

Genväg till forskning

Den våldsutsatta patienten i tandvården

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

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



Genväg till forskning nr 7
Den våldsutsatta patienten inom tandvården
Författare: Linnea Dahlström, Sanna Jansson
Layout: Daniel Cederberg
Västra Götalandsregionen, Göteborg, 2014

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

Tidigare publikationer i serien *Genväg till forskning*

Genväg till forskning nr 1

Att stanna och att gå: Forskning kring misshandelsprocessen och
misshandlade kvinnors uppbrottsprocess
Viveka Enander

Genväg till forskning nr 2

Avslöjandets tid: en doktorsavhandling av Ninni Carlsson om kvinnors bearbetning
av sexuella övergrepp
Viveka Enander

Genväg till forskning nr 3

Att ställa frågor om våld till gravida kvinnor - en genomgång av internationell forskning
Eva Wendt

Genväg till forskning nr 4

Barn som upplever våld - konsekvenser för välmående och hälsa
Tove Corneliussen

Genväg till forskning nr 5

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

Genväg till forskning nr 6

Lika men olika - våld mot kvinnor med funktionsnedsättning
Kerstin Kristensen

Den våldsutsatta patienten inom tandvården

Denna *Genväg till forskning* är en genomgång av internationell forskning om tandvårdens vård av patienter som är utsatta för våld i nära relation. Fokus är på vuxna patienter, men även barn berörs. Avsikten är att besvara frågor som:

- Varför ska tandvården arbeta med våld i nära relation?
- Vad kan tandvårdspersonal se för kliniska tecken på våld?
- Vad kan vårdgivaren göra vid misstanke om att en patient är utsatt för våld?
- Hur kan vårdgivaren bemöta en patient som har varit utsatt tidigare i sitt liv, särskilt under barndomen?

Inledning

Inom den svenska tandvården finns en lång tradition av att arbeta förebyggande med olika aspekter av befolkningens hälsa. Våld i nära relation är ett folkhälsoproblem¹ såväl som ett samhällsproblem,² varför tandvården borde spela en roll även i hanteringen av denna problematik. Detta framförallt eftersom tandvården möter en så stor andel av befolkningen regelbundet, och under olika åldrar och faser av patienternas liv. Denna regelbundna kontakt kan vara av stor vikt, då det är känt att de drabbade patienterna ofta utsätts för våld vid ett flertal tillfällen över tid,³ oftast av samma förövare. Det finns alltså en stor potential att upptäcka våldsutsatthet.

Kliniska tecken

Traumaskador är ett bland flera kliniska tecken på möjlig våldsutsatthet. Vid våld i nära relation återfinns ofta skador mot huvud, hals och ansikte.⁴ Dessa skador är vanligt förekommande hos kvinnor som uppsöker sjukvården. Huang m.fl. undersökte en grupp om 307 amerikanska kvinnor som sökte akut med traumatiska ansiktsskador. Trafikolyckor var den vanligaste orsaken, men så mycket som 36 % av kvinnorna uppgav våld som orsaksfaktor. Av dessa hade majoriteten av de som angav förövarens identitet blivit slagna av en manlig släkting, vanligen make eller pojkvän.⁵ En amerikansk käkkirurgisk studie fann att det var mer än 11 gånger så troligt att en patient med skador i huvud-halsområdet var utsatt för våld i nära relation, jämfört med patienter som endast uppvisade skador på andra områden av kroppen.⁶

Vad gäller skadeprofilen är mjukvävnadsskador mer vanligt förekommande än hårdvävnadsskador,⁷ och de vanligaste är blåmärken,⁸ skrapmärken (abrasioner) mot ansikte/huvud/hals och ansiktsskador av en sönderslitande typ.⁹ Även misshandlade kvinnor som undersökts i annan miljö än på sjukhus uppvisar ofta mjukvävnadsskador mot huvud- och halsområdet enligt en studie av kvinnor som uppsökt skyddat boende.¹⁰

1 Helweg-Larsen och Kruse 2003, WHO 2005, Breiding 2008.

2 Proposition 1997/98:55, BRÅ 2009.

3 Le m.fl. 2001, Saddki m.fl. 2010, Tam m.fl. 2010, Hashemi m.fl. 2011.

4 Muelleman m.fl. 1996, Le m.fl. 2001, Nelms m.fl. 2009.

5 Huang m.fl. 1998.

6 Ochs m.fl. 1996.

7 Le m.fl. 2001, Saddki m.fl. 2010, Tam m.fl. 2010.

8 Zachariades m.fl. 1990, Le m.fl. 2001.

9 Muelleman m.fl. 1996.

10 Attala m.fl. 2000.

Hårdvävnadsstrukturer som ofta blir skadade är underkäken,¹¹ ögonhålan,¹² näsbenet,¹³ zygomaticuskomplexet,¹⁴ vilket innefattar okutskottet samt dess tillhörande och angränsande ben samt tänder och alveolarutskott.¹⁵ I en studie från ett sjukhus i Iran där man tittade på sambandet mellan ansiktsfrakturer och våld i nära relationer visades att bland kvinnorna var våld i nära relation bakomliggande orsak till 13 % av ansiktsfrakturerna. Tandfrakturer förekom bland 29 % av patienterna. Den vanligaste typen av tandskada var kronfraktur, följt av rotfraktur, rörlighet på grund av skadad stödjevävnad kring tanden (s.k. subluxation) och intryckt tand (intrusion).¹⁶

Trots denna kunskap kan det vara svårt att dra slutsatsen att en patient är utsatt för våld i nära relation, bara genom att synliga skador finns. Skälet till att det inte går att utgå ifrån att en patient med den typen av skador är ett offer, är att samma typer av skador även är vanliga vid t.ex. trafikolyckor. Bristen på entydiga tecken och symptom vid våld i nära relation gör diagnostiken svår. Det är sannolikt att skadetyper förekommer hos ett offer för våld i nära relation, men utifrån det kan man inte dra slutsatsen att en person som har skadetyper är utsatt.

Ytterligare kliniska tecken på våld som enligt sakkunniga är gemensamma för våldsutsatta patienter, såväl barn, vuxna och äldre är:¹⁷

- Skador i olika stadier av läkning, inklusive blåmärken av olika nyanser.
- Könssjukdomar som manifesterar sig på munslemhinnan.
- Hårlösa områden på huvudet.
- Tandskador, såsom frakturer, mobilitet eller missfärgade tänder utan rimlig förklaring, dvs. anamnesen stämmer inte överens med skadans utseende.
- Bitmärken.
- Brännmärken efter strykjärn, element, spisen, heta vätskor, cigaretter.
- Tvåsidiga/bilaterala skador, vanligen skadas bara en sida vid en olycka.
- En partner, vårdnadshavare eller annan medföljande person som inte vill låta patienten prata med någon i enrum.
- Att patienten har kläder som inte passar årstiden. Långa ärmar vid varmt väder kan dölja skador.
- Tecken på strypning, såsom röda skrapmärken/abrasioner, fingerformiga blåmärken på halsen, blåmärken under hakan, på käklinjen eller bakom öronen, små röda prickar (petechiae) i ansikte, vid hals eller ögon, bilateralt blodsprängda ögon.

