser

Sigrid I. Kvaal

Institutt for klinisk odontologi, Det odontologiske fakultetet, Universitetet i Oslo

### 2014/1181 Manglende hjørnetenner hos enslige mindreårige asylsøkere

Vi viser til søknad om forhåndsgodkjenning av ovennevnte forskningsprosjekt. Søknaden ble behandlet av Regional komité for medisinsk og helsefaglig forskningsetikk (REK sør-øst) i møtet 20.08.2014. Vurderingen er gjort med hjemmel i helseforskningsloven § 10, jf. forskningsetikklovens § 4.

**Forskningsansvarlig:** Universitetet i Oslo

**Prosjektleder:** Sigrid I. Kvaal

#### Prosjektleders prosjekttale

*Intraoral mutilasjon (IOM) er en utbredt praktisert tradisjon i enkelte Afrikanske land (for referanser se 2) der healere og ledere i stammer fjerner den primære hjørnetannsfollikelen på spebarn ofte med usteriliserte, instrumenter. Tradisjonen sier at denne tannfollikelen i seg selv er årsaken til feber, oppkast og diaré hos barn. I tillegg til de seriøse og potensielt dødelige postoperative komplikasjonene ved dette inngrepet, ser man at det også affiserer det dento-alveolære bildet. Det påstås at barn i disse familiene i tillegg ofte blir utsatt for andre orale mutilasjoner. Til tross for at dette fenomenet er forholdsvis utbredt, finnes det lite dokumentert materiale og informasjon angående forekomst og konsekvenser. Uvitenheten hos samtlige asylsøkere indikerer at de aller fleste med manglende hjørnetenner vet lite selv om årsaken.*

#### Komiteens vurdering

Hensikten med prosjektet er å se på forekomst av manglende hjørnetenner hos mindreårige, enslige asylsøkere, hvilke land de kommer fra og hvilke tenner det gjelder. Det skal gjøres en retrospektiv undersøkelse av rapporter som er skrevet i forbindelse med aldersbestemmelse på mindreårige asylsøkere etter forespørsel fra Utlendingsdirektoratet (UDI). Rapporter fra tidsrommet januar 2009 til og med desember 2013 skal gjennomgås og registreres. I dette tidsrommet er det aldersvurdert 4319 individer, hvor det skal registreres opprinnelsessted, kjønn, bittforhold, og hvorvidt hjørnetennene er manglende, deformerte eller retinerte. I tillegg skal det registreres evt. agenesi av andre tenner, i de tilfellene der det ses agenesi av hjørnetenner.

Prosjektet kan ikke godkjennes i sin nåværende form, da søknaden fremstår som ufullstendig. Den vedlagte forskningsprotokollen er kort og tilfredsstillende ikke de kravene som stilles til en forskningsprotokoll i forskrift om organisering av medisinsk og helsefaglig forskning § 8 og som er utdypet i dokumentet «Merknader til de enkelte bestemmelsene i forskrift om organisering av medisinsk og helsefaglig forskning». Ved en ny søknad bør det utarbeides en ny protokoll som tilfredsstillende kravene i ovennevnte forskrift.

Komiteen vil videre peke på enkelte punkter som bør drøftes nærmere i en eventuelt ny søknad.

Besøksadresse:  
Gullhaugveien 1-3, 0484 Oslo

Telefon: 22845511  
E-post: post@helseforskning.etikkkom.no  
Web: http://helseforskning.etikkkom.no

All post og e-post som inngår i  
saksbehandlingen, bes adressert til REK  
sør-øst og ikke til enkelte personer

Kindly address all mail and e-mails to  
the Regional Ethics Committee, REK  
sør-øst, not to individual staff

For det første er det ikke klart for komiteen om prosjektet er å regne som medisinsk eller helsefaglig forskning, og dermed om det kreves godkjenning av REK. Helseforskningsloven gjelder for medisinsk og helsefaglig forskning, det vil si «virksomhet som utføres med vitenskapelig metodikk for å skaffe til veie ny kunnskap om helse og sykdom», jf. helseforskningsloven § 2, jf. § 4. I det aktuelle prosjektet skal man kun kartlegge prevalens av intraoral mutilasjon (IOM), og ikke undersøke helsemessige konsekvenser av IOM. Det fremkommer dermed ikke av søknaden og protokollen om prosjektet kan antas å gi ny kunnskap om helse og sykdom.

For det andre bør de etiske sidene ved bruk av materialet uten at nytt samtykke innhentes drøftes nærmere. Tannundersøkelsene ble gjort som et ledd i utlendingsmyndighetenes behandling av asylsøknaden til dem man nå skal forske på, og i skjemaet der de samtykket til denne undersøkelsen står det at det vil kunne få juridiske konsekvenser for dem hvis de sier nei til tannundersøkelsen. I tillegg til å samtykke til selve tannundersøkelsen, har de potensielle deltakerne fylt ut et spørsmål om sin helse/tannhelse, der det ble innhentet bredt samtykke til fremtidig forskning på det innhentede materialet, med følgende formulering: «Det odontologiske fakultet og Barneklubben, Oslo universitetssykehus, Ullevål kan få benytte all innsamlet informasjon og materiale til forskning.» Komiteen mener at man i en slik situasjon kan stille spørsmålsteget ved hvor frivillig samtykket som er gitt kan sies å være. I tillegg vil flere av de personene man skal forske på ikke være i landet i dag, og det vil være vanskelig for forskeren å ivareta sin opplysningsplikt overfor disse og informere dem om at man forsker på materialet innhentet fra dem.

Komiteen imoteser en ny søknad der ovenstående punkter drøftes nærmere.

#### **Vedtak**

Med hjemmel i helseforskningsloven § 10 annet ledd, avslår komiteen prosjektet slik det er forelagt. Prosjektet godkjennes ikke i sin nåværende form.

