

Kunskapsbrist om våldsutsatta patienter

SAMMANFATTAT Många tandläkare har bristande kunskaper i hur man upptäcker och bemöter patienter som utsatts för våld i nära relationer. Kliniker saknar också ofta handlingsplaner för bemötandet. Det visar ett examensarbete på Odontologiska institutionen vid Karolinska institutet.

Referentgranskad Accepterad för publicering 12 januari 2009

Linnéa Dahlström

Odontologiska institutionen, Karolinska institutet

E-post:

linnea.dahlstrom@lul.se

Sanna Jansson

Odontologiska institutionen, Karolinska institutet

E-post:

sanna.jansson@ptj.se

Syftet med detta arbete var att med hjälp av litteraturstudier granska fenomenet våld i nära relationer och hur denna fråga hanteras inom tandvården, samt att inhämta mer kunskap om kliniska och psykiska tecken på misshandel. Genom att göra en enkätundersökning granskades förekomsten av handlingsplaner (vid misstanke om våld i nära relationer) på tandvårdskliniker i Stockholmsområdet, samt tandläkares erfarenheter och agerande i samband med mötet av dessa patienter. Ett annat mål var att ta reda på om tandläkare fått utbildning om våld i nära relationer och om de upplevde några hinder för att ge en våldsutsatt person hjälp och stöd. Hypoteserna var att handlingsplaner för bemötande inte skulle finnas i någon större utsträckning och att endast ett fåtal tandläkare skulle ha fått utbildning rörande dessa frågor.

INLEDNING

När man talar om våld i nära relationer kan det innebära flera olika saker, men man syftar ofta på våld som män utövar mot kvinnor. En australiensisk studie av våld i nära relationer visade att det i 87 procent av fallen riktades mot kvinnor. 98 procent av förövarna var män [1].

Könsrelaterat våld förekommer i alla världens länder, men trots att våld mot kvinnor är ett av de mest utbredda brotten mot de mänskliga rättigheterna globalt sett, är det fortfarande dolt och underrapporterat i mycket stor utsträckning. Våldet riktas mot kvinnor i alla åldrar och samhällsklasser och utgör ett av de största hoten mot kvinnors liv och hälsa [2].

I Sverige dödas 16 kvinnor per år av en man som



FOTO: AGE/IBL

de vid brottstillfället har eller har haft en nära relation till, det vill säga nuvarande eller tidigare make, sambo, fästman eller pojkvän [3]. Den vanligaste sortens våldsbrott mot kvinnor skiljer sig därmed från de vanligaste typerna av våld mot män. För kvinnor är gärningsmannen ofta känd, finns i kvinnans närmaste omgivning och våldet sker i det privata. När våldet riktas mot män är förövaren ofta okänd och handlingarna sker på offentlig plats [4].

I en studie av det polisanmälda våldet i Huddinge under några år på 70- och 80-talen ägde hälften av brotten rum utomhus. Förövarna var framför allt män, men av offren var ungefär en fjärdedel kvinnor. Det vanligaste familjeförhållandet mellan förövare och offer var en man/pojkvän som slog sin fru/flickvän [5].

Mörkertalet för våld i nära relationer bedöms vara högt eftersom det visats att just den nära relationen samt rädsla för upprepat våld ökar motviljan till anmälan. Enligt en enkätundersökning på arbetsplatser uppgav 0,9 procent av kvinnorna att de under de senaste tolv månaderna utsatts för fysiskt våld av en man de hade eller hade haft en nära relation med. Ingen av dessa hade polisanmält mannen. Om detta viktas upp till en riksnivå skulle det innebära att 25 000 kvinnor är utsatta, men en grov skattning av det så kallade mörkertalet som Brottsförebyggande rådet gjort ger att mellan en fjärdedel och en femtedel av den faktiska brottsligheten polisanmäls [6].

I Kvinnofridspropositionen (1997/1998: 55) underströk regeringen vikten av att frågor om könsrelaterat våld inkluderas i de grundutbildningar på högskolenivå som leder till yrken där man

kommer i kontakt med kvinnor som utsätts för sådant våld. Förhoppningen var att förändringar i grundutbildningarna skulle leda till att våldsutsatta kvinnor i framtiden fick ett bättre stöd och bemötande. Nyckelgrupper som identifierades som centrala för bemötandet av våldsutsatta kvinnor och för att aktivt motverka våld, inkluderade bland annat jurister, läkare, barnmorskor, sjuksköterskor, psykologer, psykoterapeuter, tandläkare, socionomer och verksamma inom social omsorg, barn- och ungdomspedagoger, grundskole- och gymnasielärare [2].