Smärtbesvär

Utöver synliga skador kan personer som varit utsatta för psykiskt, fysiskt och sexuellt våld lida av psykiska men eller annat som inte är uppenbart för en utomstående betraktare.

En aspekt som har undersökts med motstridiga resultat, är om det finns en koppling till bettfysiologiska besvär. Samband har hittats till faktorer som depression, mer oro, sämre

11 Zachariades m.fl. 1990, Huang m.fl. 1998, Arosarena m.fl. 2009, Hashemi m.fl. 2011.

12 Muellemann m.fl. 1996, Le m.fl. 2001, Arosarena m.fl. 2009.

13 Muellemann m.fl. 1996, Le m.fl. 2001, Arosarena m.fl. 2009, Hashemi m.fl. 2011.

14 Muellemann m.fl. 1996, Zachariades m.fl. 1990, Le m.fl. 2001, Arosarena m.fl. 2009, Hashemi m.fl. 2011.

15 Muellemann m.fl. 1996, Arosarena m.fl. 2009. Med alveolarutskott menas den tandbärande delen av käkskelettet.

16 Hashemi m.fl. 2011.

17 Sweet, 1996, Short m.fl. 1997, Senn m.fl. 2001, Strack m.fl. 2001.

förmåga att hantera påfrestande situationer, våld i anamnesen och mer uttalad smärta.^{18 19} I en studie hade den utsatta gruppen en högre toleransnivå för en viss typ av smärta, men tyckte att experimentet var mer psykiskt påfrestande än gruppen som inte hade blivit utsatta.²⁰

Tandvårdsrädsla, subjektiv munhälsa och tandhälsobeteende

Tandvårdsrädsla har påvisats ha ett samband med att ha blivit sexuellt utnyttjad, speciellt bland kvinnor som varit utsatta för orala övergrepp.²¹ Tandvårdssituationen kan påminna om övergreppssituationen: patienten är själv med en person som har makt över henne,²² liggandes i stolen med föremål i munnen och oförmögen att prata och svälja, blir rörd vid, och med en samtidig upplevelse/förväntad upplevelse av smärta. Att reagera på dessa upplevelser med obehag kan vara kopplat till att tidigare ha varit utsatt för sexuella övergrepp.²³ Situationen är komplex då behandlaren ofta försäkrar patienten, att även om upplevelsen kan vara smärtsam och obehaglig, så kommer den i slutändan att vara bra för patienten, vilket även förövaren kan ha gjort i övergreppssituationer.²⁴

Hays och Stanley²⁵ jämförde enkätsvar från en grupp kvinnor som hade blivit utsatta för sexuella övergrepp under barndomen med en kontrollgrupp, och fann att de som varit utsatta skilde sig från kontrollgruppen enligt följande:

- De var mer benägna att ställa in bokade besök.
- Vissa var mer benägna att undvika att gå till tandläkaren (ju längre tid och ju mer frekvent som övergreppen hade pågått, desto mindre besökte de tandläkare).
- Andra besökte tandläkare väldigt frekvent (3 eller fler gånger per år).
- De hade fler problem med sina tänder .
- Av tio undersökta typer av problem var det fyra som de tidigare utsatta patienterna uppgav i högre utsträckning: tandköttinflammation (gingivit), tandgnissling (bruxism), käkledsproblem och tidigare tandutdragningar.
- De hade mer stressymptom i form av rädsla, ångslan, dissociation, s.k. flashbacks, illamående och skam.
- Den del av tandläkarbesöket som upplevdes som mest obehaglig var när tandläkaren kom för nära eller rörde vid patienten.

Samma studie fann också att kvinnor som varit mycket hos tandläkaren som barn kunde hantera situationen bättre än andra.

Erfarenhet av våld tycks även kunna påverka graden av tandvårdsrädsla, då kvinnor med våld/försummelse i anamnesen jämförelsevis uppvisar kraftigare rädsla.²⁶ En norsk studie fann att tandvårdsrädda kvinnor med erfarenhet av fysiskt och sexuellt våld blev mer rädda om behandlaren var man, hade svårare att känna tillit och kommunicera i vårdssituatio-

18 Curran m.fl. 1995.

19 Campbell m.fl. 2000.

20 Fillingim m.fl. 1997.

21 Willumsen, 2001.

22 Patienten benämns i denna text genomgående som hon (henne), för att undvika det språkligt otympliga hon/han (henne/honom).

23 Stalker m.fl. 2005.

24 Hays & Stanley, 1996.

25 Hays & Stanley, 1996.

26 Walker m.fl. 1996.

nen, var mer rädda för att förlora kontrollen, för att få höra negativ information och att behandlaren rörde vid dem. I denna studie fanns däremot den största skillnaden mellan tandvårdsrädda patienter, oavsett om de varit utsatta eller inte, och en kontrollgrupp som inte var tandvårdsrädda. De två tandvårdsrädda grupperna hade sämre munhälsa, besökte tandvården mer sällan, tyckte att deras tänder var fula i högre utsträckning och hade mer smärta än de icke-tandvårdsrädda.²⁷

Barn – särskilda synpunkter

Precis som i den vuxna patientgruppen så är det även bland våldutsatta barn mycket vanligt med skador i huvud-halsregionen av samma skadetyper som för vuxna.²⁸ Det finns dock inte heller för barn någon typ av skada eller annat tecken som endast förekommer vid misshandel och på så sätt är lätt att känna igen.²⁹

När det gäller barnpatienter har följande identifierats som tecken på eventuell misshandel/försummelse:³⁰

- Skador som inte är normala för barnets ålder, t.ex. en sönderslitning av läppband (frenulum) på ett barn som inte är gammalt nog för att gå, och därmed inte borde falla med sådan kraft att denna vävnad trasas sönder.
- Skador med identifierbara former, t.ex. märken efter ett bälte, fingrar eller bitmärken
- Blåmärken som är belägna utanför de områden som ett barn normalt slår i vid lek. De ställen som ett barn normalt slår sig på är knän, armbågar, pannan, hakan, smalbenen. Blåmärken på mjukvävnad faller utanför det normala skadepanoramat. Vid barnmisshandel ses ofta en kombination av de "normala" lokaliseringarna och mindre vanliga.
- Avvikande beteende, t.ex. att barnet gråter väldigt mycket eller inte alls, är rädd för vuxna, är aggressivt eller väldigt tillbakadraget.
- Märken i mungiporna, efter rep eller munkavlar.
- Blåmärken i gommen kan vara ett tecken på att någon tilltvingat sig oralsex, alternativt tvångsmatad barnet.
- Tidig kariesutveckling som fortgår trots vidtagna åtgärder, inklusive information till föräldrarna.
- Bettfel (malokklusion) på grund av tidigare käkfrakturer.
- Obehandlade, uppenbara infektioner eller blödning.
- Att barnet är sent i utvecklingen.
- Bristande hygien.
- Att barnet visar tecken på att vuxna är frånvarande, särskilt vid farliga aktiviteter eller under långa perioder.

