

***TANNHELSETJENESTENS BETYDNING FOR DEM SOM ER UTSATT  
FOR VOLD I NÆRE RELASJONER***

*Av*

*Sigrid van Eeden og Andrea Indahl*

*Veileder*

*Tiril Willumsen og Anne Rønneberg*



**Det Odontologiske Fakultet**

**Universitetet i Oslo**

**2017**

## Innholdsfortegnelse

Forord.....	3
Abstract.....	4
Innledning.....	5
• Definisjoner.....	7
• Dynamikken i et voldelig forhold.....	8
• Omfang.....	9
• Kjennetegn.....	11
• Negative konsekvenser for fysisk og psykisk helse.....	15
• Utsatte grupper.....	16
• Lovverket.....	17
Metode.....	20
Resultater	
• Spørreskjema.....	21
• Flytskjema.....	24
Diskusjon	
• Spørreskjema.....	25
• Flytskjema.....	29
Konklusjon.....	34
Kilder.....	35

### **Forord:**

Å fordype seg i temaet vold i nære relasjoner har vært en lærerik, frustrerende og morsom oppgave. Vi har fått muligheten til å belyse et tema vi synes er viktig og vanskelig. Vi vil gjerne takke våre veiledere Tiril Willumsen og Anne Rønneberg for all hjelp, støtte og gode tilbakemeldinger gjennom hele prosessen. I oppgaven har vi valgt å skrive en lang innledning for å belyse temaet ut fra norske forhold.

Oslo, mai 2017

## **Abstract**

Vold i nære relasjoner er et alvorlig globalt problem av stort omfang og har store konsekvenser for de som er rammet. Det har i lang tid blitt ansett som et privat problem, men temaet har i løpet av de siste årene blitt viet økende oppmerksomhet og blir nå sett på som et offentlig anliggende. Det er større fokus på at det er et offentlig ansvar å forebygge, oppdage og hjelpe ofrene. Tannhelsepersonell har en unik mulighet til å oppdage og hjelpe mennesker utsatt for vold i nære relasjoner.

Mål: målet med oppgaven er å forsøke å komme nærmere svaret på om mennesker utsatt for vold i nære relasjoner oftere kan oppdages hos tannlegen, samt utarbeide et flytskjema som tannhelsepersonell kan bruke som hjelpemiddel når man har en pasient i stolen som man mistenker er utsatt. Vi har fokusert på den voksne befolkningen.

Metode: basert på en spørreskjemaundersøkelse blant brukere av et krisesenter i Norge.

Resultater: 50% hadde skade mot hode/nakke/hals, ansikt hvorav flest mot ansikt, nakke/hals og leppe, men ingen hadde oppsøkt tannlege for skadene. Ingen var redd for å gå til tannlegen. Om de hadde fått spørsmål om skadene sine hadde de fleste blitt spurt på legekontor og hos jordmor. De fleste hadde reagert med å bli enten redde, lettet eller flau. Flesteparten synes det er til hjelp om helsepersonell rutinemessig stiller spørsmål om partnervold. Ved hjelp av et flytskjema ønsker vi å gjøre det enkelt for behandler å ta tak i problemstillingen.

Konklusjon: vold i nære relasjoner kan trolig oftere oppdages av tannhelsepersonell.

Det er viktig å belyse temaet slik at alle har forutsetninger for å ta sin samfunnsoppgave for å redusere insidensen av vold i nære relasjoner.

## Innledning

Vold i nære relasjoner er et globalt problem, og i følge WHO står vi midt i en epidemi. Majoriteten av ofrene er kvinner. Ferske tall fra WHO indikerer at på verdensbasis har  $\frac{1}{3}$  av kvinner som har vært i et forhold, opplevd en form for fysisk og/eller seksuell vold av partner. Så mye som 38 % av drap på kvinner utføres av partner(1). Norge er intet unntak. Resultater fra en nasjonal undersøkelse publisert i 2008 viser at ca. 27 % av kvinner i Norge har blitt utsatt for vold eller seksuelle overgrep fra partner i løpet av livet, hvorav 13,9 % er fysisk vold(2). Ulike spørreundersøkelser tyder på at ca 2-4 % av befolkningen over 16 år utsettes for vold i nære relasjoner årlig, som anslås å være 75 000 - 150 000 mennesker i Norge(3). Vold i nære relasjoner kan gi store fysiske, mentale, seksuelle og reproduktive helse-konsekvenser for offeret(4).

Vold i nære relasjoner er et stort samfunnsøkonomisk problem. Etter oppdrag fra Justisdepartementet har Vista Analyse beregnet kostnadene av vold i nære relasjoner i Norge. Rapporten viser at denne typen vold kostet samfunnet mellom 4,5 og 6 milliarder kroner i 2010. Analysene regner blant annet med kostnader knyttet til rettsvesen, helsevesen, tap av liv og bruk av hjelpeapparater, men det er tapt arbeidsfortjeneste som er den største kostnaden for samfunnet da volds ofre helt/delvis kan falle utenfor arbeidslivet(5).

Tannhelsepersonell har en unik mulighet til å oppdage vold i nære relasjoner. Pasienter i alle aldre går til regelmessige kontroller hos tannlegen med rutinemessig undersøkelse av hode-, nakke- og munnregion. I underkant av 90 % av voksenbefolkningen i Norge har årlig ettersyn(6). Det er stor enighet i litteraturen at en stor prosentandel av skadene er mot nettopp hode, nakke/hals og ansikt(7).

Det er sparsomt med forskning på tannhelsepersonells kunnskap og holdninger til vold i nære relasjoner. Sent på 1990-tallet undersøkte Love tannlegers holdninger og atferd når det kommer til vold i nære relasjoner, og ulike barrierer tannleger står ovenfor når det kommer til å identifisere og hjelpe ofrene. De undersøkte 321 tilfeldig utvalgte allmenntannleger i Amerika. De kom frem til at 87 % av tannlegene aldri screener nye pasienter for tegn til vold i nære relasjoner. Kun 41 % av tannleger screener ofte/alltid for vold i nære relasjoner når tegn til mishandling er til stede, og 19 %

sier at de aldri screener for vold i nære relasjoner selv om tegn til mishandling er til stede(8). Mythri viste at 50 % av ofrene for vold i nære relasjoner hadde vært hos tannlegen når tegn til mishandling var til stede og 88% ble ikke spurt om skadene sine. Videre viser de at det er flere grunner til at tannlegen ikke spør om skadene, og hovedgrunnen er at de ikke har nok trening i å gjenkjenne vold i nære relasjoner (21 %)(9). Flere studier viser at tannleger ønsker mer opplæring når det kommer til vold i nære relasjoner(10).

Det er hevdet i en canadisk studie at de fleste tannlegeutdanninger underviser om vold i nære relasjoner, men det er uvisst om denne informasjonen blir brukt i praksis(10). I Norge har tannlegeutdanningene liten grad av systematisk opplæring om vold i nære relasjoner og hvordan tannhelsepersonell skal utforske og handle ved mistanke om dette.

Norge er forpliktet gjennom internasjonale menneskerettskonvensjoner å beskytte egne borgere mot vold, overgrep og annen inhuman behandling(11). I dag foreligger det ingen offisiell norsk veileder for hvordan helsepersonell skal forholde seg i møte med pasienter man mistenker er utsatt for vold. Etter oppdrag fra Helsedirektoratet jobbes det nå for å utvikle en nasjonal veileder til helsetjenestens arbeid med vold i nære relasjoner. Sosialstyrelsen i Sverige (tilsvarende Norske helsedirektoratet) utga i 2014 en veileder som har som formål å gi helsepersonell redskap til å forhindre, oppdage og hjelpe ofre for vold i nære relasjoner, samt opplysning om ansvar og lovverk som omhandler dette (12).

Formålet med oppgaven er

1. Forsøke å komme nærmere svaret på om mennesker som blir utsatt for vold i nære relasjoner oftere kan oppdages hos tannlegen gjennom en spørreundersøkelse blant kvinner på krisesenter.
2. Å utarbeide et flytskjema som hjelpemiddel /veileder for tannhelsepersonell når de møter pasienter de mistenker er utsatt for vold i nære relasjoner, og dermed bidra til å identifisere ofre og redusere prevalensen av vold i nære relasjoner.

## Definisjoner

**Voksen:** I Norge regnes man som myndig når man har fylt 18 år (13).

**Partnervold (IPV)** WHO definerer partnervold som enhver atferd i et intimt forhold, som forårsaker fysisk, psykisk eller seksuell skade på de involverte parter i forholdet(4).

**Vold i nære relasjoner** (domestic violence/familievold) er i mange land brukt synonymt med partnervold, men begrepet omfatter også misbruk av barn eller eldre, eller misbruk av andre medlemmer av husholdningen(4).

**Vold:** Det finnes mange måter å definere vold på.

WHO definerer vold som “forsettlig bruk, eller trussel om bruk, av fysisk makt eller tvang, rettet mot en selv, andre enkeltpersoner eller en gruppe eller samfunn, som enten resulterer i, eller har en høy sannsynlighet for å resultere i, død, fysisk eller psykisk skade, mangelfull utvikling, eller deprivasjon.” (14)

Per Isdals definisjon av vold er mye brukt både i Norge og internasjonalt: “Vold er enhver handling rettet mot en annen person som gjennom at denne handlingen skader, smerter, skremmer eller krenker, får denne personen til å gjøre noe mot sin vilje eller slutter å gjøre noe den vil”(15).

Voldsbegreper definert av psykolog Per Isdal i boken “Meningen med volden”, har ved gjentatte anledninger blitt referert til av institusjoner som hjelper voldsutsatte(15):

**A. Fysisk vold:** “enhver fysisk handling som skader eller kontrollerer et annet menneske. Det kan for eksempel være slag, spark, dytting, lugging, biting, knivstikking, binding, brennmerking, kvelertak og angrep med ulike gjenstander. All fysisk mishandling inneholder også psykisk mishandling”.

**B. Psykisk vold:** “all bruk av ord, stemme, handling eller mangel på handling som kontrollerer, skader eller krenker en annen. Det kan for eksempel være utskjelling, direkte trusler, indirekte trusler, isolering, gjentatt sårende kritikk, ignorering, ydmykelser, utagerende sjalusi, framsetting av uriktige anklager og forhør”.

**C. Latent vold:** “vold som virker i kraft av sin mulighet. Muligheten for vold blir styrende for den voldsutsattes atferd. Det å ha opplevd vold gjør at den voldsutsatte vet at det kan skje igjen. Volden er da til stede hele tiden i kraft av sin mulighet”.

**D. Seksuell vold:** “vold som utføres for å krenke, ydmyke og kontrollere et annet menneske. Det kan for eksempel være uønsket seksuell berøring, påtvunget seksuell aktivitet, smertefull seksuell aktivitet, voldtekt, sadistiske seksuelle handlinger, påtvunget seksuell aktivitet med andre og påtvunget seksuell aktivitet mens andre ser på. Den seksuelle volden er svært psykologisk nedbrytende fordi den rammer det mest private hos et menneske”.

**E. Materiell vold:** “vold som går ut over ting og gjenstander. Dette inkluderer for eksempel å knuse eller ødelegge vinduer og dører, kaste gjenstander (på noen), ødelegge ting andre er glade i/som betyr noe for dem, rive i stykker klær, kaste og rasere inventar. Særlig hvis vedkommende tidligere har utøvd fysisk vold, vil den materielle volden virke skremmende og lammende ”.