Kvinnor som råkat ut för misshandel, kränkningar eller övergrepp kan söka hälso- och sjukvård. De har då rätt att förvänta sig ett gott bemötande, samt att kompetent personal utför nödvändig behandling. Detta bör också inkludera stöd och information om den hjälp som finns att få. Att som behandlare möta en utsatt person, ställer krav på kunskaper om förekomst av våld mot kvinnor, symtom och konsekvenser. Ett korrekt bemötande kan medföra att patienten känner sig trygg nog att berätta om sin situation. God kontakt mellan vårdgivare och patient är av största vikt.

Det finns signaler som tyder på att tandläkare är mindre benägna att uppmärksamma våld i nära relation i sitt yrkesutövande än andra vårdgivare.

En amerikansk enkätstudie visar att få tandläkare känner till förhållandet mellan huvud- och nackskador och våld i nära relation. Enligt studien svarade 87 procent av tandläkarna att de aldrig screenade efter våld i nära relation. 18 procent screenade inte ens när patienter hade synliga tecken på trauma mot huvud eller nacke,

FAKTA 1.

Vanliga skador och besvär efter våld i nära relation [8]:

- skador som sår, blåmärken, utgjutningar, stukningar, frakturer, brännskador, avslitet hår
- skador på huvud, ansikte, hals, bröst, bröstorg, armar, bål eller genitalier
- skador på ett flertal ställen
- skador i varierande stadier av läkning
- värk och smärta (huvud, bröstorg, rygg och bål med mera)
- sömn- och ätstörningar
- yrsel och diverse andra psykosomatiska problem
- gynekologiska besvär
- skador vid graviditet
- depression eller ångest
- drogmissbruk (som en följd av, inte orsak till, våldet)
- missfall

Även bilaterala skador är ett varningstecken [9].

Inom tandvården är detta de vanligaste symtomen på våld och sexuella övergrepp [10]:

- olika typer av käkskador
- skador på eller tappade tänder
- svårigheter att genomföra undersökning

»Det finns signaler som tyder på att tandläkare är mindre benägna att uppmärksamma våld i nära relation i sitt yrkesutövande än andra vårdgivare.«

över huvud taget ingrep de svarande tandläkarna endast minimalt för att hjälpa patienter som de hade identifierat som offer [7].

Om tandläkare skulle screena efter våld i nära relation, så finns det enligt litteraturen flera tecken och symtom som de skulle kunna titta efter.

I de fall som synliga, fysiska skador uppstår är skadepanoramat brett. Skadorna kan ha uppstått på en mängd sätt: genom knuffar, slag, stryptag, sparkar och så vidare. Ibland stämmer inte kvinnans (eller mannens) förklaring till hur skadan uppstått med skadans utseende [8], se faktaruta 1.

Studier på barn har visat att förekommande skador i munhålan som kan vara ett resultat av misshandel är exempelvis kontusion, bränmärken och laceration på tunga, läppar, buckal mukosa, gom, gingiva, frenum. Andra skador är frakturerade, displacerade och exartikulerade tänder eller frakturer mot ansiktsben och käke. Blåmärken, lichenoida förändringar och ärr i munvinklarna kan vara ett tecken på att ha blivit försedd med munkavle [11].

I en studie av de vuxna våldsoffer (inte specifikt misshandel i nära relation) som inkom till käkkirurgiska avdelningarna i Huddinge och Kopparberg under några år på 70- och 80-talen var den vanligaste lokaliseringen för käkfrakturer näsbenet, följt av mandibel och maxilla [5].

MATERIAL OCH METODER

En enkät skickades till 113 tandläkare på kliniker i Danderyd, Djursholm, Tullinge, Högdalen, Kista och på Kungsholmen. Enkäter skickades till samtliga kliniker som fanns listade på Eniro i respektive stadsdel. Urvalet gjordes efter en önskan om ett brett spektra av patientklientel både socioekonomiskt och geografiskt. Vidare användes litteraturstudier rörande hur tecken på misshandel kan yttra sig samt för allmänna kunskaper kring frekvens med mera.