#### *Klageadgang*

Du kan klage på komiteens vedtak, jf. forvaltningslovens § 28 flg. Klagen sendes til REK sør-øst B. Klagefristen er tre uker fra du mottar dette brevet. Dersom vedtaket opprettholdes av REK sør-øst B, sendes klagen videre til Den nasjonale forskningsetiske komité for medisin og helsefag for endelig vurdering.

Komiteens avgjørelse var enstemmig.

Med vennlig hilsen

Grete Dyb  
førsteamanuensis dr. med.  
leder REK sør-øst B

Jakob Elster  
Seniorrådgiver

**Kopi til:** Victoria Reed, Det odontologiske fakultet, UiO  
Carina Bigum Johansen, Det odontologiske fakultet, UiO  
Universitetet i Oslo ved øverste administrative ledelse

## Vedlegg 4: Søknad til NSD

Norsk samfunnsvitenskapelig datatjeneste AS  
NORWEGIAN SOCIAL SCIENCE DATA SERVICES



### MELDESKJEMA

Meldeskjema (versjon 1.4) for forsknings- og studentprosjekt som medfører meldeplikt eller konsesjonsplikt (jf. personopplysningsloven og helseregisterloven med forskrifter).

<b>1. Prosjekttittel</b>		
Tittel	Manglende hjemetenner hos enslige, mindreårige asylsøkere	
<b>2. Behandlingsansvarlig institusjon</b>		
Institusjon	Universitetet i Oslo	Velg den institusjonen du er tilknyttet. Alle nivå må oppgis. Ved studentprosjekt er det studentens tilknytning som er avgjørende. Dersom institusjonen ikke finnes på listen, vennligst ta kontakt med personvernombudet.
Avdeling/Fakultet	Det odontologiske fakultet	
Institutt	Institutt for klinisk odontologi	
<b>3. Daglig ansvarlig (forsker, veileder, stipendiat)</b>		
Fornavn	Sigrid I.	Før opp navnet på den som har det daglige ansvaret for prosjektet. Veileder er vanligvis daglig ansvarlig ved studentprosjekt.
Etternavn	Kvaal	
Akademisk grad	Doktorgrad	Veileder og student må være tilknyttet samme institusjon. Dersom studenten har ekstern veileder, kan biveileder eller fagansvarlig ved studiestedet stå som daglig ansvarlig. Arbeidssted må være tilknyttet behandlingsansvarlig institusjon, f.eks. underavdeling, institutt etc.
Stilling	Førsteamanuensis	
Arbeidssted	Institutt for klinisk odontologi	NB! Det er viktig at du oppgir en e-postadresse som brukes aktivt. Vennligst gi oss beskjed dersom den endres.
Adresse (arb.sted)	Postboks 1109, Blindern	
Postnr/sted (arb.sted)	0317 Oslo	
Telefon/mobil (arb.sted)	91741961 / 22852307	
E-post	s.i.kvaal@odont.uio.no	
<b>4. Student (master, bachelor)</b>		
Studentprosjekt	Ja • Nei ○	NB! Det er viktig at du oppgir en e-postadresse som brukes aktivt. Vennligst gi oss beskjed dersom den endres.
Fornavn	Carina og Victoria	
Etternavn	Johansen og Read	
Akademisk grad	Lavere grad	
Privatadresse	Olaves Hvervens vei 40	
Postnr/sted (privatadresse)	1266 Oslo	
Telefon/mobil	95777673 / 92810611	
E-post	carinbj@student.odont.uio.no	
<b>5. Formålet med prosjektet</b>		
Formål	Formålet med undersøkelsen er å registrere forekomst av manglende hjemetenner hos mindreårige, enslige asylsøkere, hvilke land de kommer fra, hvilke tenner det gjelder og om det har hatt konsekvenser for den dento-alveolære utviklingen. Det er nemlig observert mange manglende hjemetenner i denne gruppen, og frekvensen antas å være høyere enn i vesteuropeiske land. Dette kan skyldes såkalt infantil oral mutilasjon, et kulturelt inngrep utført ved et tidligere utviklingstidspunkt. Det å kartlegge hvor disse individene kommer fra vil være en hjelp i diagnostikk for praktiserende tannleger.	Redegjør kort for prosjektets formål, problemstilling, forsknings spørsmål e.l.  Maks 750 tegn.
<b>6. Prosjektomfang</b>		
Velg omfang	<ul style="list-style-type: none"> <li>● Enkel institusjon</li> <li>○ Nasjonalt samarbeidsprosjekt</li> <li>○ Internasjonalt samarbeidsprosjekt</li> </ul>	Med samarbeidsprosjekt menes prosjekt som gjennomføres av flere institusjoner samtidig, som