### **Dynamikken i et voldelig forhold**

Når det kommer til vold i nære relasjoner er det viktig å skille mellom episodisk vold og grov, gjentakende og/eller kontrollerende vold. Førstnevnte forekommer gjerne i forbindelse med konflikter i parforholdet, har ingen klar kjønnsprofil (menn og kvinner er utsatte/utøvere i tilnærmet like stor grad) og gjenspeiler ikke nødvendigvis et skjevt maktforhold. Partnervold er ofte mer gjentakende og systematisk og kan skyldes et overdrevent kontrollbehov hos partner. Når det gjelder de alvorligste formene for overgrep og brutalitet, er det en tydelig kjønnsprofil(11).

For å forstå dynamikken i et forhold preget av vold, kan man se på Walkers voldssyklus. Hun beskriver at vold i parforhold ofte følger en syklus bestående av tre faser: spenningsfase, vold, hvetebrødsdager.

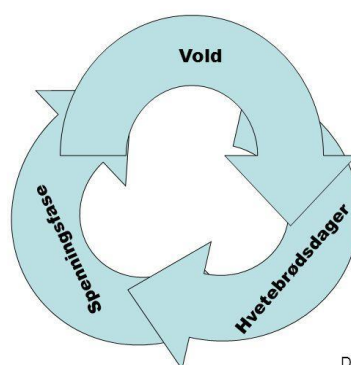
1. Spenningsfase: Spenning bygger seg opp. Involverte (voldsutsatte) er i en stressreaksjon, og er på konstant vakt der de gjør alt for å unngå å utløse en voldsepisode.
2. Vold: Etter en tid ender spenningsfasen i en eksplosjon - en voldshendelse.
3. Hvetebrødsdagene: Voldsutøver er lei seg, ber om unnskyldning og gjør alt de kan for å gjøre det godt igjen. Voldsutsatte kan slappe av og se voldsutøver fra sin beste side. Dette er mest typisk for de første episodene. Etterhvert kan det forventes at “hvetebrødsdagene” blir kortere og kortere til de blir helt borte og volden blir



hyppigere og mer alvorlig. De voldsutsatte lever da i en konstant frykt og er på konstant vakt for nye voldsepisoder(16).

Den voldsutsatte får en opplevelse av avmakt. Det vil si å oppleve at man ikke har tilstrekkelig innflytelse over eget liv. Det blir derfor nødvendig å ty til motmakt. Ulike motmakt strategier kan være unngåelse, å finne metoder for å tåle eller overleve avmakten. En metode kan være å ta kontroll over når volden skjer ved å provosere den fram. Noen benytter seg av mer aktive strategier som motvold for å stoppe volden(17).

### Tre faser



Dr. Lenore Walker, 1985

### Omfang

Omfanget av vold i nære relasjoner er vanskelig å fastslå. Et velkjent problem innen voldsforskning er mangelen på en universell definisjon eller enighet om hvilke, handlinger, og hvilke relasjoner som knyttes til begrepet(3). Definisjoner og forståelsen av vold i nære relasjoner varierer med samfunnsforhold og er stadig i endring. Tall fra omfangsundersøkelser vil avhenge av hvilken definisjon av voldsbegrepet som ligger til grunn, og på hvilken måte undersøkelsen er gjennomført på. Dette gjør det problematisk å sammenligne tall fra ulike omfangsundersøkelser, samt tall fra omfangsundersøkelser mellom ulike land(18). En annen faktor som vanskeliggjør omfangsberegning av vold i nære relasjoner, er de store mørketallene. Kun et fåtall av kvinnene som utsettes for vold i nære relasjoner anmelder forholdet til politiet, det svenske Brottsforebyggande rådet anslår ca. 25 % (19).

Selv om det er vanskelig å anslå omfanget av vold i nære relasjoner, har vi ulike kilder som kan gi oss indikasjoner på omfanget i Norge.

A. *Ulike registre*: politiets strafferegister og statistikk fra landets krisesentre.

- I 2014 registrerte politiet 2554 kvinner og 1355 menn som utsatt for vold i nære relasjoner.

Det har vært en stor økning i antall anmeldelser de siste årene, sannsynligvis på grunn av økt avdekking av mørketall(20). Som nevnt over er anmeldelsesstatistikken, på grunn av mørketall, lite egnet til å anslå det totale antall som er rammet av vold i nære relasjoner.

- I 2015 bodde 1918 voksne på krisesentrene, hvorav 1786 var kvinner og 125 menn. I tillegg var det 2447 dagbrukere og 9744 dagsbesøk. Dette er det høyeste tallet siden 2005. De fleste hadde vært utsatt for alvorlig vold over lengre tid. Det vanligste var å bli utsatt for psykisk vold eller trusler om vold og fysisk vold (21).

B. *Justisdepartementets voldsmåling*: på oppdrag fra departementet har Kompetansesenter for voldsofferarbeid og NKVTS målt antall henvendelser som omhandler vold i nære relasjoner til politiet og det øvrige hjelpeapparatet i en tilfeldig uke. Voldsmålinger har vært utført i 2003, 2005 og 2008. Voldsmålingen gir ikke et representativt bilde på den faktiske volden, men er en "pulsmåling" på hvor stort trykket på hjelpeapparatet er denne uken. I løpet av måle-uken i 2008 ble det registrert totalt 1357 henvendelser, flest til krisesenteret og politiet med et snitt på henholdsvis 11 og 9,5 saker per krisesenter eller politikammer(22).

C. Intervjuundersøkelser/selvrapportert utsatthet.

- SSB *levetårundersøkelser*: et utvalg på 5000 personer over 16 år spørres om de har vært utsatt for vold med synlig merke/skade, vold uten synlig merke/skade eller blitt utsatt for trussel som var så alvorlig at du ble redd i løpet av de siste 12 mnd. I 2015 oppga 3,5 % at de ila det siste året har blitt utsatt for ett eller flere tilfeller av vold eller trusler om vold. Samlet sett for vold og trusler om vold er det en litt større andel kvinnelige ofre enn menn, henholdsvis 9 og 3,2 %. Kvinner og menn blir utsatt for ulike typer vold. Vold mot menn utøves oftere på offentlige steder på natten, av en ukjent gjerningsperson som ofte er ruspåvirket. Volden mot kvinner skjer oftere i private bomiljø eller på arbeidsplassen, av ikke-ruspåvirkede gjerningspersoner. Det er langt flere kvinner enn menn som har

opplevd trusler om vold og kvinner er mer utsatt for gjentatte voldsepisoder. Samlet sett står menn bak mer enn 80% av tilfellene av vold og trusler om vold(23).

- *“Vold og voldtekt i Norge”*: i 2014 publiserte NKVTS forekomststudiet *“Vold og voldtekt i Norge”*. Rapporten er basert på en landsomfattende intervjuundersøkelse som omhandlet vold mot barn og voksne i nære relasjoner og seksuelle overgrep. Dette er en tverrsnittsundersøkelse av norske menn og kvinner mellom 18-75, 2435 kvinner og 2092 menn blir intervjuet på telefon om vold. Deltakerne spurt om utsatthet for både fysisk vold og seksuelle overgrep i barndom og i voksen alder. Like mange kvinner (14,4 %) som menn (16,3 %) rapporterte at de hadde opplevd mindre alvorlig vold fra partner i løpet av livet, mens det var flere kvinner (8,2 %) enn menn (1,9 %) som hadde vært utsatt for alvorlig vold fra partner.  $\frac{2}{3}$  av de som var utsatt for alvorlig vold fra partner (både kvinner og menn) var også utsatt for kontrollerende atferd fra partner. Både kvinner og menn som var utsatt for alvorlig vold og/eller voldtekt rapporterte dårligere psykisk helse enn de som ikke hadde vært utsatt. Både for menn og kvinner var det en klar sammenheng mellom antall voldskategorier og psykiske helseproblemer. Volds- og overgrepsutsatte hadde altså et økt nivå av psykiske helseproblemer. Det gjaldt både for angst/depresjon og posttraumatiske reaksjoner(24).

### **Kjennetegn**

Kjennetegn på vold kan være svært varierte og diffuse, og et enkeltstående tegn kan være umulig for et helsepersonell å plukke opp. I tillegg til å se etter konkrete tegn på vold, er det viktig å bli kjent med pasienten og se på det helhetlige adferdsmønsteret. Under er det nevnt mer detaljert hva slags atferd og tegn man kan se etter, som kan hjelpe helsepersonell med å identifisere voldsofre.

Noen sannsynlige indikatorer på vold(25):

- Avlyser/eller møter ikke til timer.
- Skadene stemmer ikke med forklaringen på skaden eller usannsynlig skademekanisme.
- Flere skader i ulike stadier av tilheling.
- Kvinnen forsøker å gjemme eller minimere skaden.
- Hyppige timer med vage symptomer.

- Pasienten fremstår skremt, nervøs eller nedstemt.
- Partner er alltid med unødvendig.
- Partner er aggressiv eller dominerende, snakker for kvinnen eller nekter å forlate rommet.
- Kvinnen er underdanig eller redd for å snakke foran partner.

### **Fysisk mishandling**

Som nevnt tidligere, viser litteraturen at en høy andel av voldsutsatte har skader mot hode, nakke/hals og ansiktsregionen. Bilaterale skader, spesielt på ekstremiteter.