RESULTAT

87 svar kom in, 31 (35,6 procent) av de svarande tandläkarna var män och 46 (52,9 procent) var kvinnor. 10 (11,5 procent) svarande personer hade inte angivit något kön.

Varje fråga kunde besvaras med ja eller nej. Utrymme lämnades för kommentarer. Följdfrågorna var formulerade på ett sådant sätt att de skulle ge längre svar. Vissa av de svarande valde att varken svara ja eller nej, utan formulerade sitt svar på ett annat sätt. I nedanstående diagram redovisas dessa svar som »varken eller«. Andra valde att inte svara alls, utan lämna tomt under frågan, vilket redovisas som »inget svar«.

Fråga 1 (figur I)

Är traumaskador vanligt förekommande hos era patienter?

Kommentarer lämnades av 22,6 procent av männen, 23,9 procent av kvinnorna samt 10 procent av den tredje gruppen.

Exempel på kommentarer:

»Nej. OBS! Jag arbetar inte med akuttandvård. Utan med revisionsklientel!« (man, 54 år)

Fråga 2 (figur II)

Har du varit med om en situation där du haft anledning att misstänka att en patient till dig har varit utsatt för våld i en nära relation?

- Om JA, hur agerade du då?
- Gjorde du en anteckning om det i journalen?

Kommentarer/svar på följdfrågor lämnades av 25,8 procent av männen, 37 procent av kvinnorna samt 10 procent av den tredje gruppen.

Exempel på kommentarer/svar på följdfrågor:

»Ja. Mannen var med i rummet. Han stod vid patientens huvud, mitt emellan mig och sköterskan. Jag försökte få honom att lämna rummet under någon förespegling. Han vägrade. Han vägrade till och med att sätta sig på stolen en bit bort. Han var obehaglig, svarade i hennes ställe. Hon såg livrädd ut. Nej, ingen daganteckning. Jag önskar att jag hade vetat hur jag skulle hantera situationen bättre. Det är nog många som ser vad som händer, men om ingen tar första steget, vad ska då hända till slut?« (kvinna, 34 år)

Fråga 3 (figur III)

Har du varit med om att någon patient har berättat för dig om att våld har förekommit?

- Hur agerade du då?

Kommentarer/svar på följdfrågor lämnades av 45,2 procent av männen, 45,7 procent av kvinnorna samt 20 procent av den tredje gruppen.

Exempel på kommentarer/svar på följdfrågor:

»Nej, jag har aldrig varit med om detta. Dom flesta traumaskador jag behandlat har enligt patienten varit på grund av olyckor.« (kvinna, 29 år)

»Ja, lyssnade, informerade om polisanmälan, kvinnojour, socialtjänst, skola med mera.« (kvinna, 60 år)

Fråga 4 (figur IV)

Förekommer det en handlingsplan för bemötande av misshandelsoffer på din arbetsplats?

- Om JA, vad ingår i den?

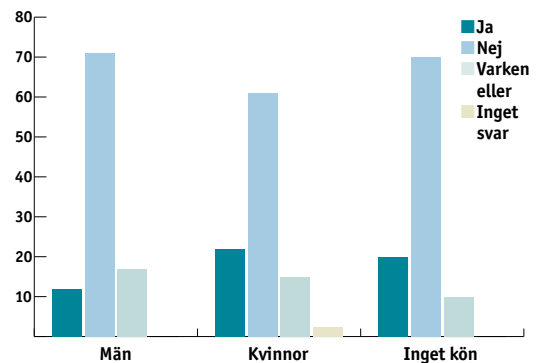
Kommentarer/svar på följdfrågor lämnades av 12,9 procent av männen, 28,3 procent av kvinnorna och 10 procent av den tredje gruppen.