Oppgi øvrige institusjoner		har samme formål og hvor personopplysninger utveksles.
Oppgi hvordan samarbeidet foregår		
<b>7. Utvalgsbeskrivelse</b>		
Utvalget	<p>Dette er en retrospektiv undersøkelse ved det Odontologiske fakultetet ved UiO, og det er ønskelig å ta i bruk rapporter skrevet i forbindelse med aldersvurdering på mindreårige asylsøkere etter forespørsel fra UDI. Det er planlagt at rapporter fra tidsrommet januar 2009 til og med desember 2013 skal gjennomgås og registreres. I dette tidsrommet er det aldersvurdert 4319 individer.</p>	Med utvalg menes dem som deltar i undersøkelsen eller dem det innhentes opplysninger om. F.eks. et representativt utvalg av befolkningen, skoleelever med lese- og skrivevansker, pasienter, innsatte.
Rekruttering og trekking	<p>Det er i denne perioden observert manglende hjørmetenner fra andre land, enn kun de hvor infantil oral mutilasjon har vært observert tidligere. Det er ønskelig med et stort materiale, for å få et representativt utvalg.</p>	Beskriv hvordan utvalget trekkes eller rekrutteres og oppgi hvem som foretar den. Et utvalg kan trekkes fra registre som f.eks. Folkeregisteret, SSB-registre, pasientregistre, eller det kan rekrutteres gjennom f.eks. en bedrift, skole, idrettsmiljø, eget nettverk.
Førstegangskontakt	Henvist fra UDI	<p>Beskriv hvordan førstegangskontakten opprettes og oppgi hvem som foretar den.</p> <p>Les mer om dette på våre temasider.</p>
Alder på utvalget	<input type="checkbox"/> Bam (0-15 år) <input checked="" type="checkbox"/> Ungdom (16-17 år) <input checked="" type="checkbox"/> Voksne (over 18 år)	
Antall personer som inngår i utvalget	4319 individer.	
Inkluderes det myndige personer med redusert eller manglende samtykkekompetanse?	Ja <input type="radio"/> Nei <input checked="" type="radio"/>	Begrunn hvorfor det er nødvendig å inkludere myndige personer med redusert eller manglende samtykkekompetanse.
Hvis ja, begrunn		Les mer om Pasienter, brukere og personer med redusert eller manglende samtykkekompetanse
<b>8. Metode for innsamling av personopplysninger</b>		
Kryss av for hvilke datainnsamlingsmetoder og datakilder som vil benyttes	<input type="checkbox"/> Spørreskjema <input type="checkbox"/> Personlig intervju <input type="checkbox"/> Gruppeintervju <input type="checkbox"/> Observasjon <input type="checkbox"/> Psykologiske/pedagogiske tester <input type="checkbox"/> Medisinske undersøkelser/tester <input checked="" type="checkbox"/> Journaldata <input type="checkbox"/> Registerdata <input type="checkbox"/> Annen innsamlingsmetode	Personopplysninger kan innhentes direkte fra den registrerte f.eks. gjennom spørreskjema, intervju, tester, og/eller ulike journaler (f.eks. elevmapper, NAV, PPT, sykehus) og/eller registre (f.eks. Statistisk sentralbyrå, sentrale helseregistre).
Annen innsamlingsmetode, oppgi hvilken		
Kommentar	Det er kun planlagt gjennomgang av rapporter, som deretter anonymiseres. Studentene selv har ikke undersøkt pasientene.	
<b>9. Datamaterialets innhold</b>		
Redegjør for hvilke opplysninger som samles inn	<p>Det skal registreres opprinnelsessted, bittforhold, og hvorvidt hjørmetennene er manglende, deformerte eller retinerte. I tillegg skal det registreres evt agenesi av andre tenner, i de tilfellene der det ses agenesi av hjørmetenner.</p>	<p>Spørreskjema, intervju-temaguide, observasjonsbeskrivelse m.m. sendes inn sammen med meldeskjemaet.</p> <p>NB! Vedleggene lastes opp til sist i meldeskjema, se punkt 16 Vedlegg.</p>
Samles det inn direkte personidentifiserende opplysninger?	Ja <input type="radio"/> Nei <input checked="" type="radio"/>	Dersom det krysses av for ja her, se nærmere under punkt 11 Informasjonssikkerhet.

Hvis ja, hvilke?	<input type="checkbox"/> 11-sifret fødselsnummer <input type="checkbox"/> Navn, fødselsdato, adresse, e-postadresse og/eller telefonnummer	Les mer om hva personopplysninger er
Spesifiser hvilke		NB! Selv om opplysningene er anonymiserte i oppgave/rapport, må det krysses av dersom direkte og/eller indirekte personidentifiserende opplysninger
Samles det inn indirekte personidentifiserende opplysninger?	Ja ● Nei ○	En person vil være indirekte identifiserbar dersom det er mulig å identifisere vedkommende gjennom bakgrunnsopplysninger som for eksempel bostedskommune eller arbeidsplass/skole kombinert med opplysninger som alder, kjønn, yrke, diagnose, etc.
Hvis ja, hvilke?	Det samles inn opplysninger om land og evt agensier. Sannsynligheten for å kunne identifisere vedkommende er svært liten.	Kryss også av dersom ip-adresse registreres.
Samles det inn sensitive personopplysninger?	Ja ○ Nei ●	
Hvis ja, hvilke?	<input type="checkbox"/> Rasemessig eller etnisk bakgrunn, eller politisk, filosofisk eller religiøs oppfatning <input type="checkbox"/> At en person har vært mistenkt, siktet, tiltalt eller dømt for en straffbar handling <input type="checkbox"/> Helseforhold <input type="checkbox"/> Seksuelle forhold <input type="checkbox"/> Medlemskap i fagforeninger	
Samles det inn opplysninger om tredjeperson?	Ja ○ Nei ●	Med opplysninger om tredjeperson menes opplysninger som kan spores tilbake til personer som ikke inngår i utvalget. Eksempler på tredjeperson er kollega, elev, klient, familiemedlem.
Hvis ja, hvem er tredjeperson og hvilke opplysninger registreres?		
Hvordan informeres tredjeperson om behandlingen?	<input type="checkbox"/> Skriftlig <input type="checkbox"/> Muntlig <input type="checkbox"/> Informeres ikke	
Informeres ikke, grunn		
<b>10. Informasjon og samtykke</b>		
Oppgi hvordan utvalget informeres	<input type="checkbox"/> Skriftlig <input type="checkbox"/> Muntlig <input checked="" type="checkbox"/> Informeres ikke	Vennligst send inn informasjonsskrivet eller mal for muntlig informasjon sammen med meldeskjema.
Begrunn	Materialet omfatter 4319 søkere. Disse er i dag spredt over hele Norge og noen er også sendt tilbake til opprinnelsesland eller til første registreringsland etter Dublinavtalen. Det er helt umulig å innhente ny tillatelse i ettertid, samt informere alle asylsøkerne om denne forskningen. Det ville også vært umulig å søke forhåndsgodkjenning for en problemstilling man i utgangspunktet ikke viste eksisterte. Når asylsøkerne samtykker til undersøkelse, samtykker de også til at materialet vil kunne brukes i forskning.	NB! Vedlegg lastes opp til sist i meldeskjemaet, se punkt 16 Vedlegg.  Dersom utvalget ikke skal informeres om behandlingen av personopplysninger må det begrunnes.  Last ned vår veiledende mal til informasjonsskriv
Oppgi hvordan samtykke fra utvalget innhentes	<input checked="" type="checkbox"/> Skriftlig <input type="checkbox"/> Muntlig <input type="checkbox"/> Innhentes ikke	Dersom det innhentes skriftlig samtykke anbefales det at samtykkeerklæringen utformes som en svarslipp eller på eget ark. Dersom det ikke skal innhentes samtykke, må det begrunnes.
Innhentes ikke, grunn		
<b>11. Informasjonssikkerhet</b>		
Direkte personidentifiserende opplysninger erstattes med et referansenummer som viser til en atskilt navneliste (koblingsnøkkel)	Ja ○ Nei ●	Har du krysset av for ja under punkt 9 Datamaterialets innhold må det merkes av for hvordan direkte personidentifiserende opplysninger registreres.
Hvordan oppbevares navnelisten/koblingsnøkkelen og hvem har tilgang til den?		NB! Som hovedregel bør ikke direkte personidentifiserende opplysninger registreres sammen med det øvrige datamaterialet.