Det finns särskilt skäl till misstanke om våld när en förälder påstår att barnet skadat sig själv, när skadorna står helt utan förklaring, när barnet uttalat anger att en förälder orsakat skadan eller när det finns en fördröjning mellan tidpunkten för skadans uppkomst och vårdbesö-

27 Willumsen 2004.

28 da Fonseca m.fl. 1992, Cavalcanti 2010.

29 Andreassen m.fl. 2007.

30 da Fonseca m.fl. 1992, Denham och Gillespie 1994, Dym 1995, Hammel 1995, Senn m.fl. 2001, Sinopoli 2003.

ket.³¹ Oro eller misstanke om våld mot barn ska alltid anmälas till socialtjänsten: här har vårdgivaren anmälningsskyldighet enligt socialtjänstlagen.³²

Äldre patienter – särskilda synpunkter

För att upptäcka att den åldrande patienten är utsatt för våld krävs ett tränat öga vad gäller normalt åldrande och vanliga sjukdomstecken. Hud- och slemhinneskador, blåmärken eller missfärgningar kan orsakas av att vävnader åldras, av mediciner, systemiska sjukdomar eller hudsjukdomar, svamp-, bakterie- eller virusinfektioner. Blåmärken eller skrapmärken kan uppkomma vid intravenös/intramuskulär medicinering, utan att vårdgivaren orsakar dem med flit. Bitmärken kan ha orsakats av patienten själv. En noggrann anamnes och klinisk undersökning, både intra- och extraoralt, är viktig för diagnostiken. Vårdgivarna bör också vara uppmärksam på relationen mellan patienten och eventuell ledsagare, finns uppenbara problem dem emellan? Uppger de samma förklaring till hur skadan uppkommit?³³

Vill de våldsutsatta patienterna få hjälp från tandvården?

Få studier finns av tandvårdens patienter vad gäller våld i nära relation. En studie av 112 boende på amerikanska kvinnojourer rapporterar att 85 av dessa vid något tillfälle hade blivit skadade i huvud-/halsområdet eller munnen. 45 av kvinnorna hade uppsökt tandvården av andra skäl vid ett tillfälle då de haft synliga skador i dessa områden. Flertalet av dessa hade inte blivit tillfrågade om skadorna. Många önskade att de blivit tillfrågade och allmänt att de blivit lyssnade på.³⁴

Patienter inom andra delar av vården är betydligt mer studerade och det finns resultat som tyder på att patienterna tycker att frågor om våld är godtagbara i en vårdsituation.³⁵ I en studie karakteriserades de hälso- och sjukvårdsinterventioner som patienterna uppfattade som mest användbara i tre punkter: 1) de skulle inte kräva att kvinnan identifierades/ avslöjade sig själv som ett offer för våld 2) de skulle presentera multipla val och 3) de skulle respektera kvinnans autonomi. Den mest önskvärda interventionen var att vårdgivaren skulle ha en affisch med information om våld i nära relation/telefonnummer till jourlinje placerad i damtoaletten. Andra populära alternativ var att vårdgivaren skulle ha information i väntrummet eller informera om rättsligt skydd för kvinnans barn. Vissa kvinnor ville få möjlighet att tala med en rådgivare om sin egen säkerhet.³⁶

Intervention

Forskning har visat att många behandlare tycker att frågan om våld är obekvämt att ta tag i. Vanliga hinder för ett ingripande som uppges är: partner eller barn närvarande, brist på utbildning och oro för att patienten ska känna sig förolämpad.³⁷ Även tidsbrist och ekonomi är återkommande argument.³⁸ Huruvida alla patienter bör tillfrågas om våld i nära relation som en del av hälsodeklarationen, eller om vissa bör väljas ut och tillfrågas, är något som är omdebatterat. Ett argument som framförs mot är att det råder brist på vetenskaplig evidens.³⁹ De som argumenterar för screening brukar hävda att misshandel är så vanligt före-

31 Dym 1995.

32 För vidare läsning om hanteringen av barn som är utsatta rekommenderas Tandläkarförbundets skrift "Barn som får illa".

33 Senn m.fl. 2001.

34 Nelms m.fl. 2009.

35 Socialstyrelsen 2002.

36 Chang m.fl. 2005.

37 Love m.fl. 2001.

38 Sugg 1992, Leeners m.fl. 2007, Dahlström och Jansson 2009.

39 Coulthard m.fl. 2010.

kommande mot kvinnliga patienter att det är befogat med screening.⁴⁰ Ett annat argument för att fråga är att frågan i sig blir en markering att samhället inte accepterar att någon utsätts för förtryck och våld.⁴¹ I Storbritannien har hälsodepartementet tagit tydlig ställning genom att rekommendera att anställda inom NHS (den offentliga vården) utbildar sig i att kunna fråga alla kvinnor om våld i nära relation.⁴² Det finns även resultat som tyder på att fler patienter kan tänka sig att berätta att de varit utsatta vid en fråga från en behandlare, i jämförelse med antalet patienter som på egen hand väljer att berätta.⁴³

Brist på kunskap tycks lägga hinder i vägen för intervention.