Exempel på kommentarer/svar på följdfrågor:

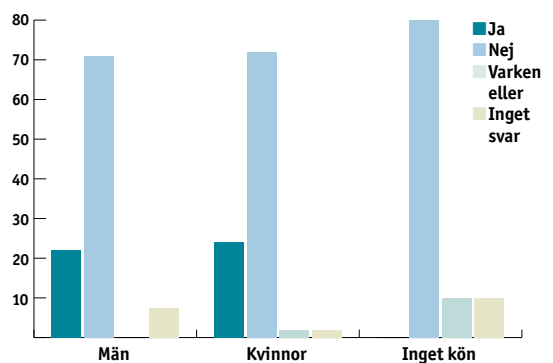
»Jag är osäker, antagligen finns det väl det, men det är ingenting vi talar om så ofta.« (kvinna, 34 år)

»Nej! Inte utöver det odontologiska.« (man, 52 år)

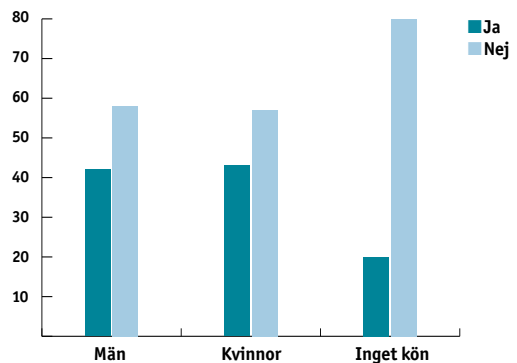
Figur I



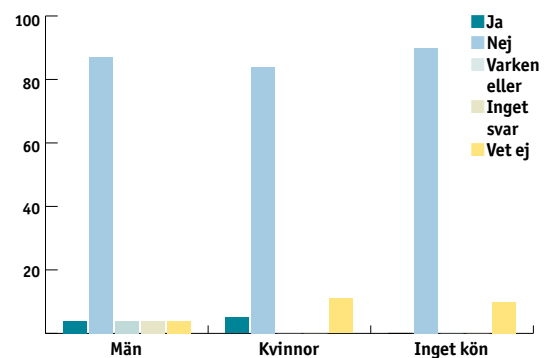
Figur II



Figur III



Figur IV



»Nej (jag skäms).« (man, 32 år)

Fråga 5

Finns det rutiner för att skriva rättsintyg på din arbetsplats?

Av männen svarade 3,2 procent ja, 83,9 procent nej, 3,2 procent varken eller, 3,2 procent inget svar och 6,5 procent vet ej. Av kvinnorna svarade 15,2 procent ja, 67,4 procent nej, 4,3 procent varken eller, 2,2 procent inget svar och 10,9 procent vet ej. Av dem som ej angivit kön svarade 90 procent nej och 10 procent vet ej.

Kommentarer lämnades av 6,5 procent av männen, 13,0 procent av kvinnorna och 0 procent av den tredje gruppen.

Fråga 6 (figur V)

Har du fått någon utbildning, antingen under din grundutbildning eller senare, angående våld i nära relationer?

■ Om JA, när, var och i vilken form (till exempel enstaka föreläsningar, litteratur) fick du utbildning?

Kommentarer/svar på följdfrågor lämnades av 12,9 procent av männen, 23,9 procent av kvinnorna och 10 procent av den tredje gruppen.

Exempel på kommentarer/svar på följdfrågor:
»Nej, läser en del av personligt intresse.« (kvinna, 54 år)

Fråga 7 (figur VI)

Ser du några hinder i er verksamhet för att ge våldsutsatta personer hjälp och stöd?

Kommentarer lämnades av 16,1 procent av männen, 43,5 procent av kvinnorna och 40 procent av den tredje gruppen.

Exempel på kommentarer:

»Utöver vanlig empati och tandvård – Ja! Den typen av hjälp sköts bäst av personal med specialistutbildning och intresse för den typen av verksamhet. (Privat tandvård drivs i allmänhet i någon form av vinstsyfte, vilket kan bli svårt att kombinera med omhändertagande av ovanstående karaktär).« (man, 62 år)

»I vår verksamhet (folktandvården) är tiden en mycket påfrestande faktor, samt *inkomstkraven* som kan göra att man enbart behandlar det 'odontologiska' och ej sätter sig in i själva patientfallet, tyvärr.« (kvinna, 29 år)

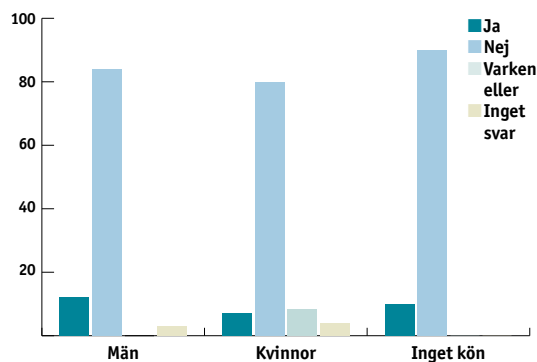
DISKUSSION

Våld i nära relation kan vara en av de mest komplicerade och allvarliga folkhälsofrågorna som en vårdgivare träffar på. Fenomenet har en lång historia av att betraktas som ett privat problem mellan offer och förövare, och kan väcka en mängd sociala och psykologiska svårigheter i vårdssituationen [12].