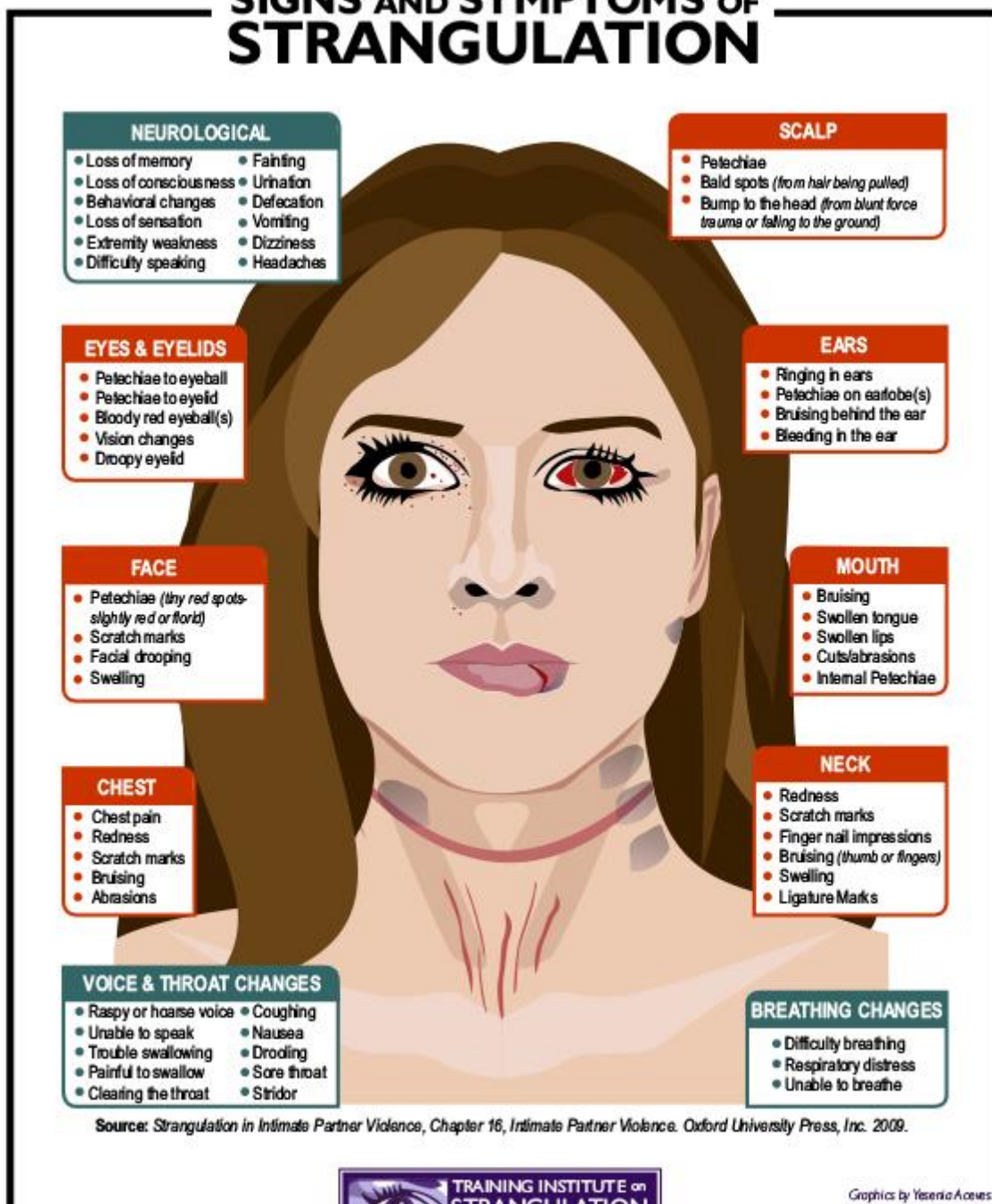
- Funn som tyder på håravrivning.
- Kloremærker, svimerker etter sigaretter og svimerker etter tau.
- Flerrer, rifter eller hudirritasjoner.
- Mønstrete skader som merker etter smykker, ringer, klokker, belter eller nøkler
- Skader under graviditet
- Intraorale hematomer/blåmerker etter slag eller bløtvev presset mot harde strukturer som tenner eller ben. Hematomer og abrasjoner i harde/bløte gane kan indikere penetrering fra seksuell vold.
- Frakturerte tenner, nese, mandibel eller/og maxilla. Eventuelt tegn til tilheling av frakturer på OPG.
- Avrevet frenulum (leppe, eller under tunge) som kan komme av overgrep eller slag mot munnen(26).
- Orale manifestasjoner av seksuelt overførbare sykdommer, frykt for tannlegeundersøkelsen, vanskeligheter med å sitte eller gå, eller frykt for å lene seg tilbake i tannlegestolen er tegn på fysisk eller seksuelt misbruk(27).
- Tegn på bittskader: To eller en tannbue, med enten impresjoner, flenger eller incisjoner etter tenner med eller uten sentral ekkymose - kontusjon i midten av et bitemerke forårsaket av kapillær blødning. Det er forårsaket av kompresjon av vevet med tennene med eller uten vakuum.

- Stranguleringsforsøk. Strangulering er den mest dødelige formen for vold i nære relasjoner, og er en indikasjon på høyt voldsnivå i hjemmet. Bevisstløshet kan oppstå i løpet av få sekunder og død innen få minutter. Ofre kan også dø flere uker senere grunnet oksygenmangel og underliggende påført hjerneskade. 5 kilos trykk over carotisarteriene i 10 sekunder er nok til å gjøre en person bevisstløs, og for stenge luftrøret trengs et trykk på 15kg. Hjernedød inntreffer om stranguleringen vedvarer i sammenhengende 4-5 minutter

Tegn og symptomer på strangulering:

- 50 % får stemmeendringer (heshet til tap av stemmen)
- Vanskeligheter med å svelge, som kan komme av skader mot tungebenet eller brusken i larynx.
- Endret pustemønster (som anstrengt respirasjon). Vanskeligheter med å puste som kan komme av underliggende skader i halsen.
- Synlig kloremarker på halsen etter pasientens egne fingerneglar og/eller overgriperens fingerneglar. Lokalisasjon varierer med om offeret blir kvalt forfra eller bakfra. Overfladiske kloremarker kan være lange og smale eller hele bredden av fingerneglen. Kloremerkene kan være grupperte og parallelle merker vertikalt langs halsen, men kan også være spredt tilfeldig.
- Avtrykk etter fingerneglar eller merker etter fingerneglar som skjærer inn i huden. Disse kan være formet som halvsirkler.
- Rødhet på halsen er ofte forbigående, men kan sees som et registrerbart mønster.
- Blåmerker kan sees på halsen. Det kan være flere samlet på siden av halsen, langs kjeven og ned mot kragebeinet.
- Skrapesår på haken kan sees hos ofre som er strangulert manuelt.
- Små røde flekker (petekkier) karakteriserer mange tilfeller strangulering og er pga sprukne kapillærer, og kan i noen tilfeller kun gi konjunktival blødning.
- Endret adferd. Eksempel rastløshet, psykose eller hukommelsestap(26).

# SIGNS AND SYMPTOMS OF STRANGULATION



Figur viser tegn og symptomer på strangulering.

## **Psykisk mishandling**

Psykisk vold endrer hvordan vi ser på oss selv i negativ forstand. Det oppleves vondt å bli utsatt for psykisk vold og leder til en dårligere selvfølelse og et dårligere selvilde. Å bli utsatt for dette over tid kan føre til at man flytter grensene for hva man synes er greit. Ting man som behandler kan få inntrykk av hos sine pasienter kan være(28):

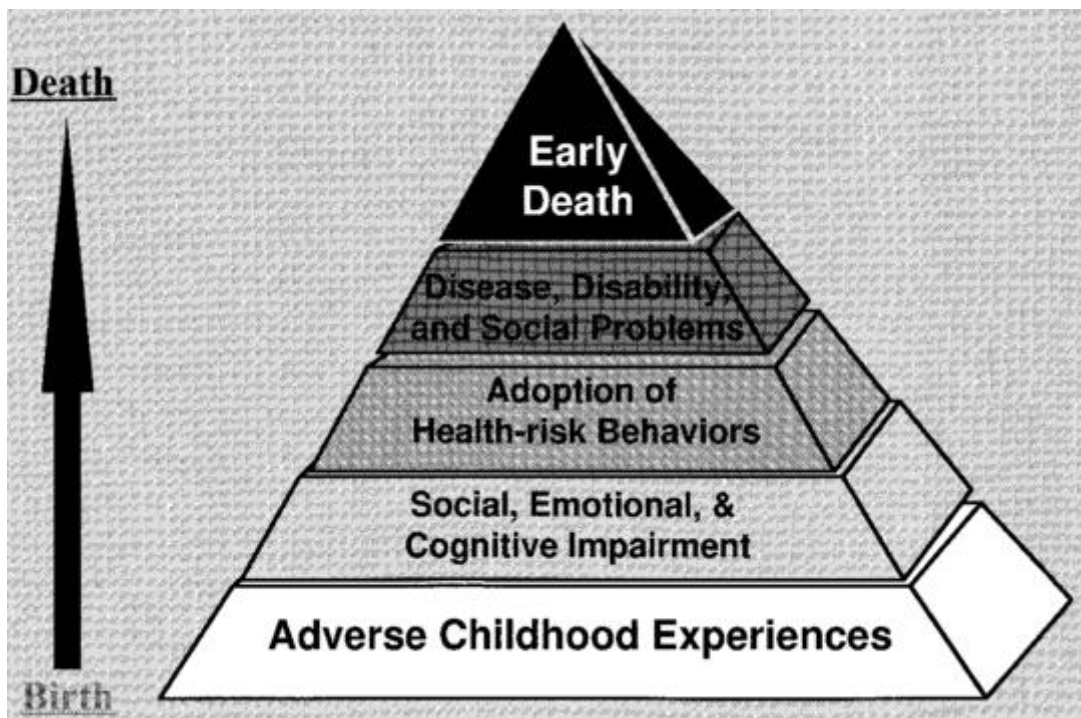
- Depresjon/nedstemthet.
- Tilbaketrekning, passiv affekt.
- Hjelpeløshet.
- Vegring for å snakke åpent, redsel.
- Benektelse for situasjonen.
- Sinne uten opplagt årsak.
- Emosjonelt opprørt eller aggitert.
- Forvirring eller desorientering (eldre).
- Endret atferd i løpet av kort tid (eldre).
- Vises redd, skvetten, nervøs med urealistisk frykt.

## **Negative konsekvenser for psykisk og fysisk helse**

En rekke undersøkelser, både norske og utenlandske, har vist at utsatthet for vold korrelerer sterkt med psykisk plager og andre helsesrelaterte problemer. I ulike helseundersøkelser har man funnet klare forskjeller i psykisk helse mellom de som har vært utsatt for vold, og de som ikke har det. Funn tyder på at jo flere typer overgrep kvinnene har vært utsatt for, jo større er sannsynligheten for at de også hadde psykiske problemer (29). ACE-undersøkelsen viser også at fysisk vold eller seksuelt misbruk i barndommen, eller som voksen, fører til hyppigere forekomst av fysiske og psykiske helseproblemer(30).

Studier viser at voldsutsatte har økt risiko for helsesrelatert risikoatferd, eksempelvis røyking, mangel på fysisk aktivitet og rusmisbruk. Kroniske smertelidelser, psykosomatiske symptomer og ulike mage- og tarmsykdommer kan være andre konsekvenser (30). For sykdommene astma, høysnue, kronisk bronkitt, fibromyalgi, angina pectoris og hjerteinfarkt er det dokumentert en større andel av de som har

vært utsatt for overgrep oppgir at de har eller har hatt disse sykdommene, enn blant de som ikke har vært utsatt. Studiene viser også at voldsutsatte har et større forbruk av medisiner og helsetjenester(29).



Adverse Childhood Experience (30). ACE studien har dokumentert hvordan hendelser i barne- og ungdomsårene er sterkt relatert til utviklingen av risikofaktorer for sykdom, og redusert velvære gjennom livet. ACE Pyramiden representerer rammeverket for studien.

### **Utsatte grupper**

De som er spesielt utsatte for vold i nære relasjoner er i følge St. melding 15 (2012-2013):

Graviditet, nedsatt funksjonsevne, psykisk utviklingshemming, psykisk sykdom og rusmisbruk, religion, kvinner i fengsel, innvandrere og flyktninger, nasjonale minoriteter, eldre, lesbiske, homofile, bifile og transpersoner.



## **Lovverket**

Hva er tannhelsepersonellet pliktet til når man mistenker vold og hvilke lover må man forholde seg til?

Informasjon innhentet fra tjenesteapparatet tyder på at usikkerhet rundt lover og regler virker hemmende på samarbeidet mellom ulike aktører. Spesielt gjelder dette taushetsplikten, opplysningsplikten, opplysningsretten og avvergeplikten(11). Derfor velger vi å ta for oss noen sentrale lover.