Många studier visar att tandvårdspersonal saknar eller har bristande utbildning vad gäller våldsutsatthet hos sina patienter.⁴⁴

I en amerikansk studie från 1994 jämfördes tandläkare och tandhygienister med sjuksköterskor, läkare, psykologer och socialarbetare. I jämförelse med de andra grupperna var det betydligt färre behandlare i tandvårdsgrupperna som 1) kunde minnas att de hade fått utbildning om våld i nära relation 2) brukade misstänka att deras patienter var utsatta.⁴⁵

En konsekvens i patientsituationen av att tandläkare och tandhygienister saknar utbildning är att de inte frågar om våld, ens när patienten uppvisar synliga tecken på trauma mot huvud- halsområdet.⁴⁶ En annan konsekvens är att behandlare även i situationer när de har en uttalad misstanke om att patienten varit utsatt för våld ändå ingriper minimalt.⁴⁷

En studie undersökte hur tandläkare och tandhygienister agerade när de träffade på patienter som de misstänkte var utsatta för våld. Trots anmälningsskyldighet vad gällde barnmisshandel och våld mot äldre, så kom "att anmäla" långt ned på listan över åtgärder som de använde sig av vid misstanke om att en barnpatient eller äldre patient for illa. Vid djupintervjuer med behandlare framkom att dessa hade dåligt självförtroende kring sin roll i mötet med patienter som är utsatta för våld. De såg vidare barn och äldre som "oskyldiga offer" för våld men hade en bristande förståelse för den komplexa process i vilken en vuxen patient är utsatt för våld av sin partner.⁴⁸

Flera studier visar att tandläkare och tandhygienister önskar sig mer utbildning om våld i nära relation.⁴⁹ De som har fått utbildning är i högre grad öppna för att deras patienter kan vara våldsutsatta.⁵⁰ De presterar bättre vid kunskapstest⁵¹ och känner sig mindre otillräckliga vid möten med våldsutsatta patienter.⁵² Efter utbildning börjar behandlarna se att tandvården har en viktig roll att spela vad gäller att upptäcka och identifiera misshandel.⁵³ Utbildning gör även att behandlare blir mer benägna att agera i patientsituationen.⁵⁴

En vanlig missuppfattning är att intervention innebär att man ska "rädda" personen, vilket gör att frågan lätt känns överväldigande.⁵⁵ Tandvårdspersonal förväntas inte vara "experter" på våld i nära relationer (varken barnmisshandel, partnervåld eller våld mot äldre) och

40 Waalen m.fl. 2000.

41 Coker 2006.

42 Coulthard och Warburton 2007.

43 Curran m.fl. 1995.

44 Chiodo m.fl. 1994, Love m.fl. 2001, Gutmann m.fl. 2002, Murphree 2002, Dahlström och Jansson 2009, Driegard m.fl. 2012.

45 Tilden m.fl. 1994.

46 Love m.fl. 2001.

47 Love m.fl. 2001.

48 Chiodo m.fl. 1994.

49 Mascarenhas m.fl. 2009, Harris m.fl. 2009, Uldum m.fl. 2010, Driegard m.fl. 2012.

50 Tilden m.fl. 1994, Love m.fl. 2001, Mascarenhas m.fl. 2009.

51 Murphree 2002, Danley m.fl. 2004, Harmer-Beem 2005, Warburton m.fl. 2006, Hsieh m.fl. 2006.

52 Murphree 2002, Harmer-Beem 2005, Warburton m.fl. 2006, Aved m.fl. 2007 Harmer-Beem 2005.

53 Warburton m.fl. 2006.

54 Love m.fl. 2001, Mascarenhas m.fl. 2009.

55 Short m.fl. 1997.

det är inte heller meningen att tandläkaren eller tandhygienisten ska lösa problemet. Men behandlaren kan hjälpa patienten genom att ge stöd och information om olika alternativ. Vårdgivarens viktigaste roll vid intervention med våldsutsatta patienter är att fungera som en bro för patienten till de instanser där den kan få den hjälp och det stöd som den behöver.⁵⁶

Miljön på kliniken

En förutsättning för att en patient ska våga anförtro sig åt sin vårdgivare och att behandlaren ska känna sig bekväm med att ta upp frågan, är att den utsatta känner sig trygg. Patienten behöver därför få veta att eventuell information från henne kommer att skyddas av tystnadsplikten (våld mot barn bör dock alltid anmälas till socialtjänsten, se ovan). Intervention med patienten skall ej ske i närvaro av patientens partner, ledsagare, eller förälder.⁵⁷ Om patienten kommer i sällskap med någon bör vårdgivaren be den medföljande att lämna rummet med hänvisning till att det är rutin på kliniken att ingen är med under behandling.⁵⁸

En trygg miljö på kliniken kan skapas genom följande åtgärder:⁵⁹

- All personal utbildas i intervention mot våld i nära relationer.
- Skriftlig information om våld i nära relationer görs tillgänglig i väntrummet och på patienttoaletter. Den enskilda vårdgivaren bör känna till lokala stödinstitutioner dit patienten kan vända sig och informationen bör innefatta kontaktuppgifter till dessa. Tänk på att kvinnan mycket troligt känner sig tvungen att gömma informationen för sin partner.
- Överväg att sätta upp kursintyg på kliniken som visar att er personal har utbildning inom våld i nära relationer. Kursintyget bör innefatta eller kompletteras med budskapet: ”på denna klinik kan du känna dig trygg med att prata om våld i nära relationer”.
- Överväg frågor om våld i nära relation i hälsodeklarationen.

AVDR – en modell för intervention

En enkel interventionsmodell – AVDR – har testats inom tandvården med positiva resultat.⁶⁰

AVDR står för:

- Ask (fråga)
- Validate (bekräfta)
- Document (dokumentera)
- Refer (remittera, hänvisa)

Modellen kan behandlaren använda som en ram för vårdmötet med (eventuellt) våldsutsatta patienter. Nedan behandlas de fyra komponenterna i modellen utifrån aktuell forskning.

Ask: fråga om våld

Varje behandlare behöver hitta sitt eget sätt att fråga om våld i nära relation för att känna sig så bekväm som möjligt. Det kan hjälpa att ”bädda in” frågan i andra anamnesfrågor och till exempel inleda med mer allmänna frågor om hur patienten har det hemma och i sin

56 Short m.fl 1997.

57 Short m.fl. 1997.

58 Dym 1995.

59 Short m.fl 1997, Coulthard och Warburton, 2007.

60 Danley m.fl. 2004, Hsieh m.fl. 2006.

relation.⁶¹

Ett mer strukturerat sätt att fråga om våld är att använda sig av ett validerat frågeformulär. En amerikansk forskargrupp har här funnit att två frågeformulär, Partner Violence Screening (PVS) och Woman Abuse Screening Tool (WAST, i modifierad form), fungerar väl vad gäller att urskilja våldsutsatthet om vårdgivaren sett synliga skador hos en patient.

PVS består av tre frågor:

1. Har du blivit slagen, sparkad, puttad eller på annat sätt skadad av någon det senaste året?
2. Känner du dig trygg i din nuvarande relation?
3. Finns det en partner från ett tidigare förhållande som får dig att känna dig otrygg?

Modifierad WAST består av två frågor:

- 1) Generellt, skulle du beskriva din relation som:
 - a) Ej ansträngd
 - b) Något ansträngd
 - c) Mycket ansträngd
- 2) Hur hanterar du och din partner konflikter:
 - a) utan svårighet
 - b) med viss svårighet
 - c) mycket svårighet

Till WAST har forskarna använt ett poängsystem för att upptäcka riskgrupper. Såväl PVS som WAST har visat sig vara effektiva verktyg att urskilja om ursprunget till skadorna är partnervåld.⁶² För andra förslag på frågor se bilaga.