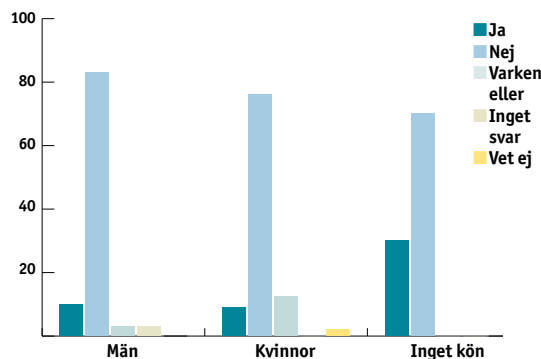
En kvinna som söker hjälp uppger vanligen inte vid första kontakten att hon är utsatt för våld och myndigheter har inte för vana att fråga om våld.

»Varje hjälpinstans verkar göra sitt inom sina rutiner och gränser, men detta medför en risk för att en del av problemen blir osynliggjorda. Det kan bero på att situationens komplexitet gör att vissa delar faller utanför varje personalgrupps inmutade ansvarsområde och helhetsbilden uteblir.»

Figur V



Figur VI



En inte ovanlig attityd hos hjälpinstanser är att man varken ser, hör eller pratar om våldet [4].

Olika yrkes- och specialistgrupper har sitt eget område i fokus och vill snarast handlägga det problem som söks för. Varje hjälpinstans verkar göra sitt inom sina rutiner och gränser, men detta medför en risk för att en del av problemen blir osynliggjorda. Det kan bero på att situationens komplexitet gör att vissa delar faller utanför varje personalgrupps inmutade ansvarsområde och helhetsbilden uteblir. Om misstanke uppstår att det finns ett större sammanhang bakom ett problem som från början verkar ha en enkel lösning, ur ett tandläkarperspektiv exempelvis en restau-

»Att tandläkare är så främmande inför denna känsliga fråga är extra synd, eftersom vi är den enda vårdkategori som träffar en hög andel av befolkningen regelbundet, både barn och vuxna.«

ration, ses det kanske som antingen irrelevant, en överklig, överdriven eller alltför betungande information. Som yrkesutövande kan det även finnas en hänsyn till, alternativt rädsla för, ekonomiska begränsningar eller en nischad attityd vid sin arbetsplats. Det kan vara lätt för olika instanser att välja kortsiktiga lösningar, men att bli »lappad och lagad« är ingen lösning på en utsatt kvinnas problem.

Att tandläkare är så främmande inför denna känsliga fråga är extra synd, eftersom vi är den enda vårdkategori som träffar en hög andel av befolkningen regelbundet, både barn och vuxna. Därför borde vi betraktas, och betrakta oss själva, som en unik tillgång i möjligheten att upptäcka och fånga upp offer för våld i nära relationer. Att våra patienter utsätts för våld innebär inte bara för oss tandläkare att vi bör kunna behandla de odontologiska konsekvenserna, utan vi har även ett ansvar gentemot samhället. Det borde innebära ett gemensamt, tillsammans med andra personalgrupper som man antingen samarbetar med eller lotsar vidare till, omhändertagande av befolkningens allmänhälsa samt även en hänsyn till att våld som får fortgå kostar skattepengar.

En fallstudie från 2006 visade att samhällskostnaden för en mans våld mot en kvinna under ett längre förhållande, i form av ökat bidragsberoende, minskade skatteintäkter, resurser från vård och omsorg, polis- och rättsväsende, trygghetssystemen och arbetsmarknaden, kan uppgå till knappt 2,5 miljoner kronor [4].

SLUTSATSER AV STUDIEN

Slutsatser utifrån enkätundersökningen är att de två hypoteserna, att kliniker saknar handlingsplaner samt att tandläkare saknar utbildning, överensstämmer med verkligheten i den utvalda gruppen. Behov verkar finnas av att upprätta enkla handlingsplaner på varje klinik, men tandvårdspersonalen (i detta fall tandläkarna) har möjligen en bristande mottaglighet för att ta till sig information kring våld i nära relationer.