### **Autonomi:**

Pasientens rett til å handle eller ta rettskraftige avgjørelser vedrørende seg selv og sin egen kropp. En autonom handling krever tilstrekkelig informasjon, samtykkekompetanse og frivillighet (31).

### **Samtykke:**

Pasient og brukerrettighetsloven § 4-1. Hovedregel om samtykke: "Helsehjelp kan bare gis med pasientens samtykke, med mindre det foreligger lovhjemmel eller annet gyldig rettsgrunnlag for å gi helsehjelp uten samtykke"(32, 33).

### **Taushetsplikt**

Som hovedregel har helsepersonell taushetsplikt om pasientforhold. De viktigste lovreglene om rett til vern mot spredning av opplysninger (§3-6) og helsepersonells taushetsplikt finnes i pasient- og brukerrettighetsloven og helsepersonelloven. I lov om helsepersonell § 21 står det at "helsepersonell skal hindre at andre får tilgang eller kjennskap til opplysninger om folks legems-eller sykdomsforhold eller andre personlige forhold som de får vite om i egenskap av å være helsepersonell"(34). Det finnes noen unntak fra hovedregelen. Det vanligste unntaket er at pasienten samtykker til at opplysningene gis til andre, nedfelt i § 22 i helsepersonelloven (samtykke til å gi informasjon). Pasienten skal da informeres om hvilke opplysninger som skal leveres ut, hvordan disse skal anvendes og eventuelle konsekvenser av dette. Dette gjelder også ved anmeldelse og utlevering av opplysninger til politiet(33).

### **Avvergeplikt:**

i Straffeloven § 196 fastslås det at det er straffbart å unnlate avverge av en rekke spesifiserte straffbare forbrytelser eller følgene av dem. I § 196 står det spesifisert hvilke forbrytelser avvergeplikten er

knyttet til, blant annet alminnelig og grov mishandling i nære relasjoner og medvirkning til slik mishandling, voldtekt og grov legemsbeskadigelse. Avvergeplikten inntreer når det fremstår som *sikkert* eller *mest sannsynlig* at den aktuelle straffbare handlingen vil bli eller er begått. Er forbrytelsen allerede begått har man plikt til å anmelde forholdet til politiet dersom anmeldelsen kan forebygge nye alvorlige forbrytelser (35). Avvergeplikten gjelder uten hensyn til en eventuell taushetsplikt (36).

Når vold/misbruk skjer gjentatte ganger, kan man forvente at det skjer igjen og man kan ha plikt til å avverge. Når det gjelder vold i nære relasjoner er varslingsplikten knyttet til begrepet “gjentatt mishandling”, et begrep som ikke er klart definert.

- Om voldshandlingen sannsynligvis er et enkelttilfelle uten holdepunkter for tidligere episoder og uten stor sannsynlighet for at det skal skje igjen, kommer man ikke inn under denne varslingsparagrafen. Men det er viktig å ha i bakhodet at når det har skjedd alvorlig fysisk vold- eller trusler om vold i nær relasjon, er det sjeldent et engangstilfelle(37).
- Om det foreligger risiko for nye voldshandlinger er tannlegen pliktig til å informere politiet eller bli enig med pasient om en annen måte å avverge vold på, eksempelvis å få hjelp på et av landets krisesenter(37).

### **Opplysningsplikt**

Etter helsepersonelloven kap. 6 har helsepersonell i noen situasjoner plikt til å utlevere informasjon til ulike distanser, som politi, brannvesen, barnevernstjenesten, sosialtjenester, statens helsetilsyn og fylkesmannen. En sentral bestemmelse om opplysningsplikt er nedfelt i §31, som sier at “helsepersonell skal varsle politi og brannvesen dersom dette er nødvendig for å avverge alvorlig skade på person eller eiendom”. Denne opplysningsplikten til politiet og brannvesen gjelder ikke bare situasjoner hvor det kan være mulig å avverge alvorlig skade, men den gjelder også ved handlinger som er begått, men hvor det er fare for økt skadeomfang hvis politi og brannvesen ikke opplyses(33).

### **Opplysningsrett**

Det kan oppleves som tungvint å måtte innhente samtykke eller anonymisere opplysninger for å kunne utføre er faglig godt arbeid og dermed gi forsvarlig helsehjelp, eksempelvis når man trenger å rådføre

seg eller involvere kollega i en behandling. Etter helsepersonelloven §25 kan taushetsbelagte opplysninger gis til samarbeidende personell når dette er nødvendig for å gi forsvarlig helsehjelp, med mindre pasienten motsetter seg det. Det vil si at det er bare de pasientene som aktivt motsetter seg slikt samarbeid som kan hindre det. Pasienten trenger ikke opplyses om sin rett til å motsette seg, og hva som skal til for å ivareta forsvarlighetskravet er det tannlegen som avgjør (38). Dette kan være å rådføre seg med en kollega om man er usikker på hvordan man kan gi forsvarlig helsehjelp til en voldsutsatt pasient.

Opplysningsretten gjelder ikke bare faglig samarbeid. I følge helsepersonelloven §23 skal ikke taushetsplikten være et hinder for at “opplysninger gis videre når tungtveiende private eller offentlige interesser gjør det rettmessig å gi opplysningene videre” (39). Dette gjelder bare i spesielt alvorlige situasjoner. I praksis vil dette omfatte nødsrettsbestemmelser, men også andre situasjoner hvor videreformidling av informasjon kan bidra til å motvirke skade av et visst omfang(33).

## **Materiale og metode**

Denne pilotstudien er basert på en spørreskjemaundersøkelse blant brukere av et krisesenter i Norge. Spørreskjemaet som ble benyttet er basert på en studie i USA (40). For å oversette spørreskjemaet fra amerikansk til norsk ble fire personer som kan målpråket flytende, og som har god forståelse for originalspråket, kontaktet. Den originale amerikanske versjonen ble mailet til oversetter 1 og 2, som oversatte ett hver til norsk. Videre ble én av disse mailet til oversetter 3 og den andre ble mailet til oversetter 4, som oversatte en hver til amerikansk. Det norske spørreskjemaet hvor den amerikanske oversatte versjonen lignet mest på det originale amerikanske skjemaet som ble brukt i studien av Nelms, ble valgt.

Det ble via mail rekruttert et norsk krisesenter som takket ja til å bli med i studien. For å sikre anonymitet er krisesenteret ikke navngitt. Daglig leder på krisesenteret ble kontaktet via telefon, og deretter ble vi kontaktet av en ansatt ved krisesenteret per mail 13. september 2016. Nelms' spørreskjema samt noen egenproduserte spørsmål ble mailet til kontaktpersonen på krisesenteret. Det ble avtalt et møte for å informere ansatte om prosjektet og for å diskutere spørreskjemaet, den 19. september 2016. Ansatte på krisesenteret påpekte mye fokus på fysisk vold og foreslo å inkludere andre former for vold i skjemaet. Grunnet dette ble det inkludert flere spørsmål om andre former for vold i spørreskjemaet. Revidert skjema ble mailet til kontaktpersonen på krisesenteret.

Kontaktpersonen diskuterte med sine kollegaer og ga på ny gode tilbakemeldinger på skjemaet. Det ble delt ut 60 skjemaer og de ble levert sammen med 60 konvolutter på krisesenteret den 15.11.16.

Skjemaet ble distribuert av personalet både på dagsenteret og på bosenteret til kvinner som bodde eller søkte hjelp på dagsenteret i perioden fra 15.11.16. til 14.03.17. Krisesenteret hadde samlet inn 20 utfylte spørreskjemaer og dataanalyse av svarene ble gjort i statistikkprogrammet SPSS.

Spørreskjemastudien er forelagt Norsk senter for forskningsdata AS (NSD). Etter innsendt meldeskjema og rådgivning for å sikre anonymitet konkluderer de med at «Dataene er anonyme, det

vil det være mulig å benytte dem i en oppgave og i artikkel helt fritt. Vi vil heller ikke følge opp prosjektet siden dataene ikke har personopplysninger».

Den andre delen av studien besto i å konstruere et forslag til flytskjema ut fra relevant litteratur og resultater fra vår spørreskjemaundersøkelse.

## **Resultater**

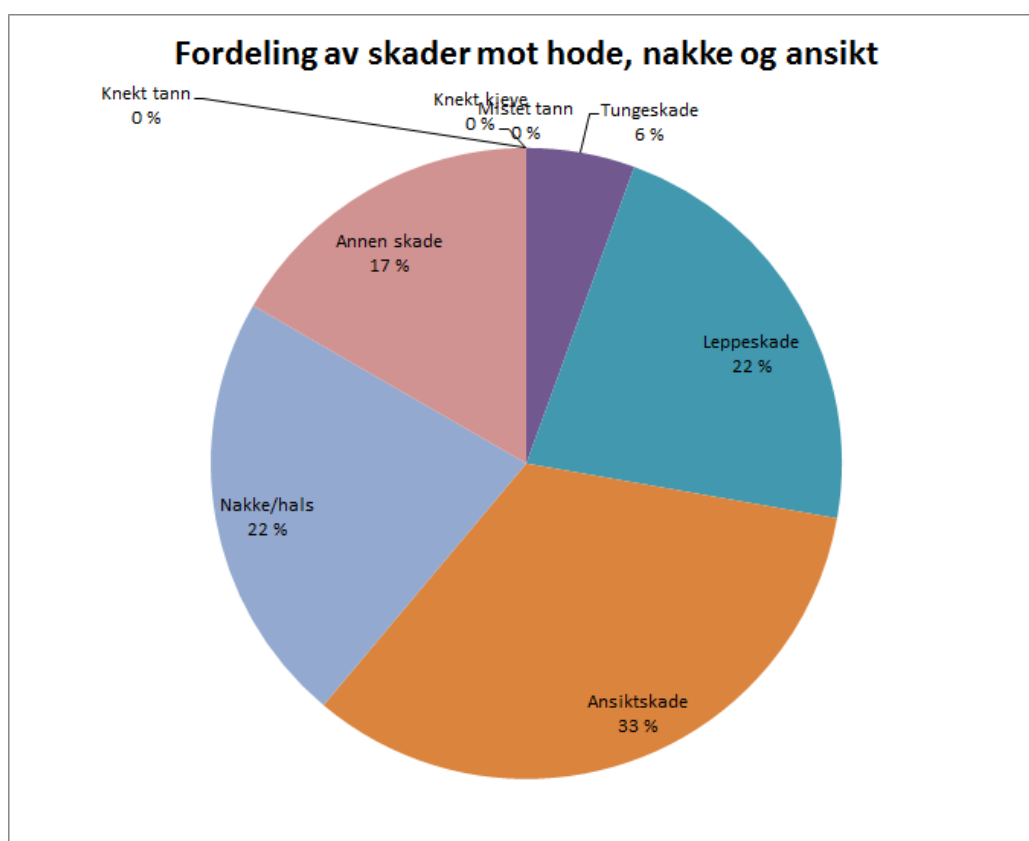
### **Resultat av spørreundersøkelse:**

60 spørreundersøkelser ble delt ut til ansatte ved et ikke navngitt krisesenter og 20 ble levert tilbake utfylt. De ansatte på krisesenteret rapporterte at språklige barrierer, tidvis behov for tolk (som er tids- og ressurskrevende) og det faktum at de som søker hjelp på krisesenteret ofte er i en personlig krise, var årsaker til at det var vanskelig å rekruttere deltakere til studien. Det viste seg å være vanskelig å prioritere studien i disse situasjonene.