Validate: bekräfta patienten

Nästa steg i AVDR-modellen är att bekräfta patienten. Att ge bekräftelse innebär i dessa fall att förmedla att ingen förtjänar att bli utsatt för våld och att förövaren bär på ansvaret för sina handlingar. Det är viktigt för patienten att få höra att hon har ett värde och att det som förövaren gör är fel,⁶³ speciellt om vårdgivaren är den första som hon berättar för. Ha i åtanke att samtalet kan vara psykiskt påfrestande för patienten.

Vårdgivaren bör använda tydliga budskap, som exempelvis:⁶⁴

- ”Du har inte orsakat detta, det är inte ditt fel.”
- ”Du förtjänar inte att bli slagen eller skadad oavsett vad som hänt.”
- ”Jag är orolig för din säkerhet och ditt välmående.”

Även i situationer där behandlaren har en stark misstanke om att patienten varit utsatt men patienten inte säger att så är fallet, kan det vara viktigt att hitta ett sätt att ge bekräftelse.

61 Gerbert m.fl. 2000.

62 Halpern m.fl. 2005, Halpern m.fl. 2006, Perciaccante m.fl. 2010.

63 Brown 2006.

64 Gerbert m.fl. 2000.

Document: dokumentera/journalför

För att korrekt dokumentera en skada bör lokalisation, storlek och ålder på skadan anges. Om möjligt bör skadan fotograferas. Behandlaren bör fråga sig om patientens förklaring till uppkomsten av skadan verkar rimlig.⁶⁵ Stämmer inte anamnesen bör detta beskrivas i journalen, på så sätt att det framgår att behandlarens bedömning är att de kliniska fynden inte passar den beskrivna uppkomsten. Skadorna bör beskrivas i texten. Röntgenbilder ska tas när så är lämpligt.⁶⁶ Fråga patienten om detaljer avseende namn, plats för våldsincidenten samt eventuella vittnen. Behandlaren bör dokumentera vad patienten säger med patientens egna ord, i form av citat, vilket har mer tyngd rättsligt än bara en sammanfattning.⁶⁷ Dessutom kan en formulering som ”patienten hävdar att hennes pojkvän slog henne” te sig mer tvetydig/ifrågasättande till uttalandet än: ”patienten sa: jag blev slagen av min pojkvän”.⁶⁸ Även när patienten inte känner sig redo för ett avslöjande så bör journalföringen vara utförlig, eftersom detta kan ha ändrats vid ett senare tillfälle så att hon då känner sig redo och behöver rättsligt användbara anteckningar.⁶⁹

Refer: remittera/hänvisa

Patienten kan dels behöva remitteras för ytterligare utredning och behandling av aktuella skador, dels informeras om och hänvisas till relevanta hjälpinstanser och stödverksamheter. I bästa fall har vårdgivaren kännedom om dessa, men om så inte är fallet bör vårdgivaren erbjuda sig att ta reda på vart den utsatta kan vända sig för ytterligare råd och stöd.

Ett gott patientmöte

Vårdgivarens bemötande är av stor betydelse för att en gynnsam vårdssituation uppstår, och detta gäller inte minst om patienten har erfarenhet av våld.⁷⁰ Om patienten väljer att berätta att hon lever i en våldspräglad relation, är detta ett förtroende, och vårdgivaren bör då:⁷¹

- Tacka för förtroendet.
- Ta emot patientens berättelse.
- Överväga polisanmälan. (Polisanmälan bör dock ej göras utan patientens medgivande om patienten är vuxen, men om patienten är utsatt för allvarligt våld kan det vara tillåtet att bryta sekretessen, samråd med arbetsgivaren rekommenderas.)

Vårdgivaren bör inte:

- Förminska den information som ges.
- Överträda tystnadsplikten.
- Byta samtalsämne.
- Tala om för patienten vad hon ska göra, patienten måste själv få välja handlingsalternativ.
- Skuldbelägga patienten genom att direkt eller indirekt klandra denna för att inte ha polisanmält, inte ha lämnat sin partner eller inte ha sökt vård tidigare.

65 Hammel 1995.

66 Senn m.fl. 2001.

67 Gerbert m.fl. 2000.

68 Gwinn m.fl. 2004.

69 Brown 2006.

70 Wendt & Enander, 2013.

71 Short m.fl. 1997, Brown 2006, Warburton m.fl. 2006.

Vid kännedom om att patienten har erfarenhet av våld från tidigare i livet/under barndomen, kan vårdgivaren vidare:⁷²

- Fråga patienten om hon vill ha dörren till behandlingsrummet öppen eller stängd och se till att två behandlare är närvarande under behandlingen.
- Försöka utjämna en upplevd maktobalans och öka känslan av samarbete genom att ha ett lite längre samtal med patienten innan behandlingen inleds.
- Försöka minska känslan av förlorad kontroll genom att fråga om patientens tillåtelse för att utföra behandling. Ställa frågor som: "Känner du dig bekväm? Finns det något vi kan göra för dig?" Lämna utrymme för pauser och kontrollera hur patienten mår, vara uppmärksam på kroppsliga signaler och erbjuda patienten att signalera "stopp" genom att räkna upp handen.
- Tänka på att ha patienten i sittande läge så mycket som möjligt eftersom många utsatta kan uppleva liggande läge som mycket obehagligt. Om bakåtlutad läge inte kan undvikas, förklara varför det görs och att behandlingen blir av bättre kvalitet. Erbjud patienten möjligheten att titta på i en handhållen spegel.
- Undvika att luta sig mot patienten eller att ha "onödig" kroppskontakt.
- Vara försiktig med sitt språk så att patienten inte känner sig skuldbelagd (vilket kan påminna om förövarens beteende). Även om patienten uppvisar en klart bristande munhälsa, kan det vara mer lämpligt att fråga hur vårdgivaren kan hjälpa patienten att ta bättre hand om sig själv än att påpeka just en brist.

Sammanfattning och slutsats

Det vetenskapliga underlaget kring tandvårdens bemötande av patienter med aktuell eller tidigare erfarenhet av våld är begränsat. Resultatet av forskningsgenomgången tyder ändå på att tandvården har flera möjligheter att upptäcka våldsutsatthet och att bemöta den utsatta patienten inom ramen för den ordinarie verksamheten. Det finns ett starkt vetenskapligt stöd för att skador i huvud-halsområdet är vanliga hos patienter som misshandlas av en närstående person. Tandvårdens unika situation, att man har en regelbunden kontakt med patienten som kan vara i flera år, ger möjlighet att upptäcka såväl dessa skador som andra tecken på våld. Patienter med och utan erfarenhet av våld tycks också finna det acceptabelt att tandvården berör dessa frågor, liksom man berör övriga eventuellt känsliga anamnesfrågor.