Direkte personidentifiserende opplysninger oppbevares sammen med det øvrige materialet?	Ja <input type="radio"/> Nei <input checked="" type="radio"/>	
Hvorfor oppbevares direkte personidentifiserende opplysninger sammen med det øvrige datamaterialet?		
Oppbevares direkte personidentifiserbare opplysninger på andre måter?	Ja <input type="radio"/> Nei <input checked="" type="radio"/>	
Spesifiser		
Hvordan registreres og oppbevares datamaterialet?	<input checked="" type="checkbox"/> Fysisk isolert datamaskin tilhørende virksomheten <input type="checkbox"/> Datamaskin i nettverkssystem tilhørende virksomheten <input type="checkbox"/> Datamaskin i nettverkssystem tilknyttet Internett tilhørende virksomheten <input type="checkbox"/> Fysisk isolert privat datamaskin <input type="checkbox"/> Privat datamaskin tilknyttet Internett <input type="checkbox"/> Videoopptak/fotografi <input type="checkbox"/> Lydopptak <input type="checkbox"/> Notater/papir <input type="checkbox"/> Annen registreringsmetode	Merk av for hvilke hjelpemidler som benyttes for registrering og analyse av opplysninger.  Sett flere kryss dersom opplysningene registreres på flere måter.
Annen registreringsmetode beskriv		
Behandles lyd-/videoopptak og/eller fotografi ved hjelp av datamaskinbasert utstyr?	Ja <input type="radio"/> Nei <input checked="" type="radio"/>	Kryss av for ja dersom opptak eller foto behandles som lyd-/bildefil.  Les mer om behandling av lyd og bilde.
Hvordan er datamaterialet beskyttet mot at uvedkommende får innsyn?	Materialet er lagret på låst rom, og på egen datamaskin med egen brukerkonto.	Er f.eks. datamaskintilgangen beskyttet med brukernavn og passord, står datamaskinen i et låsbart rom, og hvordan sikres bærbare enheter, utskrifter og opptak?
Dersom det benyttes mobile lagringsenheter (bærbar datamaskin, minnepenn, minnekort, cd, ekstern harddisk, mobiltelefon), oppgi hvilke	Ikke mobile enheter.	NBI Mobile lagringsenheter bør ha mulighet for kryptering.
Vil medarbeidere ha tilgang til datamaterialet på lik linje med daglig ansvarlig/student?	Ja <input type="radio"/> Nei <input checked="" type="radio"/>	
Hvis ja, hvem?		
Overføres personopplysninger ved hjelp av e-post/Internett?	Ja <input type="radio"/> Nei <input checked="" type="radio"/>	F.eks. ved bruk av elektronisk spørreskjema, overføring av data til samarbeidspartner/databehandler mm.
Hvis ja, hvilke?		
Vil personopplysninger bli utlevert til andre enn prosjektgruppen?	Ja <input type="radio"/> Nei <input checked="" type="radio"/>	
Hvis ja, til hvem?		
Samles opplysningene inn/behandles av en databehandler?	Ja <input type="radio"/> Nei <input checked="" type="radio"/>	Dersom det benyttes eksterne til helt eller delvis å behandle personopplysninger, f.eks. Questback, Synovate MMI, Norfakta eller transkriberingsassistent eller tolk, er dette å betrakte som en databehandler. Slike oppdrag må kontraksreguleres
Hvis ja, hvilken?		Les mer om databehandleravtaler her
<b>12. Vurdering/godkjenning fra andre instanser</b>		
Søkes det om dispensasjon fra taushetsplikten for å få tilgang til data?	Ja <input type="radio"/> Nei <input checked="" type="radio"/>	For å få tilgang til taushetsbelagte opplysninger fra f.eks. NAV, PPT, sykehus, må det søkes om