Det kan också konstateras att grundutbildningen till tandläkare vid Karolinska institutet för närvarande inte inkluderar någon information eller övning som förbereder studenterna för

»Slutsatser utifrån enkätundersökningen är att de två hypoteserna, att kliniker saknar handlingsplaner samt att tandläkare saknar utbildning, överensstämmer med verkligheten i den utvalda gruppen.«

att möta våldsutsatta patienter. Detta är alltså tio år sedan Kvinnofridspropositionen, som uttryckligen inkluderade tandläkarutbildningen bland de berörda yrkesutbildningarna som borde förändras så att våldsutsatta kvinnor skulle få ett bättre stöd och bemötande. Ett argument mot att utvidga kursplanen, eller att någon av de befintliga kurserna i till exempel vuxentandvård skulle ta ansvar för detta viktiga område, kan tänkas vara tids- eller resursbrist. Detta argument kan dock bemötas med att tidigare forskning har visat att undervisningen i sig inte behöver vara så avancerad.

Ett enkelt, interaktivt program som lär tandvårdspersonal att känna igen och reagera på våld i nära relationer, har enligt en amerikansk studie visat sig effektivt för att förbättra tandläkarstudenters kunskap om och attityd till ämnet [13].

De svarande i en annan undersökning, som hade fått utbildning, var signifikant mer benägna att screena efter våld i nära relation och ingripa. Forskarna ansåg att typen av utbildning borde standardiseras och infogas i grundutbildningen, på så sätt skulle man normalisera ett ingripande och göra det till en standardiserad del av en tandläkares professionella ansvar [7].

Denna enkätstudies fråga 6 är en direkt fråga om hur många av de svarande som fått utbildning kring våld i nära relationer. Det absoluta flertalet har svarat att de inte har fått någon utbildning. Ett fåtal personer svarade ja och de lämnade kommentarer där enstaka föreläsningar var den vanligaste utbildningsform som angavs. Många av dem som svarat ja har inte svarat på hela frågan, det vill säga har inte angett var och när dessa föreläsningar ska ha ägt rum. Slutsatsen är att det finns en stor kunskapslucka i ämnet, då de svarande framför allt svarade nekande men även har en stor bredd på sina jakande svar, vilket antyder att denna utvalda grupp med tandläkare saknar en gemensam kunskapsgrund.

När enkäten sedan kom in på om de svarande såg några hinder i sin yrkesverksamhet för att hjälpa patienter med en misshandelsproblematik (fråga 7), svarade majoriteten nej. De kommentarer som följde på det initialt nekande svaret motsäger däremot i många fall detta nej så att det i själva verket borde ha angetts som ett ja. Anmärkningsvärt är att de flesta svarat nej på denna fråga likväl som att de flesta även svarat nej på fråga 6. Man kan spekulera i varför många anser att de kan hantera något som de uppenbarligen inte utbildats i att hantera (vilket skulle vara otänkbart inom de flesta andra arbetsmoment som tandläkare utför). Kan det vara så att området just på grund av okunskap blir underskattat både vad gäller prevalens och allvar? Det paradoxala är att kliniker saknar handlingsplaner och att tandläkare saknar utbildning, samtidigt som ett flertal av tandläkarna själva inte identifierar detta som två hinder för att hjälpa patienter med

FAKTA 2.

Exempel på hinder hos organisation eller vårdpersonal för att hjälpa patienter med misshandelsproblematik [10]:

- tidsbrist, väntetider
- förutfattade meningar om vem som är ett sannolikt offer och om vem som är förövare
- benägenhet att se/behandla symtom och andra tillstånd i stället för de bakomliggande orsakerna
- rädslan att förolämpa kvinnan
- identifiering med kvinnan som offer eller mannen som förövaren
- saknar kunskap/beredskap att ta emot kvinnans berättelse och oro att inte kunna möta alla hennes behov
- ingenting att erbjuda
- inget direktivt uppifrån, ingen handlingsplan, inget protokoll för rutiner
- känsla av maktlöshet, hopplöshet och frustration (till exempel om kvinnan tidigare återvänt till mannen)

en misshandelsproblematik. Detta samband antyder att ett annat hinder föreligger, nämligen i form av ointresse som också skulle kunna leda till bristande mottaglighet för att utöka sin kunskap. De hinder som uppgetts av de svarande har även beskrivits i tidigare litteratur, se faktaruta 2.