Utifrån forskning om patienters önskemål kring tandvårdens bemötande och tandvårdspersonalens uppfattningar om vad som är genomförbart, tycks personalens viktigaste roll bestå i att upptäcka våldsutsatthet samt att lotsa patienten vidare. En förutsättning för detta är att vårdgivarna har kunskap om våld i nära relation. Vårdgivarna bör vidare vara lyhörda för patientens behov i behandlingssituationen, med särskild uppmärksamhet riktad mot eventuella upplevelser av obehag. Sådan lyhördhet underlättas av att kliniken i stort är förberedd för att hantera situationen.

72 Hays & Stanley 1996, Short m.fl 1997, Stalker m.fl. 2005.

Appendix

För att ta fram vetenskapliga artiklar till denna Genväg till forskning gjordes sökningar i databasen Pubmed, men även kompletterande Googlesökningar.

Kombinationer av sökord som användes i båda fallen var: "domestic violence AND dentistry". "Domestic violence AND dental hygiene". "Domestic violence AND women AND oral".

Det första urvalet styrdes av titlarna på artiklarna. Därefter lästes alla relevanta abstracts. På grund av det relativt låga antalet relevanta publikationer inom det odontologiska forskningsområdet, inkluderades inte bara kvantitativa och kvalitativa studier utan även ett antal debattartiklar och artiklar skrivna av sakkunniga inom tandvården. Slutligen lästes alla artiklar som befanns vara relevanta, utifrån frågeställningarna som ställts upp och använts som ram för Genvägen.

Andra inklusionskriterier var att artiklarna skulle vara skrivna på engelska eller ett skandinaviskt språk.

Fler artiklar hittades genom granskning av referenserna i de utvalda artiklarna. Ett fåtal studier utanför odontologin har också inkluderats, då ämnena för dem har varit relevanta.

Referenser

- Almqvist, K., & Jansson, S. (2004). *Barn som bevittnat våld*. Stockholm: Gothia.
- Andreasen, J.O., Andreasen, F.M., & Andersson, L. (2007). *Textbook and color atlas of traumatic injuries to the teeth*. 4th ed. Oxford, UK : Blackwell Munksgaard. Kap 7, s 207-215.
- Arosarena, O.A., Fritsch, T.A., Hsueh, Y., Aynechi, B., & Haug, R. (2009). Maxillofacial injuries and violence against women. *Arch Facial Plast Surgery*, 11(1), 48-52.
- Attala, J.M., Weaver, T.L., Duckett, D., & Draper, V. (2000). The implications of domestic violence for home care providers. *International Journal of Trauma Nursing*, 6(2), 48-53.
- Aved, B.M., Meyers, L., & Burmas, E.L. (2007). Challenging dentistry to recognize and respond to family violence. *CDA Journal*, 35(8), 555-563.
- Barnombudsmannen (2010). *Tandvården och barn som far illa*. Br 2010:02. Stockholm: Barnombudsmannen.
- Breiding M.J., Black M.C., & Ryan G.W. (2008). Chronic disease and health risk behaviors associated with intimate partner violence-18 U.S. states/territories, 2005. *Ann Epidemiol*, 8(7), 538-44.
- Brown, A. (2006). Dentists in vital position to detect domestic violence. *Today's FDA*, 18(10), 41-3.
- Brottsförebyggande rådet (2009). *Våld mot kvinnor och män i nära relationer – våldets karaktär och offrens erfarenheter av kontakter med rättsväsendet*. Rapport 2009:12. Stockholm: Brottsförebyggande rådet.
- Campbell, L.C., Riley, J.L., Kashikar-Zuck, S., Gremillion, H., & Robinson, M.E. (2000). Somatic, affective, and pain characteristics of chronic TMD patients with sexual versus physical abuse histories. *Journal of Orofacial Pain*, 14(2), 112-9.
- Cavalcanti, A. L. (2010). Prevalence and characteristics of injuries to the head and profacial region om physically abused children and adolescents – a retrospective study in a city of the Northeast of Brazil. *Dental Traumatology*, 26, 149-153.
- Chang, J.C., Cluss, P.A., Ranieri, L., Hawker, L., Buranosky, R., Dado, D., McNeil, M., & Scholle, S.H. (2005). Health care interventions for intimate partner violence: what women want. *Women's Health Issues*, 15(1), 21-30.
- Chiodo, G.T., Tilden, V.P., Limandri, B.J., & Schmidt, T.A. (1994). Addressing family violence among dental patients: assessment and intervention. *Journal of the American Dental Association*, 125, 69-75.
- The Cochrane Collaboration (2010). *Domestic violence screening and intervention programmes for adults with dental or facial injury (Review)*. Manchester: The Cochrane Collaboration.
- Coker, A.L. (2006). Preventing intimate partner violence: how we will rise to this challenge. *American Journal of Preventive Medicine*, 30(6), 528-9.
- Connor, P.D., Nouer, S.S., Mackey, S.N., Banet, M.S., & Tipton, N.G. (2011). Dental students and intimate partner violence: measuring knowledge and experience to institute curricular change. *Journal of Dental Education*, 75(8), 1010-9.
- Coulthard, P., & Warburton, A.L. (2007). The role of the dental team in responding to domestic violence. *British Dental Journal*, 203(11), 645-8.
- Cowpe, J. (2010). Profile and competencies for the graduating European dentist – update 2009. *European Journal of Dental Education*. 14(4), 193-202.
- Curran S.L., Sherman J.J., Cunningham L.L., Okeson J.P., Reid K.I., & Carlson C.R. (1995). Physical and sexual abuse among orofacial pain patients: linkages with pain and psychologic distress. *Journal of Orofacial Pain*, 9(4), 340-6.
- da Fonseca, M.A., Feigal, R.J., & ten Benschel, R.W. (1992). Dental aspects of 1248 cases of child maltreatment on file at a major county hospital. *Pediatric Dentistry*, 14(3), 152-157.
- Dahlström, L., & Jansson, S. (2009). Kunskapsbrist om våldsutsatta patienter. *Tandläkartidningen*, 101(6), 64-70.
- Danley, D., Gansky, S.A., Chow, D., & Gerbert, B. (2004). Preparing dental students to recognize and respond to domestic violence: the impact of a brief tutorial. *Journal of the American Dental Association*, 135(1), 67-73.
- Denham D., & Gillespie J. (1994). *Family violence handbook for the dental community*. Ottawa: Health Services Directorate, Health Canada.
- Driegard, C., Nicolas, E., Hansjacob, A., & Roger-Leroi, V. (2012) Educational needs in the field of detection of domestic violence and neglect: the opinion of a population of French dentists. *European Journal of Dental Education*. 16 (3), 156-165.
- Dym, H. (1995). The abused patient. *Dental Clinics of North America*, 39(3), 621-35.
- Fillingim, R.B., Maixner, W., Sigurdsson, A., & Kincaid, S. (1997) Sexual and physical abuse history in subjects with temporomandibular disorders: relationship to clinical variables, pain sensitivity, and psychological factors. *Journal of Orofacial Pain*, 11(1), 48-57.
- Gerbert, B., Moe, J., Caspers, N., Salber, P., Feldman, M., Herzig, K., & Bronstone, A. (2000) Simplifying physicians' response to domestic violence. *The Western Journal of Medicine*. 172(5), 329-31.
- Gibson-Howell, J.C., Gladwin, M.A., Hicks, M.J., Tudor, J.F., & Rashid, R.G. (2008) Instruction in dental curricula to identify and assist domestic violence victims. *Journal of Dental Education*, 72(11), 1277-89.
- Gironda, M. W., Lefever, K. H., & Anderson, E. A. (2010) Dental students' knowledge about elder abuse and neglect and reporting responsibilities of dentists. *Journal of Dental Education*, 74(8), 824-829.
- Gutmann, M.E., & Solomon, E.S. (2002) Family violence content in dental hygiene curricula: a national survey. *Journal of Dental Education*, 66(9), 999-1005.
- Gwinn, C., McClane, G.E., Shanel-Hogan, K.A., & Strack, G.B. (2004) Domestic violence: no place for a smile. *Journal of the California Dental Association*, 32(5), 399-409.
- Halpern, L.R., Susarla, S.M., & Dodson, T.B. (2005) Injury location and screening questionnaires as markers for intimate partner violence. *Journal of Oral and Maxillofacial Surgery*, 63, 1255-1261.
- Halpern, L.R., Perciaccante, V.R., Hayes, C., Susarla, S., & Dodson, T.B. (2006) A protocol to diagnose intimate partner violence in the emergency department. *The Journal of Trauma*, 60(5), 1101-1105.
- Hammel, P.W. (1995). The dentist's role in recognizing domestic violence. *Journal of the Michigan Dental Association*. 77(4): 30-33, 34, 40 passim.
- Harris, J. C., Elcock, C., Sidebotham, P. D., & Welbury, R. R. (2009). Safeguarding children in dentistry: 2. Do paediatric dentists neglect child dental neglect? *British Dental Journal*, 206(8), 409-414.
- Harmer-Beem, M. (2005) The perceived likelihood of dental hygienists to report abuse before and after a training program. *Journal of Dental Hygiene*, 79(1), 1-12.
- Hashemi, H.M., & Beshkar, M. (2011). The prevalence of maxillofacial fractures due to domestic violence – a retrospective study in a hospital in Tehran, Iran. *Dental Traumatology*. 27, 385-388.
- Hays, K.F., & Stanley, S.F. (1996). The impact of childhood sexual abuse on women's dental experiences. *Journal of Child Sexual Abuse*, 5, 65-74.