Kommentar		dispensasjon fra taushetsplikten. Dispensasjon søkes vanligvis fra aktuelt departement. Dispensasjon fra taushetsplikten for helseopplysninger skal for alle typer forskning søkes Regional komité for medisinsk og helsefaglig
Søkes det godkjenning fra andre instanser?	Ja ● Nei ○	F.eks. søke registreier om tilgang til data, en ledelse om tilgang til forskning i virksomhet, skole, etc.
Hvis ja, hvilke?	Ledelse ved Det odontologiske fakultet, UiO	
<b>13. Prosjektperiode</b>		
Prosjektperiode	Prosjektstart:01.11.2014 Prosjektstutt:15.06.2015	Prosjektstart Vennligst oppgi tidspunktet for når førstegangskontakten med utvalget opprettes og/eller datainnsamlingen starter.  Prosjektstutt Vennligst oppgi tidspunktet for når datamaterialet enten skal anonymiseres/slettes, eller arkiveres i påvente av oppfølgingsstudier eller annet. Prosjektet anses vanligvis som avsluttet når de oppgitte analyser er ferdigstilt og resultatene publisert, eller oppgave/avhandling er innlevert og sensurert.
Hva skal skje med datamaterialet ved prosjektstutt?	<input checked="" type="checkbox"/> Datamaterialet anonymiseres <input type="checkbox"/> Datamaterialet oppbevares med personidentifikasjon	Med anonymisering menes at datamaterialet bearbejdes slik at det ikke lenger er mulig å føre opplysningene tilbake til enkeltpersoner.NB! Merk at dette omfatter både oppgave/publikasjon og rådata.  Les mer om anonymisering
Hvordan skal datamaterialet anonymiseres?	Datamaterialet er innsamlet uten direkte personidentifiserbare opplysninger, og ved prosjektstutt vil man kun sitte igjen med statistiske modeller.	Hovedregelen for videre oppbevaring av data med personidentifikasjon er samtykke fra den registrerte.  Årsaker til oppbevaring kan være planlagte oppfølgingsstudier, undervisningsformål eller annet.
Hvorfor skal datamaterialet oppbevares med personidentifikasjon?		
Hvor skal datamaterialet oppbevares, og hvor lenge?		Datamaterialet kan oppbevares ved egen institusjon, offentlig arkiv eller annet.  Les om arkivering hos NSD
<b>14. Finansiering</b>		
Hvordan finansieres prosjektet?	Ingen finansiering.	
<b>15. Tilleggsopplysninger</b>		
Tilleggsopplysninger		
<b>16. Vedlegg</b>		
Antall vedlegg	1	

## Vedlegg 5: Svar fra NSD

**Norsk samfunnsvitenskapelig datatjeneste AS**  
NORWEGIAN SOCIAL SCIENCE DATA SERVICES



Harald Hårfagres gate 2f  
N-5007 Bergen  
Norway  
Tel: +47-55 58 21 17  
Fax: +47-55 58 96 50  
nsd@nsd.uib.no  
www.nsd.uib.no  
Org.nr. 985 321 884

Sigrid I. Kvaal  
Institutt for klinisk odontologi Universitetet i Oslo  
Postboks 1109 Blindern  
0317 OSLO

Vår dato: 05.11.2014

Vår ref: 40338 / 3 / MSS

Deres dato:

Deres ref:

### TILBAKEMELDING PÅ MELDING OM BEHANDLING AV PERSONOPPLYSNINGER

Vi viser til melding om behandling av personopplysninger, mottatt 16.10.2014. Meldingen gjelder prosjektet:

<i>40338</i>	<i>Manglende hjørnetenner hos enslige, mindreårige asylsøkere</i>
<i>Behandlingsansvarlig</i>	<i>Universitetet i Oslo, ved institusjonens øverste leder</i>
<i>Daglig ansvarlig</i>	<i>Sigrid I. Kvaal</i>
<i>Student</i>	<i>Carina Johansen</i>

Etter gjennomgang av opplysninger gitt i meldeskjemaet og øvrig dokumentasjon, finner vi at prosjektet ikke medfører meldeplikt eller konsesjonsplikt etter personopplysningslovens §§ 31 og 33.

Dersom prosjektopplegget endres i forhold til de opplysninger som ligger til grunn for vår vurdering, skal prosjektet meldes på nytt. Endringsmeldinger gis via et eget skjema, <http://www.nsd.uib.no/personvern/meldeplikt/skjema.html>.

Vedlagt følger vår begrunnelse for hvorfor prosjektet ikke er meldepliktig.

Vennlig hilsen

Katrine Utaaker Segadal

Marie Strand Schildmann

Kontaktperson: Juni Skjold Lexau tlf: 55 58 36 01  
Vedlegg: Prosjektvurdering  
Kopi: Carina Johansen carinbj@student.odont.uio.no

*Dokumentet er elektronisk produsert og godkjent ved NSDs rutiner for elektronisk godkjenning.*

*Avdelingskontorer / District Offices:*

*OSLO NSD: Universitetet i Oslo, Postboks 1055 Blindern, 0316 Oslo. Tel: +47-22 85 52 11. nsd@uio.no*

*TRONDHEIM NSD: Norges teknisk-naturvitenskapelige universitet, 7491 Trondheim. Tel: +47-73 59 19 07. kyrre.svarva@svt.ntnu.no*

*TRONÅR NSD: SVEI Universitetet i Tromsø, 9007 Tromsø. Tel: +47-77 64 43 36. zedmac@svt.uib.no*



Det oppgis i meldeskjema med vedlegg at kun anonyme opplysninger skal hentes ut fra rapportene. Vi kan dermed ikke se at det behandles/registreres personopplysninger med elektroniske hjelpemidler, eller at det opprettes manuelt personregister som inneholder sensitive personopplysninger. Prosjektet vil dermed ikke omfattes av meldeplikten etter personopplysningsloven.

Siden studentene ikke naturlig har tilgang til rapportene, må det søkes om dispensasjon fra taushetsplikten hos REK, for at studentene skal kunne få innsyn i taushetsbelagt informasjon i rapportene og hente ut anonyme data.

Hvis REK i den forbindelse mener at prosjektet faller under helseforskningsloven, og behandler det deretter, er det REKs vurdering som vil være gjeldende.

Det ligger til grunn for vår vurdering at alle opplysninger som behandles elektronisk i forbindelse med prosjektet er anonyme.