Av de 20 som besvarte spørreskjemaet svarte 75 % at de hadde blitt utsatt for fysisk vold, 95% hadde vært utsatt for psykisk vold, 45% seksuell vold og 30% økonomisk vold. 100% av de som svarte var blitt utsatt for en eller flere typer vold.

Av de som var utsatt for fysisk vold var 50% skadet mot hode, nakke/hals- og ansiktsregionen. Av disse oppga 30% at de hadde fått ansiktsskade, 20% hadde fått skade mot nakke/hals, 20% skade mot leppen, 5% hadde fått skade på tungen og 15 % hadde fått andre skader mot hode, nakke/hals- og ansiktsregionen. Ingen av deltakerne hadde oppsøkt tannlegen for skadene. 10 % av de som var utsatt for fysisk vold svarte at de hadde vært hos tannlegen av andre grunner enn vold, når tegn til mishandling var til stede. Av disse hadde ingen blitt spurt om vold.

Figur: viser fordeling av skader mot hode, nakke, ansikt.



60% av de voldsutsatte oppga at de hadde god selvopplevd tannhelse sammenliknet med andre i samme aldersgruppe, 20% rapporterte dårlig selvopplevd tannhelse.

Ingen var mer enn litt redd for å gå til tannlegen, og 20 % svarte at livssituasjonen som gjorde at de hadde oppsøkt krisesenteret hadde påvirket tannhelsen deres. 30 % svarte at tannbehandling hadde vært ubehagelig på grunn av tidligere eller nåværende vold. 55 % svarte at de ikke var bekymret for at tannlegen skulle oppdage at de ble mishandlet. 10 % svarte at de tidligere har blitt hindret av partner å gå til tannlegen og 10% var blitt hindret i daglig tannpuss. 15 % svarte at livssituasjonen hadde påvirket dem i den grad at de ikke hadde klart å gå til tannlegen, og 15 % svarte at volden hadde resultert i at de ikke hadde klart daglig tannpuss.

I spørreundersøkelsen ble det forsøkt å komme nærmere i hvilken grad de voldsutsatte hadde blitt spurt om vold når de hadde vært i kontakt med helsepersonell og hvordan de hadde reagert da de ble spurt. Ingen hadde blitt spurt på tannlegekontoret og flest hadde blitt spurt på legekontor (20 %) og

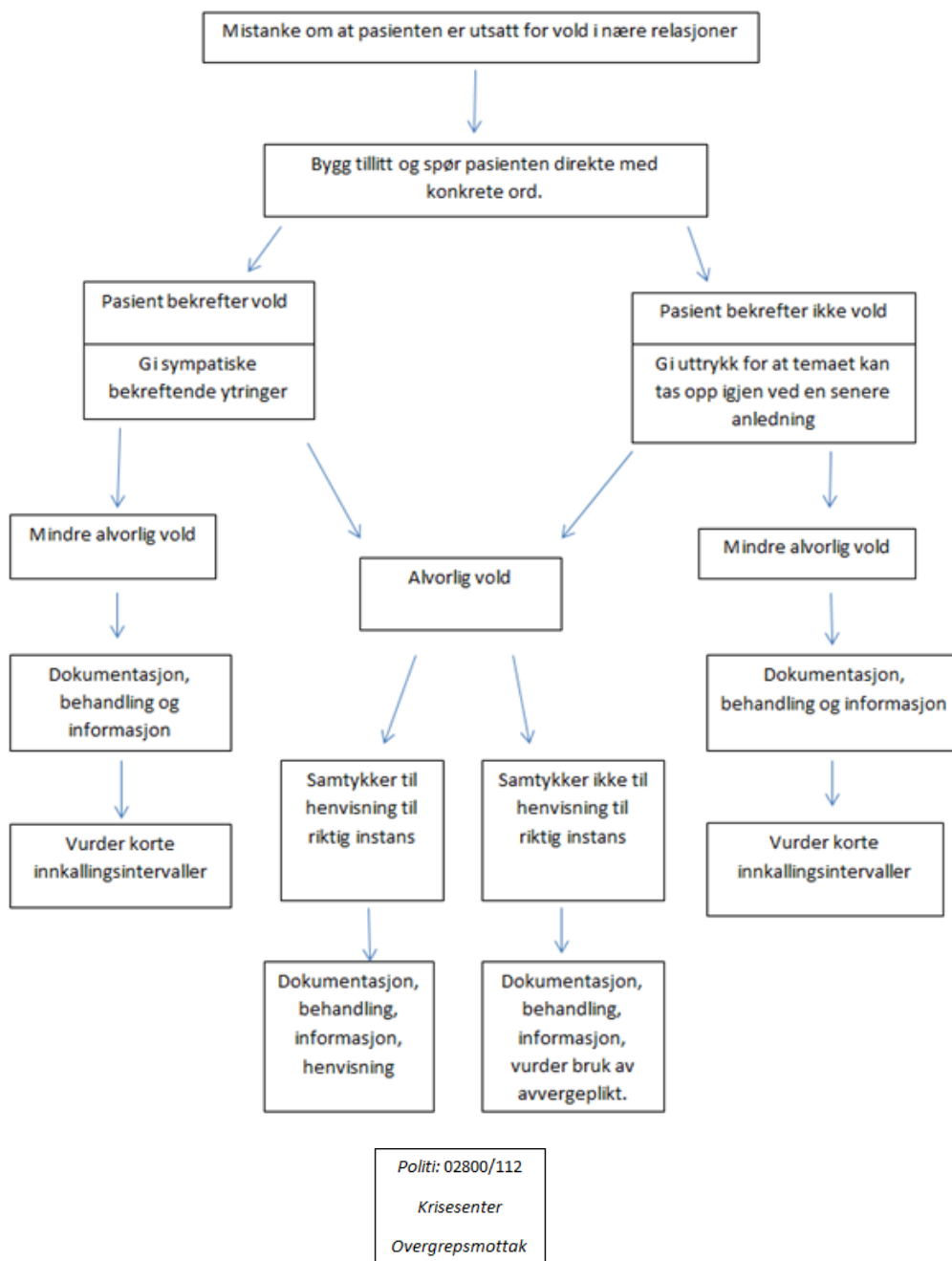
hos jordmor (20 %). 10 % var blitt spurt på helsestasjon. De voldsutsatte hadde reagert med å bli redde (25 %), lettet (20 %), flaue (15 %), sinte (10 %), fornærmet (10 %) eller annet (10 %).

De som var blitt utsatt for fysisk vold, ble videre spurt om hvilken type hjelp de ønsket å få av helsepersonell. 15 % svarte at de ønsket at noen lyttet til dem, 5 % ønsket hjelp til kontakt med politi, 5 % ønsket hjelp til kontakt med krisesenter, 5 % ønsket hjelp til kontakt med psykolog og 5 % ønsket annen hjelp.

På spørsmål om det er til hjelp om helsepersonell rutinemessig stiller spørsmål om partnervold svarte 85 % ja, 10 % nei og 5 % vet ikke.

## Flytskjema

Med utgangspunkt i ulike faglitteratur og resultatene fra spørreundersøkelsen har vi utviklet et flytskjema til bruk for tannhelsepersonell.





## Diskusjon

### *Diskusjon av resultatene på spørreskjemaet:*

Tannhelsepersonell har god mulighet til å observere eventuelle tegn på vold på kort avstand og i godt lys. Vår undersøkelse viser av de som var utsatt for fysisk vold, var 50 % av skadene mot hode, nakke/hals- og ansiktsregionen. Flere studier viser at hode, nakke/hals- og ansiktsregionen er et vanlig sted å få skader i forbindelse med både partnervold og vold i nære relasjoner (7, 41). Nelms har gjort en studie hvor de sendte ut et spørreskjema til 15 i området Nord-Texas. Av respondentene oppga 76 % at de hadde fått skader mot hode, nakke/hals eller munn etter vold i nær relasjon (40). Le BT kom frem til at av pasientene som var behandlet etter skader i forbindelse med vold i nære relasjoner, hadde 81 % maxillofaciale skader (42). En annen studie viser at blant kvinner med skader i ansiktet, er 67 % på grunn av vold fra ektemann eller kjæreste (41). Vold mot hode, nakke/hals eller ansikt er i flere studier blitt brukt som en indikator for screening for vold i nære relasjoner (7, 9, 41, 43)

I vår studie var det ingen som hadde oppsøkt tannlege på grunn av skader grunnet vold. 10 % hadde vært hos tannlegen av annen grunn når tegn til mishandling var til stede. For at tannlegen skal kunne oppdage ofre for vold i nære relasjoner, må pasientene oppsøke tannlegen. I følge vår studie er ikke dette grunnet frykt for å gå til tannlegen, da ingen var mer enn "litt redd". 30 % svarte at tannbehandling hadde vært ubehagelig på grunn av tidligere eller nåværende vold.

Vi vet at for mange, som har opplevd overgrep og vold, kan tannbehandling være vanskelig.

Munnhulen er et veldig privat område og situasjonen kan ha mange likhetstrekk med et tidligere opplevd overgrep. Noen kan få en gjenopplevelse av volden, selv om overgrepene har stoppet (44).

Willumsen (2001) har gjort en studie på hvordan ulike typer overgrep kan påvirke tannbehandlingsangst. Hun studerte tre grupper som hadde vært utsatt for ulike typer overgrep, henholdsvis seksuell berøring, samleie og oral penetrasjon. Alle tre gruppene scoret signifikant høyere på tannbehandlingsangst i forhold til norske kvinner generelt, og kvinner utsatt for orale overgrep hadde vesentlig høyere score (75 % rapporterte betydelig tannbehandlingsangst) enn de to andre gruppene (45). Personer som har vært utsatt for vold i nære relasjoner, herunder seksuell vold, kan ha

behov for tilrettelagt tannbehandling (TOO). I slike tilfeller kan man henvise pasienten til tannhelsetjenestens kompetansesenter i regionen.

I vår undersøkelse svarte 20 % at livssituasjonen som gjorde at de hadde oppsøkt krisesenteret hadde påvirket tannhelsen deres. Det finnes få undersøkelser vedrørende tannhelsetilstanden til mennesker som er ofre for vold i nære relasjoner. En studie viser forskjell på kariesaktivitet hos voldsutsatte sammenliknet med en kontrollgruppe. Selv om funnene var signifikante kan man ikke fullt ut legge skylden på økt kariesaktivitet på vold i nære relasjoner da karies er en multifaktoriell sykdom. I samme studie var det også korrelasjon mellom nedsatt periodontal status og de som var utsatt for psykisk vold. Det var generelt dårligere tannstatus hos kvinner som var utsatt for vold i nære relasjoner sammenliknet med kontrollgruppen (46).

Vold i nære relasjoner gir økt risiko for angst, fobier og depresjon samt øket risiko for selvmordsforsøk (3). Noen studier indikerer at depresjon kan føre til dårlig oral helse på grunn av munntørrhet, kariogen diett og svekket immunrespons som kan føre til orale infeksjoner. Stress og angst kan føre til munnsår, tannpress, bruksisme, periodontal sykdom og karies (46). Det er rimelig å anta at mange vil ha et til dels omfattende behandlingsbehov, som en følge av nedsatt mulighet og/eller evne til egenomsorg på grunn av livssituasjonen, eller som en direkte følge av traumer. Samtidig kan også kroniske angst- og/ eller depresjonslidelser samt andre somatiske følgetilstander av risikoatferd gi dårligere tannstatus (30). Medfølgende medikamentbruk kan være en annen årsak til redusert tannhelsetilstand(47).