- Helweg-Larsen K., & Kruse M. (2003). Violence against women and consequent health problems: a register-based study. *Scand J Public Health, 31*(1), 51-7.
- Hsieh, N.K., Herzig, K., Gansky, S.A., Danley, D., & Gerbert, B. (2006). Changing dentists' knowledge, attitudes and behavior regarding domestic violence through an interactive multimedia tutorial. *Journal of the American Dental Association, 137*(5), 596-603.
- Huang, V., Moore, C., Bohrer, P., & Thaller, S. (1998). Maxillofacial injuries in women. *Annals of Plastic Surgery, 41* (5), 482-484.
- Kenney, J.P. (2006). Domestic violence: a complex health care issue for dentistry today. *Forensic Science International, 15*(159), 121-125.
- Kvist, T., Malmberg, F., Boovist, A.K., Larheden, H., & Dahllöf, G. (2012). Clinical routines and management of suspected child abuse or neglect in public dental service in Sweden. *Swedish Dental Journal, 36*(1), 15-24.
- Le, B.T., Dierks, E.J., Ueek, B.A., Homer, L.D., & Potter, B.F. (2001). Maxillofacial injuries associated with domestic violence. *J Oral Maxillofacial Surg, 59*, 1277-1238.
- Leeners, B., Stiller, R., Block, E., Görres, G., Imthurn, B., & Rath, W. (2007). Consequences of childhood sexual abuse experiences on dental care. *Journal of Psychosomatic Research, 62*(5), 581-8.
- Love, C., Gerbert, B., Caspers, N., Bronstone, A., Perry, D., & Bird, W. (2001). Dentists' attitudes and behaviors regarding domestic violence – the need for an effective response. *Journal of the American Dental Association, 132*(1), 85-93.
- Mascarenhas, A.K. Deshmukh, A. & Scott, T. (2009). New England, USA dental professionals' attitudes and behaviours regarding domestic violence. *British Dental Journal, 206*, E5 (online article).
- Muellemann, R.L., Lenaghan, P.A., & Pakieser, R.A. (1996). Battered women: injury locations and types. *Annals of Emergency Medicine, 28*(5), 486-92.
- Murphree, K.R., Campbell, P.R., Gutmann, M.E., Plichta, S.B., Nunn, M.E., McCann A.L., & Gibson, G. (2002). How well prepared are Texas dental hygienists to recognize and report elderly abuse? *Journal of Dental Education, 66*(11), 1274-1280.
- Nationellt centrum för kvinnofrid (2011). *Att fråga om våldsutsatthet som en del av anamnesen*. Uppsala: Nationellt centrum för kvinnofrid.
- Nationellt centrum för kvinnofrid (2010). *Nationell kartläggning om hur mäns våld mot kvinnor, hedersrelaterat våld och förtryck samt våld i samkönade relationer beaktas i grundutbildningar vid universitet och högskolor*. Delrapport 2. Uppsala: Nationellt centrum för kvinnofrid.
- Nelms, A.P., Gutmann, M.E., Solomon, E.S., DeWald, J.P., & Campbell, P.R. (2009). What victims of domestic violence need from the dental profession. *Journal of Dental Education, 73*(4), 490-498.
- Ochs, H.A., Neuenschwander, M.C., & Dodson, T.A (1996). Are head, neck and facial injuries markers of domestic violence? *The Journal of the American Dental Association, 127*, 757-761.
- Perciaccante, V.J., Carey, J.W., Susarla, S.M., & Dodson, T.B. (2010). Markers for intimate partner violence in the emergency department setting. *J Oral Maxillofacial Surg, 68*, 1219-1224.
- Regeringen. *Kvinnofrid. Proposition 1997/98:55*. Stockholm: Arbetsmarknadsdepartementet.
- Saddki, N., Suhaimi, A.A., Daud, R., (2010). Maxillofacial injuries associated with intimate partner violence in women. *BMC Public Health, 10*, 268-273.
- Senn, D.R., McDowell, J.D., & Alder, M.E. (2001). Dentistry's role in the recognition and reporting of domestic violence, abuse and neglect. *Dental Clinics of North America, 45*(2), 343-363.
- Short, S., Tiedemann, J.C., & Rose, D.E. (1997). Family violence: an intervention model for dental professionals. *Northwest Dentistry, 76* (5), 31-5.
- Sinopoli, J. (2003). The front lines – fighting the war against abuse from the dental office. *CDS Review, 96*(7), 10-11, 13.
- Socialstyrelsen (2002). *"Tack för att ni frågar"- screening om våld mot kvinnor*. Stockholm: Socialstyrelsen.
- Stalker, C.A. Russell, B.D. Teram, E. Schachter, C.L. (2005). Providing dental care to survivors of childhood sexual abuse: treatment considerations for the practitioner. *The Journal of the American Dental Association, 136*(9), 1277-1281.
- Strack, G.B., McClane, G.E., & Hawley, D. (2001). A review of 300 attempted strangulation cases part I: Criminal legal issues. *The Journal of Emergency Medicine, 21*(3), 303-309.
- Sugg, N.K., & Inui, T. (1992). Primary care physicians' response to domestic violence. Opening Pandora's box. *The Journal of the American Medical Association, 267*(23), 3157-60.
- Sveriges tandläkarförbund (2011). *Barn som far illa*. Kunskap och kvalitet nr 9. Stockholm: Sveriges tandläkarförbund.
- Sweet, D. (1996). Recognizing and intervening in domestic violence: proactive role for dentistry. *Medscape General Medicine, 1*(1).
- Tam, S., Joyce, D., Gerber, MR., & Tan, A. (2010). Head and neck injuries in adult victims of intimate-partner violence. *Journal of Otolaryngology, Head & Neck Surgery, 39*(6), 737-43.
- Thomas J.E., Straffon, L., & Inglehart, M.R. (2006). Child abuse and neglect: dental and dental hygiene students' educational experiences and knowledge. *Journal of Dental Education, 70*(5), 558-65.
- Tilden V.P., Schmidt T.A., Limandri B.J., Chiodo G.T., Garland M.J., & Loveless P.A. (1994). Factors that influence clinicians' assessment and management of family violence. *American Journal of Public Health, 84*(4), 628-633.
- Uldum, B., Nørdgard Christensen, H., Welbury, R., & Poulsen, S. (2010). Danish dentists' and dental hygienists knowledge of and experience with suspicion of child abuse and neglect. *International Journal of Paediatric Dentistry, 20*, 361-365.
- Waalén, J., Goodwin, M.M., Spitz, A.M., Petersen, R., & Saltzman, L.E. (2000). Screening for intimate partner violence by health care providers. Barriers and interventions. *The American Journal of Preventive Medicine, 19*(4), 230-237.
- Walker, E.A., Milgrom, P.M., Weinstein, P., Getz, T., & Richardson, R. (1996). Assessing abuse and neglect and dental fear in women. *Journal of the American Dental Association, 127*(4), 485-90.
- Warburton, A. L., Hanif, B., Rowsell, C., & Coulthard, P. (2006). Changes in the levels of knowledge and attitudes of dental hospital staff about domestic violence following attendance at an awareness raising seminar. *British Dental Journal 201*(10), 653-659.
- Wendt, E., & Enander, V. (2013). Övergiven eller stöttad? Våldsutsatta kvinnors erfarenheter av bemötande inom hälso- och sjukvården. Göteborg: Västra Götalandsregionens kompetenscentrum om våld i nära relationer.
- Willumsen, T. (2001). Dental fear in sexually abused women. *European Journal of Oral Sciences, 109*(5), 291-6.
- Willumsen, T. (2004). The impact of childhood sexual abuse on dental fear. *Community Dentistry and Oral Epidemiology, 32*(1), 73-79.
- World Health Organization (2005). *WHO Multi-country Study on Women's Health and Domestic Violence against Women: Initial results on prevalence, health outcomes and women's responses*. Geneva: World Health Organization
- Zachariades, N., Koumoura, F., & Konsolaki-Agouridaki, E. (1990). Facial trauma in women resulting from violence by men. *Journal of Oral and Maxillofacial Surgery, 48*(12), 1250-3.