Med anonyme opplysninger forstås opplysninger som ikke på noe vis kan identifisere enkeltpersoner i et datamateriale, verken:

- direkte via personentydige kjennetegn (som navn, personnummer, epostadresse el.)
- indirekte via kombinasjon av bakgrunnsvariabler (som bosted/institusjon, kjønn, alder osv.)
- via kode og koblingsnøkkel som viser til personopplysninger (f.eks. en navneliste)
- eller via gjenkjennelige ansikter e.l. på bilde eller videoopptak.

## Vedlegg 6: Andre søknad til REK

**Taushetsplikt** Skjema for søknad om dispensasjon fra taushetsplikt annen forskning i de regionale komiteer for medisinsk og helsefaglig forskningsetikk (REK)

2014/2237-1

Dokument-id: 545757 Dokument mottatt 09.12.2014

### **Manglende hjørnetenner hos enslige mindreårige asylsøkere**

---

#### 1. Generelle opplysninger

##### **a. Prosjektleder**

Navn	Sigrid Ingeborg KVAAL
Akademisk grad:	dr. odont
Stilling:	Førsteamanuensis
Arbeidssted:	Universitetet i Oslo
Arbeidsadresse:	Institutt for klinisk odontologi
Postnummer:	0317
Sted:	Oslo
Telefon:	22852307
E-postadresse:	skvaal@odont.uio.no

##### **b. Prosjektittel**

Norsk tittel	Manglende hjørnetenner hos enslige mindreårige asylsøkere
--------------	---

*Vitenskapelig tittel*

Manglende hjørnetenner hos enslige mindreårige asylsøkere

---

##### **1.3 Forskningsansvarlig**

Institusjon	Kontaktperson	Stilling	E-post adresse
1. Det odontologiske fakultet	Jan Eirik Ellingsen	professor	j.e.ellingsen@odont.uio.no

#### d. Tidsramme for prosjektet

Prosjektstart dato	15.12.2014
Prosjektslutt dato	01.06.2015

## 2. Prosjektopplysninger

#### a. Oppsummering av forskningsprosjektet

##### *Prosjektbeskrivelse*

Manglende hjørnetenner forekommer svært sjeldent hos friske spedbarn, men fjerning av tannanlegg til hjørnetenner forekommer i afrikansk folkemedisin og er da kjent som infantil oral mutilasjon (IOM). Det er rapportert i sentral og øst Afrikanske land, men også observert hos enslige, mindreårige asylsøkere fra andre land enn de som hovedsakelig er rapportert. Vi ønsker derfor å registrere manglende, retinerte eller deformerte hjørnetenner samt opprinnelsesland for disse individene for å kunne si noe om i hvilke land denne type inngrep forekommer. Masteroppgaven baserer seg da på en retrospektiv, kvantitativ undersøkelse hvor planen er å se på rapporter om odontologisk aldersvurding i perioden 2009 - 2013. Målet med undersøkelsen er å øke kunnskap hos tannhelsepersonell i hvilke land IOM forekommer, frekvensen av IOM og eventuelle dento-alveolære konsekvenser.

#### b. Studiepopulasjon

##### *Antall forskningsdeltakere*

4319 individer

##### *Beskrivelse av forskningsdeltakere*

Allmennbefolkning

##### *Gi nærmere spesifisering og begrunn hvorfor disse personene skal inkluderes*

Dette er en undersøkelse av frekvens av manglende hjørnetenner i en allmen befolkning. Utvalget er

enslige mindreårige asylsøkere som har vært til aldersvurdering.

---

### **c. Forskningsdata**

*Hvilke opplysninger skal inngå i prosjektet?*

1. Opprinnelsesland
2. Manglende hjørnetenner
3. Retinert/deformert hjørnetann
4. Avvik i bittforhold
5. Agnesi av andre tenner når hjørnetenner mangler eller er deformert og/eller retinerte. Agnesi av visdomstener registreres ikke da dette er et relativt vanlig funn.

---

*Hvor hentes opplysningene fra?*

Rapporter om odontologisk aldersvurderinger

---

I hvilken form skal personidentifiserbare opplysninger brukes i prosjektet?

Direkte identifiserbare med 11-sifret personnummer eller navn, adresse og/eller fødselsdato under hele prosjektperioden

---

*Redegjør og begrunn*

Aldersvurderingsrapportenesom skal gjennomleses er identifiserbare med navn og DUFnr fra UDI. Ingen av disse opplysningene registreres i prosjektet og det lages ingen nøkkel eller "bakveisidentifikasjon" for å kunne finne tilbake til søkere.

---

### **d. Metode for analysering av data**

Statistiske (kvantitative) analysemetoder

### **3. Oppbevaring av data**

#### a. Lagring av data i prosjektperioden

Kryss av for hvordan personidentifiserbare data oppbevares i prosjektperioden

Innelåst oppbevaring

*Redegjør nærmere for oppbevaringsmåte, låse- og adgangsrutiner mv*

Innelåst i fjernarkiv ved Det odontologiske fakultetet

#### b. Lagring av data etter prosjektslutt

Hvordan skal opplysningene lagres etter prosjektslutt?

Slettes

*Redegjør nærmere for håndtering av data etter prosjektslutt*

Registreringen planlegges å gjøres anonymisert uten navn, DUF-nummer eller andre registreringsnummer som kan føres tilbake til den enkelte søker eller rapport.

Vi har valgt å ikke registrere kjønn da bare 10% er kvinner/jenter og dette vil gi lite statistisk materiale med mulighet for evt å kunne identifisere enkeltpersoner.

### 4. Søknad om dispensasjon fra taushetsplikt

#### a. Begrunnelse for ikke å innhente samtykke

*Begrunn hvorfor det søkes om dispensasjon for å forske på taushetsbelagte opplysninger uten å innhente samtykke*

Fra ledelsen ved fakultetet er det vurdert slik at dette forskningsprosjektet ikke kommer inn under Helseforskningsloven. Det er ikke til hensikt at det skal komme frem ny kunnskap om helse og sykdom.