I vår pilotstudie svarte 60 % av respondentene at de hadde god selvopplevd tannhelse sammenliknet med andre i samme aldersgruppe

I vår studie var det ingen som oppga at de hadde blitt spurt om vold i nære relasjoner på tannlegekontoret, heller ikke de som svarte at de hadde vært hos tannlegen av andre årsaker når tegn til mishandling var til stede. Sent på 1990-tallet undersøkte Love (8) tannlegers holdninger og klinisk atferd når det kommer til vold i nære relasjoner, og ulike barrierer tannleger står ovenfor når det gjelder å identifisere og hjelpe ofrene. De undersøkte 321 tilfeldig utvalgte allmenntannleger i Amerika. Resultatene viser at 87 % av tannlegene aldri screener nye pasienter for tegn til vold i nære

relasjoner. Kun 41 % av tannleger screener ofte/alltid for vold i nære relasjoner når tegn til mishandling er til stede og 19 % sier at de aldri screener for vold i nære relasjoner selv om tegn til mishandling er til stede.

Flere forskere har prøvd å finne ut av hvorfor så få tannleger spør om mishandling/vold og hvilke “barrierer” tannhelsepersonell møter. I Studien til Love rapporterte tannlegene at hovedbarrieren til at de ikke screenet var tilstedeværelse av barn eller partner, manglende opplæring, at de var redd for å fornærme pasienten eller at de selv synes det var pinlig å ta opp temaet. Det var signifikant høyere sannsynlighet for at tannlegene som hadde fått undervisning om vold i nære relasjoner screenet for vold i nære relasjoner og grep inn (8). Mythri kom også fram til liknende resultater, nemlig at hovedbarrieren for å screene for vold i nære relasjoner, er at tannlegene ikke har nok trening i å gjenkjenne vold i nære relasjoner, etterfulgt av tilstedeværelse av partner eller barn (9). Dette viser at utdanning om vold i nære relasjoner kan hjelpe tannleger med å overvinne noen av disse barrierene for å screene for vold i nære relasjoner. Mange tannleger har en travel hverdag, og en kan tenke seg at tidsbruk kan være en barriere. I dag har vi en trykdefinansiering etter stykkprisprinsippet, hvor man får stønad for spesifikke odontologiske diagnoser. Siden tannlegene i den private sektoren ikke har et populasjonsansvar, er det ikke gitt at de pasientene som trenger behandling mest blir prioritert, da de kan bli oppfattet som “lite lønnsomme”. For å motta refusjon er det også et krav om at pasienten selv oppsøker tannlegen og at tannlegen tilbyr behandlingen. Det er ikke selvsagt at pasienten selv oppsøker tannlegen, kanskje spesielt pasienter med et stort behandlingsbehov (48).

Behandling av ofre for vold i nære relasjoner kan være tidkrevende, da det kan være nødvendig med grundig relasjonsbygging og mye tilvenning. Dagens stønadsordning tar ikke høyde for tidkrevende behandling, noe som kan resultere i at pasienten selv blir belastet for tidsbruken(47).

Et forslag kan være å opprette en takst som baserer seg på tidsbruk som tannleger kan bruke når man har pasienter som krever mye tid. Oppretting av egne takster i folketrygden er i flere tilfeller blitt brukt for å stimulere helsefagarbeidere, eksempelvis røykeavvenning og kostholdsveiledning ved diabetes og fedme. Om voldsutsatte mangler evne til egenomsorg, vil tannbehandling i visse tilfeller dekkes av innslagspunkt 14 i «Folketrygdens stønad til dekning av utgifter til tannbehandling».

Da blir neste spørsmål, ønsker kvinnene å bli spurt? I en cochrane-oversikt (49), kan man lese at de aller fleste kvinnene satte pris på å få screenings spørsmål om partnervold og mente at dette burde være et rutinespørsmål. Disse kvinnene mente også det ga økt tillit til helsevesenet. Et fåtall kvinner syntes det var litt ubehagelig å bli stilt slike private spørsmål. Dette samsvarer med resultatene fra vår studie, hvor 85 % av respondentene svarte “ja” på at det er til hjelp hvis helsepersonell rutinemessig stiller spørsmål om partnervold. I vår studie undersøkte vi hvordan de voldsutsatte reagerte når de ble spurt om vold, de fleste ble redd (25 %), lettet (20 %) eller flau (15 %). Også andre studier viser at ofre som er til stede på tannlegekontoret med tegn til mishandling ønsker at mishandlingen skal oppdages av tannhelseteamet, og ønsker å motta hjelp eller bli henvist videre. Siden det virker som om ofre for vold i nære relasjoner ønsker å bli spurt om volden og ønsker hjelp, så anbefaler vi å spørre om skadene.

Når det gjelder utsatte grupper har tannlegen en god mulighet til å avdekke vold. Flere av disse gruppene hører til under den offentlige tannhelsetjenesten. Blant de psykisk utviklingshemmede over 18 år, hadde 93 % tilsyn i 2015. Av de eldre, langtidssyke og uføre i institusjon hadde ca 78 % tilsyn, mens blant de eldre, langtidssyke og uføre i hjemmesykepleie hadde 31 % tilsyn (50). Statistikken tilsier at mange eldre som har rett til tannhelsetjenester under den offentlige tannhelsetjenesten ikke nødvendigvis får tilbudet, dette er kommunenes ansvar gjennom hjemmesykepleien. Den offentlige tannhelsetjenesten bør bemerke seg at dette kan være en gylden mulighet til å avdekke vold og derfor en god grunn til å strebe etter god tannlegedekning for disse gruppene. Ikke alle kommuner har tilbud til rusavhengige i den offentlige tannhelsetjenesten.

Undersøkelsen i vår pilotstudie er begrenset til pasienter som mottok hjelp i den tidsperioden spørreskjemaet ble distribuert. Dette ga et lavt antall svar og utvalget er derfor ikke representativt, og resultatene kan ikke generaliseres. En fremtidig studie kunne vært gjort for å undersøke et større antall krisesentre over en lengre periode for å gi et større - og mer representativt utvalg. Studien kunne vært brukt som en del av inntaksprosessen på krisesentre, dette ville ført til større antall deltagere som igjen kunne gitt et mer presist resultat for å bestemme hva de som er utsatt for vold i nære relasjoner trenger av tannhelsepersonell. Dette krever godt samarbeid med krisesentrene og mye ressursbruk.

Det trengs mer forskning på feltet, og denne studien kan brukes som veiledende mal for videre forskning på området.

*Diskusjon rundt flytskjemaet:*

### **Hvordan identifisere en voldsutsatt?**

I samtale med arbeidere på krisesenter forteller de at kvinnene ofte ikke vet selv at de er utsatt for vold eller at de er usikre på om de er utsatt. En stor del av jobben de gjør på krisesenter er å opplyse kvinnene om vold, og dynamikken i volden slik at de selv kan oppdage hvilken situasjon de er i og hva de ønsker å gjøre videre. Noe så enkelt som å stille spørsmål om noen føler seg trygg hjemme, kan være med på å sette i gang en prosess (fra samtale med ansatte på krisesenteret). Det er vanskeligere med kvinner som lever i et høyere konfliktnivå hjemme. Disse kvinnene kan være mer benektende og kan bære preg av at de påtar seg skyld, og opplever skamfølelse for mannens mishandling, samtidig kan de være redde for at voldsutøver skal få vite at de har snakket om volden. I følge erfaringer på krisesenter er det vanskelig å stå frem og fortelle at en som står en nær, ektefelle eller samboer utsetter en for vold, det er for mange forbundet med skam. Det er behandlerens oppgave å skape trygghet og tillit for å få et ærlig svar, og aldri å fremstå dømmende (3).

God kommunikasjon og følelse av trygghet i møte med helsepersonell er grunnleggende for at kvinner skal fortelle om sin situasjon og søke videre hjelp (12). I teksten over har vi gått gjennom i detalj hva som kan være klare tegn på vold og hva som kan være mer vage tegn. Flere av disse faktorene kan settes sammen til et større bilde som kan øke mistanken hos behandler. I en cochrane-oversikt fra 2013 vurderes effekten av rutinemessig screening i helsevesenet av kvinner for å avdekke partnervold (49). Studien viser at rutinemessig screening av alle kvinner trolig fører til at helsepersonell fanger opp flere kvinner som utsettes for partnervold. Screening kan også føre til en normalisering av å stille spørsmål om vold, og sette fokus på at dette som et helseproblem. (10) Som det kommer frem i flere undersøkelser, ønsker de aller fleste av de voldsutsatte at de blir spurt(49).

## **Hvordan spørre?**

Mange voldsutsatte søker helsehjelp for diffuse fysiske og psykiske plager, men de forteller sjeldent om volden ettersom de ikke alltid setter helseproblemene i sammenheng med volden (12). Det er ikke sikkert de er klar over at de er voldsutsatt og følgende ikke ser på seg selv som et voldsoffer. Derfor er unnvikende vage spørsmål ofte ikke tilstrekkelig, det er en fordel å spørre mer direkte og bruke konkrete ord som “slått, spark” (12, 25). Helsepersonell som tar opp spørsmålet må ha tillit hos pasienten, og behandler har ansvar for at møte med pasienten føles trygt og gir rom for å snakke om tema. Sett av god tid til samtalen. Det kan være vanskelig for en voldsutsatt og fortelle alt med en gang, så tilby flere samtaler (12).

Noen forslag til spørsmål kan være(10):

- “Har du det bra hjemme?”
- “Noen ganger når jeg ser (en knekt tann, sår, hematom) som dette, kan det bety at noen har skadet noen. Kan dette ha skjedd med deg?”
- “Det ser ut som noen har skadet deg, Hvordan har du det hjemme for tiden? Er det noe du ønsker å snakke om?”

## **Hvordan går man frem når noen svarer ja?**

Det er viktig å bekrefte at vold er galt, ved å gi sympatiske bekreftende ytringer som tar skylden bort fra offeret og bekrefter offerets verdighet. I et studie med voldsutsatte har denne bekreftelsen vært det mest verdifulle for den voldsutsatte i møte med behandler (10, 51).

Eksempler på bekreftende setninger kan være(10):

- “Alle har rett til å føle seg trygg hjemme, jeg er bekymret for din helse og sikkerhet”.
- “Som din tannlege, må jeg spørre når jeg ser tegn som kan assosieres med mishandling. Mange mennesker har det problemet og ingen fortjener det.”

Graden av vold er førende for hva man kan gjøre, og hva helsepersonell er pliktig til å gjøre.

Ved mindre alvorlig vold kan dokumentasjon av skade, behandling og informasjon være tilstrekkelig. Dette gir den voldsutsatte selv valget om hva de ønsker å gjøre videre og at volden kan anmeldes på et senere tidspunkt. Hjelp med nummer til politi eller krisesenter kan være nok.

Ved tilfeller av alvorlig vold må man spørre den voldsutsatte om hun/han ønsker hjelp videre.