Bilaga: att fråga om våld – fler exempel

Inom tandvården är våld i nära relation ett ”ungt” forskningsområde så relativt få vetenskapliga studier finns publicerade. Inför denna Genväg till Forskning har därför tagits del av många artiklar som skrivits av tandläkare som är kunniga inom området, men som inte nödvändigtvis har forskat inom det. Dessa har formulerat ett antal olika frågor som behandlare kan välja mellan utifrån eget tycke, till exempel:^{73 74 75 76}

Frågor som bryter känslan av isolering:

- Många patienter berättar för mig att deras partners har skadat dem, har detta hänt dig?
- Jag vet inte om du har det här problemet, men många av de patienter som jag träffar lever i våldsamma förhållanden. Vissa är inte bekväma med att berätta om detta själva, så jag har börjat fråga om det på rutin. Är du i ett förhållande med någon som gör dig illa eller hotar dig?

Frågor som baseras på observationer:

- Din partner verkar väldigt orolig för dig. Ibland så kan personer reagera så när de känner sig skyldiga. Är det han/hon som har skadat dig?
- Du verkar rädd för din partner, är det han/hon som har skadat dig?
- Jag har märkt att du vänder dig mot din partner när jag ställer frågor till dig. Är du rädd för att råka illa ut om du ger ”fel” svar?

Frågor om psykiskt våld:

- Har din partner någonsin förstört eller skadat saker som du bryr dig om?
- Blir din partner svartsjuk när du träffar vänner, pratar med folk eller går ut? Vad händer i så fall?

Frågor om fysiskt våld:

- Brukar era gräl innehålla fysisk kontakt såsom knuffar eller örfilar?
- Har någon hemma hos dig slagit dig eller försökt skada dig?

Frågor som rör patientens omedelbara säkerhet:

- Har din partner någonsin hotat eller skadat dina barn?
- Känner du dig trygg?
- Har du blivit hotad till livet?
- Är du rädd för att gå hem?
- Har du ett säkert ställe där du kan vara?
- Befinner sig dina barn i säkerhet?

73 Coulthard och Warburton, 2007.

74 Hammel 1995.

75 Brown 2006.

76 Kenney 2006.