Basert på denne uttalelsen ble det søkt Personvernombudet om tillatelse til å bruke materiale (svar vedlagt).

Med bakgrunn i Personvernombudets svar søker vi nå om fritak fra taushetsplikten.



---

**b. Tilgang til data**

*Navn på databehandlingsansvarlig*

Sigrid I. Kvaal (førsteamanuensis)

---

*Navn på øvrige personer det søkes om dispensasjon fra taushetsplikt for*

Carina Johansen (stud odont)

Victoria Read (stud odont)

---

**c. Vurdering av mulig risiko og ulempe**

*Redegjør for mulig risiko og ulempe forskningen kan medføre for personene opplysningene gjelder*

Ingen risiko eller ulempe

---

**d. Tiltak for å redusere risiko og ulempe**

*Redegjør for tiltak for å redusere mulig risiko og ulempe for personene opplysningene gjelder*

Vi har valgt å ikke registrere kjønn da det er forholdsvis lite antall kvinner/jenter.

---

**e. Etisk vurdering**

*Gi en samlet vurdering av de forskningsetiske utfordringene i prosjektet, især nytte/risiko aspektet for personene opplysningene gjelder. Relater vurderingen til de tiltak som gjøres for å begrense mulig risiko og ulempe. Vurderingen skal gi en begrunnet konklusjon for hvorfor du mener det er forsvarlig å gjennomføre prosjektet uten å innhente samtykke.*

Opplysningen som er inneholdt i forbindelse med dette forskningsprosjektet vil ikke ha noen konsekvens for asylsøkerens aldersvurdering eller behandling av asylsøknaden.

Enslige, mindreårige asylsøkere undertegner et bredt samtykke til forskning og aldersvurdering, hvor innholdet blir tolket til vedkommedes eget morsmål.

Manglende hjørnetenner er tilfeldige funn ved aldersvurderingene, men inntrykket er at det forekommer langt oftere enn i norsk befolkning. Bevisstgjøring om IOM og dets bakgrunn hos tannlegen vil i fremtiden kunne bidra til bedre kommunikasjonen med både pasient og pårørende. Innvandring er høy fra enkelte land hvor det er rapportert at IOM praktiseres og økt kunnskap om forekomst kan hjelpe både voksne- og barnepasienter.

---

## 5. Vedlegg

#	Type	Filnavn	Lagt inn dato
1.	Svar fra Personvernet	kvittering.pdf	20.11.14
2.	CV for prosjektleder	CV & PUBLIKASJONSLISTE 2014.docx	20.11.14
3.	Prosjektprotokoll	Manglende hjørnetenner hos enslige mindreårige asylsøkere.docx	20.11.14

## 6. Ansvarserklæring

Jeg erklærer at prosjektet vil bli gjennomført

---

i henhold til gjeldende lover, forskrifter og retningslinjer

---

i samsvar med opplysninger gitt i denne søknaden

---

i samsvar med eventuelle vilkår for godkjenning gitt av REK

---

## Vedlegg 7: Andre svar fra REK



Region:	Saksbehandler:	Telefon:	Vår dato:	Vår referanse:
REK sør-øst	Jakob Elster	22845530	20.02.2015	2014/2237 REK sør-øst B
			Deres dato:	Deres referanse:
			09.12.2014	

Vår referanse må oppgis ved alle henvendelser

Sigrid Ingeborg Kvaal  
Universitetet i Oslo

### 2014/2237 Manglende hjørnetenner hos enslige mindreårige asylsøkere

Forskningsansvarlig institusjon: Universitetet i Oslo  
Prosjektleder: Sigrid Ingeborg Kvaal

Vi viser til søknad om dispensasjon fra taushetsplikt i ovennevnte prosjekt. Søknaden ble behandlet av Regional komité for medisinsk og helsefaglig forskningsetikk (REK sør-øst) i møtet 14.01.2015. Vurderingen er gjort med hjemmel i helsepersonelloven § 29 første ledd og forvaltningsloven § 13 d første ledd.

#### Prosjektleders prosjektmtale

*"Manglende hjørnetenner forekommer svært sjeldent hos friske spedbarn, men fjerning av tannanlegg til hjørnetenner forekommer i afrikansk folkemedisin og er da kjent som infantil oral mutilasjon (IOM). Det er rapportert i sentral og øst Afrikanske land, men også observert hos enslige, mindreårige asylsøkere fra andre land enn de som hovedsakelig er rapportert. Vi ønsker derfor å registrere manglende, retinerte eller deformerte hjørnetenner samt opprinnelsesland for disse individene for å kunne si noe om i hvilke land denne type inngrep forekommer. Masteroppgaven baserer seg da på en retrospektiv, kvantitativ undersøkelse hvor planen er å se på rapporter om odontologisk aldersvurding i perioden 2009 - 2013. Målet med undersøkelsen er å øke kunnskap hos tannhelsepersonell i hvilke land IOM forekommer, frekvensen av IOM og eventuelle dento-alveolære konsekvenser."*

#### Komiteens vurdering

Komiteen har tidligere behandlet en tidligere versjon av søknaden, da man søkte om godkjenning for prosjektet i henhold til helseforskningsloven § 10 (vår ref. 2014/1181). I sitt vedtak datert 17.09.2014, avsto komiteen søknaden, med den begrunnelse at søknaden fremsto som ufullstendig, da den vedlagte protokollen ikke tilfredstilte de kravene som stilles til en forskningsprotokoll i forskrift om organisering av medisinsk og helsefaglig forskning § 8. I sitt vedtaksbrev pekte komiteen videre på enkelte punkter som den mente burde drøftes i en eventuelt ny søknad: For det første var det uklart for komiteen om prosjektet var å regne som medisinsk eller helsefaglig forskning, og dermed om det ble omfattet av helseforskningslovens virkeområde. For det andre, mente komiteen at de etiske sidene ved bruk av materialet uten nytt samtykke burde drøftes nærmere.