Om pasienten ønsker hjelp, henvis videre og sørg for at pasienten kommer i kontakt med riktig instans. Følg opp dette, eksempelvis med en oppfølgingstime.

Om pasienten ikke ønsker hjelp, og det er fare for gjentakelse er helsepersonell pliktig til å avverge fremtidig vold (37). Dette er spesielt for vold i nære relasjoner fordi vi vet at når vold/misbruk skjer gjentatte ganger, kan man forvente at det skjer igjen (3, 52).

Dinutvei.no har skissert noen spørsmål man kan stille seg når man vurderer å benytte avvergeplikten, og melde til politiet (53).

1. Omfattes handlingen(e) av noen av straffebudene som er nevnt strl § 196?
2. Hvor akutt og farlig er situasjonen?
3. Er det grunn til å frykte gjentakelse?
4. Er eventuelle taushetsbelagte opplysninger nødvendig for at politiet skal kunne avverge skaden eller begrense skadeomfanget?

Helsepersonellet må foreta en konkret vurdering om faren for at en forbrytelse vil skje igjen, eksempelvis om pasient drar hjem. Har man en voldsskadet pasient i stolen bør man derfor gjøre en farevurdering. Dette kan enklest gjøres ved å stille 5 spørsmål som gir en sterk indikator på hvor stor fare den voldsutsatte er i, disse spørsmålene omtales som høy-prediktive risikofaktorer og har blitt spesielt utarbeidet for å identifisere kvinner som er i stor fare for å bli drept eller alvorlig skadet av partner. Helsepersonell kan spørre pasienten om:

1. Har den fysiske volden økt i alvorlighetsgrad eller hyppighet det siste året?
2. Har han noen ganger brukt et våpen mot deg eller truet deg med et våpen?
3. Tror du han er i stand til å drepe deg?
4. Har han noen gang tatt kvelertak?
5. Er han sterkt og konstant sjalu?

Om to eller flere spørsmål besvares med «ja», må alvorlige trygghetstiltak settes i gang. Ved fire eller fem positive svar er det vanskelig å se at det er forsvarlig at den voldsutsatte drar hjem hvis også voldsutøveren bor der(52). Helsepersonell er forpliktet til å informere politiet med mindre man blir enig med pasienten om en annen måte å avverge skade på, for eksempel overflytting til krisesenter(37). Om man er usikker kan man drøfte med en kollega, eller man kan drøfte anonymt med politiets familievoldskoordinator.

### **Hvordan går du fram når pasienten sier nei**

Igjen er det alvorlighetsgraden som avgjør hva man burde gjøre og hva man som helsepersonell er pliktig til å gjøre.

Er det snakk om mild vold kan man forsøke å bygge tillit til pasienten slik at de på et senere tidspunkt ønsker å åpne seg. Gi generell informasjon og informasjon om andre instanser, som pasienten kan kontakte selv for hjelp.

Er det snakk om grov vold og mistanken er stor (sikkert eller mest sannsynlig), kan bruk av avvergeplikten bli aktuell. Her er det viktig at man ikke svekker pasientens tillit, som kan medføre at de ikke tør å oppsøke tannlege igjen ved behov.

### **Hvordan dokumentere?**

Det kan være vanskelig for pasienter som tar kontakt for helsehjelp etter vold eller overgrep å ta stilling til om de ønsker å anmelde forholdet med en gang. At volden dokumenteres kan bli sett på som en del av behandlingen i seg selv(33). “Helsepersonell skal undersøke, behandle og dokumentere skader uten tanke på hva den strafferettslige situasjonen er”(54).

Før en nøyaktig journal og vær nøytral. Referer kort pasientens fremstilling. Pasientens allmenntilstand skal beskrives. Dokumenter skader og negative funn. Beskriv nøytralt og med norske ord og unngå medisinsk fagterminologi for eksempel: blåaktig hudmisfarging AxB cm, oval form. Unngå å bruke ord som spekulerer i hva som er årsaken, f. eks: skrubbsår, bitemerke. Med beskrivelse som basis kan man siden vurdere årsakssammenheng. Kliniske foto kan være et viktig supplement til journalen (33, 54).



## Hvem skal du henvise til?

Hvis det nylig har skjedd et overgrep eller voldshandling burde pasienten få bistand til sporsikring ved rett instans, ofte et vold og overgrepsmottak. Erfaring med sporsikring er viktig(33). Ikke glem å gi pasienten nødvendig behandling og spør om råd når du er usikker.

Tenk deg godt om du skal bryte taushetsplikten og avvergeplikten er aktuell. Pasienten skal bestemme.

- **Politi:** Man kan ringe direkte til politiet og melde saken eller du kan drøfte saken anonymt med politiets familievoldskoordinator. Direktenummer: **02800** Nødnummer: **112**
- **Krisesenter:** Nummer til krisesenter i nærheten av der du er, er enkelt og finne på nett ([dinutvei.no](http://dinutvei.no))(53). De har døgnåpen krisetelefon med ansatte med kompetanse på vold, som kan gi råd og veiledning. På krisesenter kan man få god informasjon og hjelp videre, både med bosted og beskyttelse i en krisesituasjon og juridisk rådgivning angående rettigheter og juridisk hjelp, samt samtaler. Krisesentrene kan også gi informasjon om kontakt med andre instanser som kan være aktuelle.
- **Dinutvei.no:** en nasjonal veiviser til hjelpetilbud, informasjon og kunnskap om vold i nære relasjoner, voldtekt og andre seksuelle overgrep. Portalens målgrupper er både utsatte, utøvere og berørte. Fagpersoner, beslutningstakere og organisasjoner skal også kunne finne informasjon og hente kunnskap i portalen. Nettportalen har lagt til rette for at søket ditt ikke kan spores.
- **Overgrepsmottak:** På overgrepsmottak skal de ha god erfaring og kvalifisert personell for behandling og sporsikring av vold/overgrepsutsatte. Kontaktinformasjon om nærmeste overgrepsmottak finnes på [dinutvei.no](http://dinutvei.no)

## Konklusjon

Funn i denne pilotstudien peker på at få kvinner blir spurt om vold blant helsefagarbeidere, men at de fleste ønsker å bli spurt. Vold i nære relasjoner kan trolig oftere oppdages av tannhelsepersonell om det er mer undervisning om vold i nære relasjoner under grunnutdannelsen, om tannhelsepersonell oftere spør om skader de mistenker er grunnet vold, at personalet setter seg inn i regelverket som gjelder vold i nære relasjoner og har klart for seg hvor man henviser om vold er avdekket. Det å ha et flytskjema tilgjengelig kan hjelpe tannleger/tannpleiere i arbeidet med å avdekke og hjelpe mennesker som er ofre for vold i nære relasjoner.

Tannhelsepersonell kan på lik linje med andre helsearbeidere ha en aktiv og sentral rolle i å hjelpe personer som blir utsatt for vold ut av den skadelige situasjonen og i den ytterste konsekvens hindre partnerdrap.

## Kilder

1. World Health Organization. Violence against women [Internett]. 2016 [Available from: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs239/en/>].
2. Nerøien AI, Schei B. Partner violence and health: Results from the first national study on violence against women in Norway. *Scandinavian Journal of Public Health*. 2008;36(2):161-8.
3. Meld. St. 15 (2012-2013). Forebygging og bekjempelse av vold i nære relasjoner. ; 2013.
4. Garcia-Moreno C, Guedes A, Knerr W. Understanding and addressing violence against women. World Health Organization; 2012.
5. Rasmussen I, Strøm S, Sverdrup S, Vennemo H. Samfunnsøkonomiske kostnader av vold i nære relasjoner. [www.vista-analyse.no](http://www.vista-analyse.no); 2012.
6. Grytten J, Skau I, Holst D. Tannhelsetjenestetilbudet blant voksenbefolkningen i Norge. *Den Norske Tannlegeforenings Tidende*. 2014;124(4):276-83.
7. Halpern LR. Orofacial Injuries as Markers for Intimate Partner Violence. *Oral Maxillofacial Surg Clin N Am*. 2010;22(1):239-46.
8. Love C, Gerbert B, Caspers N, Bronstone A, Perry D, Bird W. Dentists' attitudes and behaviors regarding domestic violence. *JADA*. 2001;132(1):85-93.
9. Mythri H, Kashinat KR, Raju AS, Suresh KV, Bharateesh JV. Enhancing the Dental Professional's Responsiveness Towards Domestic Violence; A Cross-Sectional Study. *Journal of Clinical and Diagnostic Research*. 2015;9(6):51-3.
10. Hendler TJ, Sutherland SE. Domestic Violence and its Relation to Dentistry: A Call for Change in Canadian Dental Practice. *Journal of the Canadian Dental Association*. 2007;73(7):617-23.
11. Justis- og beredskapsdepartementet. Et liv uten vold. 2014-2017.
12. Sosialstyrelsen. Att vilja se, vilja veta och att våga fråga. ; 2014.
13. Vergemålsloven. Lov om vergemål [Internett]. Justis- og beredskapsdepartementet; 2013, sist endret 2016 [Available from: [https://lovdata.no/dokument/NL/lov/2010-03-26-9/KAPITTEL\\_1#KAPITTEL\\_1](https://lovdata.no/dokument/NL/lov/2010-03-26-9/KAPITTEL_1#KAPITTEL_1)].
14. World Health Organization. World report on violence and health. Geneva; 2002.
15. Isdal P. Meningen med volden. Oslo: Komuneforlaget; 2000.
16. Walker L. The battered woman. New York: Harper & Row; 1979.
17. G. Westborg. Elektronisk håndbok "BARN PÅ KRISESENTER". Barne-, ungdoms- og familiedirektoratet; 2009.
18. Statens forvaltningstjeneste Informasjonsforvaltning. NOU 2003:31 Retten til et liv uten vold 2003. Available from: <https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/nou-2003-31/id148994/>.
19. Selin KH. Våld mot kvinnor och män i nära relationer. [www.bra.se](http://www.bra.se); 2009.
20. Barne-, ungdoms- og familiedirektoratet. Vold og overgrep i nære relasjoner [Available from: [https://www.bufdir.no/Statistikk\\_og\\_analyse/Kjonnsligestilling/Vold\\_og\\_kjonn/Relasjoner\\_utover\\_og\\_utsatt/Vold\\_og\\_overgrep\\_i\\_nare\\_relasjoner/](https://www.bufdir.no/Statistikk_og_analyse/Kjonnsligestilling/Vold_og_kjonn/Relasjoner_utover_og_utsatt/Vold_og_overgrep_i_nare_relasjoner/)].
21. Barne-, ungdoms- og familiedirektoratet. Rapportering fra krisesentertilbudene 2015. 2016.
22. Justis- og politidepartementet. En uke med vold i nære relasjoner. ; 2008.
23. Statistisk sentralbyrå. Utsatthet og uro for lovbrudd, levekårsundersøkelsen, 2015 [updated 24.06.2016. Available from: <https://www.ssb.no/sosiale-forhold-og-kriminalitet/statistikker/vold/hvert-3-aar/2016-03-08>].
24. Thoresen S, Hjemdal OK. Vold og voldtekt i Norge. [www.nkvts.no](http://www.nkvts.no); 2014.
25. Coulthard P, Warburton AL. The role of the dental team in responding to domestic violence. *British Dental Journal* 2007;203(11):645-8.
26. Gwinn C, McClane GE, Shanel-Hogan KA, Strack GB. Domestic Violence: No Place for a Smile. *California Dental Association Journal*. 2004;32(5):399-407.