En tidigare nämnd studie av amerikanska tandläkare har bekräftat de främsta hindren när det gäller att screena efter våld [7]. De angav närvaro av en partner eller barn (77 procent), brist på utbildning/praktisk övning (68 procent), oro för att förolämpa patienten (66 procent) och sin egen genans inför att ta upp ämnet (51 procent).

Kunskapsbrist skulle enligt ovanstående beskrivningar av hinder kunna leda till en sämre förmåga att tolka symtom och stämningar. Detta skulle kunna medföra att en behandlare inte misstänker att patienten är utsatt för våld i nära relationer trots att så är fallet. Av våra svarande på fråga 2 har ungefär en fjärdedel av hela gruppen svarat att de misstänkt att en patient varit utsatt för våld. De som gått vidare till följdfrågan har alla agerat på olika sätt, de har även gjort olika val när det gäller daganteckning eller inte. En del ger aktivt uttryck för en frustration kring sin okunskap om hur man bör handla.

Våra siffror visar att drygt 70 procent av våra svarande aldrig har misstänkt att en patient varit utsatt för våld i nära relationer. Detta kan jämföras med att 47 procent av tandläkarna enligt amerikanska resultat hade varit i en situation där de misstänkt att en patient varit offer för våld i en nära relation [7].

En annan studie av tandläkare i Colorado i USA, fann att cirka 30 procent av tandläkarna hade misstänkt minst ett fall av partnermisshandel men endast 3 procent hade anmält detta till någon myndighet. I Colorado finns anmälnings-skyldighet för vårdgivare rörande skador orsakade av någon kriminell aktivitet, det vill säga alla skador orsakade av medvetet våld. 86 procent av de svarande tandläkarna hade angett att blåmär-

ken i huvud- och halsområdet kan ha misshandel som möjlig orsak, 76 procent angav att de inte visste hur en anmälan gick till [14].

De amerikanska studierna visar att en högre grad av misstanke inte automatiskt medför att fler patienter får hjälp med anmälan och så vidare, men om behandlaren inte ens identifierar problematiken blir chansen till att få hjälp obefintlig. I Sverige råder inte anmälningsplikt när det gäller vuxna patienter, men däremot vad gäller barn.

En reflektion kring nästföljande fråga (nummer 3) är att den möjligen var olyckligt formulerad, då några (fem stycken) valt att förstå den som en mer allmän fråga. Dessa personers svar handlade uttryckligen om gatu- eller krogvåld. På enstaka enkäter förekom det dock att en tandläkare sa sig inte ha misstänkt, men däremot varit med om att en patient berättat om, våld i nära relationer. Även på denna fråga finns det en bredd i hur man agerar, vilket återigen visar att det inte finns några rutiner för bemötandet.

Patienternas åsikter

En tandläkare kan anse att våld i nära relationer är en känslig fråga att ta upp och vara rädd för att patienten ska bli förolämpad, eller för att kränka patientens integritet. Detta kan förstås förekomma, det är inte omöjligt, men studier har visat att många patienter ändå tycker att det är en godtagbar fråga i en vårdsituation.

Socialstyrelsen genomförde under 2001 ett försöksprojekt på ett femtiotal barnmorske- och ungdomsmottagningar. Utvärderingens resultat visade att 93 procent av alla de tillfrågade 700 kvinnorna var uttalat positiva till att frågor om våld ställdes och att metoden dessutom hade ett starkt stöd hos personalen. Även Socialstyrelsen gör bedömningen att metoden är bra för att komma till rätta med mörkertalet [15].

Lyckligtvis är det inte alltid så att misshandlade och hotade kvinnor blir utan hjälp. Många kvinnor som tagit sig ur våldsamma förhållanden, vittnar om vikten av att bli trodd, att få stöd av kunniga aktörer och att hjälpen sätts in omedelbart vid söktillfället [4].

En kvalitativ studie från USA styrker ytterligare vikten av behandlarens beteende gentemot patienten. Även i fall där kvinnan förnekar att hon blivit misshandlad, och kanske till och med blir defensiv, kan frågan i sig i slutänden leda till något positivt för henne.