I den nye søknaden skriver prosjektleder at fra ledelsen ved det odontologiske fakultet er det vurdert slik at dette forskningsprosjektet ikke kommer inn under helseforskningsloven, og at det ikke er til hensikt at det skal komme frem ny kunnskap om helse og sykdom. Prosjektleder søker om dispensasjon fra taushetsplikten for et prosjekt som ikke omfattes av helseforskningslovens virkeområde, jf. helsepersonelloven § 29.

Besøksadresse:  
Gullhaugveien 1-3, 0484 Oslo

Telefon: 22845511  
E-post: [post@helseforskning.etikk.no](mailto:post@helseforskning.etikk.no)  
Web: <http://helseforskning.etikk.no/>

All post og e-post som inngår i saksbehandlingen, bes adressert til REK sør-øst og ikke til enkelte personer

Kindly address all mail and e-mails to the Regional Ethics Committee, REK sør-øst, not to individual staff

REK er gitt myndighet til å kunne gi dispensasjon fra taushetsplikten for tilgang til taushetsbelagte helseopplysninger fra helsepersonell eller helsetjenesten for annen forskning, jf. helsepersonelloven § 29 første ledd og forvaltningsloven § 13 d første ledd. Komiteen er av den oppfatning at de samme vilkår må være tilfredsstillende for at fritak fra taushetsplikten etter helsepersonelloven § 29 skal kunne innvilges som ved vurdering av fritak av lovpålagt taushetsplikt etter helseforskningsloven §§ 15, 28 og 35, nemlig at det skal være vanskelig å innhente samtykke, at forskningen er av vesentlig interesse for samfunnet og at hensynet til deltakernes velferd og integritet er ivarettatt.

Materialet man skal undersøke består av rapporter skrevet i forbindelse med aldersvurdering av mindreårige asylsøkere etter forespørsel fra UDI. Det er planlagt at rapporter fra tidsrommet januar 2009 til og med desember 2013 skal gjennomgås og registreres. I dette tidsrommet er det aldersvurdert 4319 individer, hvor det skal registreres opprinnelsesland, kjønn, bittforhold, og hvorvidt hjørnetennene er manglende, deformerte eller retinerte. I tillegg skal det registreres evt agenesi av andre tenner, i de tilfellene der det ses agenesi av hjørnetenner. Slik komiteen forstår det, skal forskerne selv behandle aldersvurderingsrapportene fra UDI, som inneholder navn og DUFnr, og skal så lage en anonymisert fil av opplysningene

Prosjektleder skriver i søknaden at asylsøkerne som materialet er hentet fra i dag er spredt over hele Norge, mens noen er sendt tilbake til opprinnelsesland eller til første registreringsland etter Dublin-avtalen. Komiteen er enig med prosjektleder i at det er svært vanskelig å innhente samtykke i ettertid. De sentrale vurderingene blir dermed om forskningen er av vesentlig interesse for samfunnet og om hensynet til deltakernes velferd og integritet er ivarettatt.

Komiteen anser det som relevant i denne sammenhengen at materialet er innhentet i en situasjon med begrenset frivillighet, da asylsøkerne fikk vite at det ville kunne få juridiske konsekvenser for dem hvis de sa nei til tannundersøkelsen. At materialet ble innsamlet i en slik kontekst gjør at man bør være spesielt varsom med å gi dispensasjon fra taushetsplikten for forskning. Det blir da særlig viktig å vurdere om forskningen kan sies å ha vesentlig samfunnsnytte.

I protokollen fremkommer det at kunnskap fra prosjektet om hvilke land IOM forekommer i kan gi nyttig bakgrunnsinformasjon for tannleger, og særlig kjeveortopedier, og at denne kunnskapen kan være utslagsgivende ved valg av behandlingsplan. Det pekes også på at det er mulig at prosjektet kan gi kunnskap om konsekvensene av IOM. Komiteen ber prosjektleder gi en nærmere redegjørelse for samfunnsnyttene ved prosjektet. For det første ønsker komiteen en redegjørelse for hvilken nytte det vil ha for behandlingen å vite prevalensen av IOM i ulike land mer presist, i og med at det allerede er kjent at praksisen forekommer. For det andre ønsker komiteen en redegjørelse for sannsynligheten av at prosjektet kan gi nyttig kunnskap om resultatene av tradisjonen med IOM.

For det tredje ønsker komiteen at prosjektleder drøfter forholdet mellom den samfunnsnytte som er beskrevet og helseforskningslovens virkeområde. Slik samfunnsnyttene er beskrevet, handler den først og fremst om at kunnskapen kan være nyttig for tannleger i diagnostiske vurderinger og valg av behandling. Gitt denne beskrivelsen, ønsker komiteen en redegjørelse for hvorfor man har konkludert med at prosjektet ikke er å regne som medisinsk eller helsefaglig forskning.

I tillegg til en skriftlig redegjørelse fra prosjektleder, vil komiteen gjerne invitere prosjektleder til å komme på neste komiteemøte, for å drøfte prosjektet og prosjektets samfunnsnytte muntlig med komiteen.

#### **Komiteens beslutning**

Vedtak i saken utsettes. Komiteen tar stilling til prosjektet når den har mottatt prosjektleders tilbakemelding.

Komiteens avgjørelse var enstemmig.

Med vennlig hilsen

Grete Dyb  
førsteamanuensis dr. med.  
leder REK sør-øst B

Jakob Elster  
Seniorrådgiver

**Kopi til:**  
*Professor Jan Eirik Ellingsen, Det odontologiske fakultet, UiO  
Universitetet i Oslo ved øverste administrative ledelse*