27. Kenney JP. Domestic violence: A complex health care issue for dentistry today. *Forensic Science International*. 2006;159:121-5.
28. Moore R, Newton JT. The Role of the General Dental Practitioner (GDP) in the Management of Abuse of Vulnerable Adults. *Dental Update*. 2012;39(10):555-61.
29. Hjemdal OK, Sogn H, Schau L. Vold, negative livshendelser og helse. [www.nkvyts.no](http://www.nkvyts.no); 2012.
30. Felitti VJ, Anda RF, Nordenberg D, Williamson DF, Spitz AM, Edwards V, et al. Relationship of Childhood Abuse and Household Dysfunction to Many of the Leading Causes of Death in Adults. *American Journal of Preventive Medicine*. 1998 14(4):245-58.
31. Pedersen R, Hofmann B, Mangset M. Pasientautonomi og informert samtykke i klinisk arbeid. *Tidsskr Nor Lægeforen*. 2007;127(12):1644-7.
32. Pasient-, og brukerrettighetsloven, . Lov om pasient- og brukerrettigheter [Internett]. Helse- og omsorgsdepartementet,; 1999, sist endret 2015 [Available from: <https://lovdata.no/lov/1999-07-02-63/§4-1>].
33. Sosial- og helsedirektoratet. Overgrepsmottak. Veileder for helsetjenesten. 2007.
34. Helsepersonelloven. Lov om helsepersonell [Internett]. Helse- og omsorgsdepartementet,; 2001, sist endret 2016 [Available from: <https://lovdata.no/lov/1999-07-02-64/§21>].
35. Straffeloven. Lov om straff [Internett]. Justis- og beredskapsdepartementet; 2005, sist endret 2016 [Available from: <https://lovdata.no/lov/2005-05-20-28/§196>].
36. Barne-, ungdoms- og familiedirektoratet,. Veileder Til «Retningslinjer ved seksuelle overgrep mot voksne med utviklingshemming». 2014.
37. Helsedirektoratet. Helsepersonellens taushetsplikt – rett og plikt til å utlevere pasientopplysninger til politiet. 2015.
38. Molven O. Helsejus for tannleger. In: Seksjon for samfunnsodontologi DOF, UiO, editor. Akademia forlag2016.
39. Helsepersonelloven. Lov om helsepersonell [Internett]. Helse- og omsorgsdepartementet,; 2001, sist endret 2016 [Available from: <https://lovdata.no/lov/1999-07-02-64/§23>].
40. Nelms AP, Gutmann ME, Solomon SE, DeWald JP, Campbell PR. What Victims of Domestic Violence Need from the Dental Profession. *Journal of Dental Education*. 2009;73(4):490-9.
41. Halpern LR, Perciaccante VJ, Hayes C, Susarla S, Dodson TB. A Protocol to Diagnose Intimate Partner Violence in the Emergency Department. *The Journal of Trauma* 2006;60(5):1101-5.
42. Le BT, Dierks EJ, Ueek BA, Homer LD, Potter BF. Maxillofacial Injuries Associated With Domestic Violence. *J Oral Maxillofac Surg*. 2001;59(1):1277-83.
43. Arosarena OA, Fritsch TA, Hsueh Y, Aynehchi B, Haug R. Maxillofacial Injuries and Violence Against Women. *Arch Facial Plast Surg*. 2009;11(1):48-52.
44. Walker L. Battered Woman Syndrome. *New York Academy of Sciences*. 2006;1087:142-57.
45. Willumsen T. Dental fear in sexually abused women. *European Journal of Oral Sciences*. 2001;109:291-6.
46. Kundu H, Basavaraj P, Singla A, Kote S, Singh S, Jain S, et al. Domestic Violence and its Effect on Oral Health Behaviour and Oral Health Status. *Journal of Clinical and Diagnostic Research*. 2014;8(11):9-12.
47. Avdeling allmennhelsetjenester. Tilrettelagte tannhelsetilbud for mennesker som er blitt utsatt for tortur, overgrep eller har odontofobi.  
; 2010.
48. Grytten J. Trygdepolitiske problemstillinger i tannhelsetjenesten – en oversikt. *Den Norske Tannlegeforenings Tidende*. 2010;120(5):308-15.
49. O'Doherty L, Hegarty K, Ramsay J, Davidson LL, Feder G, Taft A. Screening women for intimate partner violence in healthcare settings. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2015(7):1-103.
50. Statistisk sentralbyrå. Tannhelsetenesta, Tabell: 06139, 2015 [Available from: <https://www.ssb.no/statistikkbanken/SelectVarVal/Define.asp?MainTable=Kostra2FG1Konser&KortNavnWeb=tannhelse&PLanguage=0&checked=true>].
51. Gerbert B, Moe J, Caspers N, Salber P, Feldman M, Herzig K, et al. Physicians' Response to Victims of Domestic Violence: Toward a Model of Care. *Women & Health*. 2002;35(2-3):1-22.

52. Snider C, Webster D, O'Sullivan C, Campbell J. Intimate Partner Violence: Development of a Brief Risk Assessment for the Emergency Department. *Academic Emergency Medicine*. 2009;16(11):8.
53. Dinutvei.no. Nasjonal veiviser ved vold og overgrep [Internett]. [Available from: <https://dinutvei.no/>].
54. Haugen A, Schei B, Nesvold H, Ormstad K, Evjemo MH, Rosenqvist R, et al. Veileder for behandlere som skal dokumentere skader som kan ha strafferettslige konsekvenser. 2007.

## Apendix

### Spørreundersøkelse om vold i nære relasjoner og tannhelse

Vennligst svar på følgende:

Alder: \_\_\_\_

Kjønn: Kvinne \_\_\_\_ Mann \_\_\_\_

Sivilstatus: Enslig \_\_\_\_ Gift \_\_\_\_ Skilt \_\_\_\_ Samboer \_\_\_\_ Separert \_\_\_\_

1. Vennligst svar på disse spørsmålene:

Har du noen gang blitt utsatt for fysisk-, psykisk- eller seksuell vold? Kryss av én eller flere alternativer.

Fysisk vold eller trussel om fysisk vold

Psykisk vold

Økonomisk vold

Seksuell vold

Annen årsak til besøk på krisesenteret, forklar gjerne \_\_\_\_\_

2. Sammenliknet med andre på din alder, hvordan opplever du din egen tannhelse:

God \_\_\_\_ Middels \_\_\_\_ Dårlig \_\_\_\_

3. Er du redd for å gå til tannlege

Nei \_\_\_\_ Litt \_\_\_\_ Ja \_\_\_\_ Vet ikke \_\_\_\_

4. Har livssituasjonen som gjør at du har oppsøkt krisesenteret påvirket tannhelsen din?

Ja \_\_\_\_ Nei \_\_\_\_

5. Om svaret er ja, har du noen gang opplevd

- tannbehandling som ubehagelig pga. tidligere/nåværende vold? Ja\_\_ Nei\_\_
- redsel for at tannlegen skal oppdage at du blir/har blitt mishandlet? Ja\_\_ Nei\_\_
- at din partner har hindret deg i å gå til tannlegen? Ja\_\_ Nei\_\_
- at din partner har hindret deg i daglig tannpuss? Ja\_\_ Nei\_\_
- ikke å klare å gå til tannlegen? Ja\_\_ Nei\_\_
- ikke å klare daglig tannpuss? Ja\_\_ Nei\_\_

6. Har du noen gang fått spørsmål om du har vært voldsutsatt når du har vært i kontakt med helsepersonell på

Legekontor            Ja\_\_\_ nei\_\_\_

Jordmor kontroll    Ja\_\_\_ nei\_\_\_

Helsestasjon        Ja\_\_\_ nei\_\_\_

Tannlegekontor     Ja\_\_\_ nei\_\_\_

Andre                Ja\_\_\_ nei\_\_\_ Hvis ja,

hvem:\_\_\_\_\_

7. Dersom du har svart ja på ett av alternativene på spørsmål 6,

Hva følte du da du fikk spørsmål om skadene dine? (kryss av for det som er aktuelt)

\_\_\_ Jeg ble fornærmet            \_\_\_Jeg ble sint            \_\_\_Jeg ble lettet

\_\_\_Jeg ble redd            \_\_\_Jeg ble flau            \_\_\_Annet, vennligst forklar

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

8. Dersom svaret er **nei** på alle alternativene i spørsmål 6, synes du at noen burde ha stilt deg spørsmål om skadene dine?

Ja\_\_\_ Nei\_\_\_

Vennligst gi en kort forklaring dersom du **ikke** ønsker at spørsmål om skader blir stilt.

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

9. Er det til hjelp hvis helsepersonell (lege, jordmor, helsestasjon, tannlege, andre) rutinemessig stiller spørsmål om partnervold?

Ja \_\_\_ Nei \_\_\_ Vet ikke \_\_\_

10. Har du noen gang fått en skade på hode, nakke eller munn på grunn av mishandling?

Ja \_\_\_ Nei \_\_\_

Om svaret er nei. Takk for din deltagelse. Vennligst returner undersøkelsen til personalet i vedlagte konvolutt.

**Om svaret er ja på spørsmål 10, fyll inn resten av skjemaet også**

11. Hvilken type skade var dette?

\_\_\_ Knekt tann

\_\_\_ Skade på leppen

\_\_\_ Brudd på kjeven

\_\_\_ Ansiktsskade

\_\_\_ Mistet tann/tenner

\_\_\_ Skade på nakken/halsen

\_\_\_ Skade på tungen

\_\_\_ Annet, vennligst beskriv nærmere

12. Har du oppsøkt tannlege på grunn av skade i- eller rundt munnen etter fysisk mishandling?

Ja \_\_\_ Nei \_\_\_

13. Har du oppsøkt tannlege med problemer i munnen, som ikke var på grunn av mishandling, når tegn til mishandling var tilstede?

Ja \_\_\_ Nei \_\_\_

14. Spurte noen på tannlegekontoret om skadene dine var på grunn av misshandling?

Ja \_\_\_ Nei \_\_\_

15. Hvis noen på tannlegekontoret stilte spørsmål om skadene dine, hvem var det? (kryss av for det som er aktuelt)

\_\_\_ Tannpleier

\_\_\_ Tannlege

\_\_\_ Tannlegeassistent

\_\_\_ Resepsjonist



16. Fikk du hjelp eller henvist videre av tannhelsepersonalet?

Ja\_\_\_ Nei\_\_\_

**Hvis ja**

17. Hvilken type hjelp mottok du?

\_\_\_Telefonnummer til krisesenter

\_\_\_Telefonnummer til politi

\_\_\_Telefonnummer til psykolog

\_\_\_ Noen som lyttet til deg

\_\_\_Annet:

18. Hvilken type hjelp skulle du ønske du fikk?

\_\_\_Telefonnummer til krisesenter

\_\_\_Telefonnummer til politi

\_\_\_Telefonnummer til psykolog

\_\_\_ Noen som lyttet til deg

\_\_\_Annet:

Kom gjerne med en tilleggs kommentar nedenfor.

**Takk for din deltagelse i denne viktige spørreundersøkelsen. Vennligst returner undersøkelsen til personalet i vedlagt konvolutt.**