I den åsyftade studien uppgav 20 av 25 tidigare misshandlade kvinnor som blivit hjälpta av en vårdgivare, att de hade varit i en situation där vårdgivaren gett bekräftelse. Bekräftelsen hade kommit oavsett om behandlaren eller kvinnan hade tagit upp frågan om misshandel indirekt/direkt eller inte och samtalet innefattade försäkran om att förövarens beteende var fel och att patienten förtjänade bättre. Kvinnorna berättade

»Urvalet i denna studie är litet och kan därför inte hävdas vara representativt för hela tandläkarkåren, men en del studieresultat har kunnat styrkas med tidigare forskning på liknande men större populationer.«

att bekräftelsen gett dem känslan av lättnad och trygghet, men även att den hade satt ett frö till förändring, att inse allvaret i sin situation och att förändra den [12].

Förslag till förbättringar av kunskapsituationen

På grund av den okunskap som påträffats inom den utvalda tandläkargruppen och den frustration kring sin okunskap som en del svarande uttryckte, vore det befogat med en förhöjning av kunskapsnivån. Urvalet i denna studie är litet och kan därför inte hävdas vara representativt för hela tandläkarkåren, men en del studieresultat har kunnat styrkas med tidigare forskning på liknande men större populationer.

Förslag till åtgärder är att införa utbildning i våld i nära relationer som ett inslag i grundutbildningen, samt att upprätta handlingsplaner på varje klinik.

Stockholms läns kvinnohälsorapport från 1997 menar att oavsett i vilket sammanhang kvinnor söker vård finns det behov av en genomtänkt policy och kvalitetssystem för hur personalen lämpligen kan förhålla sig vid misstanke om våld. Därför behövs protokoll och handlingsprogram även i andra delar av sjukvården än vid akutmotagningar [16].

Stockholms läns landsting har tagit fram ett grundmaterial för att upprätta handlingsprogram [10] som finns tillgängligt för utskrift via landstingets hemsida. Dokumentet är tänkt som ett stöd för alla landstingets verksamheter. I det ganska omfattande dokumentet finns bland annat information om misshandel som fenomen, hälso- och sjukvårdens ansvar, konkreta råd om omhändertagandet av våldsutsatta kvinnor, hur man frågar om våld, hur man kan agera vid berättelse om våld, tecken och skador samt hur en journalanteckning ska utformas för att kunna användas vid en eventuell rättegång.

En diskussion som förekommer är om en hälso-deklaration bör innefatta en fråga om patienten är utsatt för våld i nära relationer. Vinsten med detta skulle kunna vara att uppmärksamma både de utsatta patienterna, befolkningen i stort samt även personalen på att misshandel är ett hälso-problem. Det kan vara en markering och bekräftelse för den våldsutsatta kvinnan att frågan tas

»Förslag till åtgärder är att införa utbildning i våld i nära relationer som ett inslag i grundutbildningen, samt att upprätta handlingsplaner på varje klinik.«

upp. Flera studier har visat att varken utsatta eller inte utsatta patienter tar illa upp över att få frågan, utan att de tvärtom tycker att det är positivt.

Om tandvårdens bemötande av dessa patienter skulle fungera idealiskt skulle det framför allt innebära att all personal hade kunskaper om identifiering av utsatta patienter, fenomenets prevalens och allvar samt om hur samarbete med andra instanser ska gå till – då åsyftas övrig sjukvård, socialtjänst, polis samt kvinno- och brottsofferjourer. De senare utgör ofta ett viktigt komplement till det stöd som myndigheter och offentliga institutioner kan ge kvinnan, framför allt genom att kvinnojourer i många fall har möjlighet att erbjuda skyddat boende.

REFERENSER

- Partnerships Against Domestic Violence – an Australian Government Initiative (Australien). The Cost of Domestic Violence to the Australian Economy. Partnerships Against Domestic Violence – an Australian Government Initiative; 2004.
- Amnesty (Sverige). Mäns våld mot kvinnor i nära relationer, en sammanställning om situationen i Sverige. Stockholm: Amnesty; 2004.
- Brottsförebyggande rådet (Sverige). Dödligt våld mot kvinnor i nära relationer. Rapport 2001: 11. Stockholm: BRÅ; 2001.
- Weinehall K, Ånggård A, Blom K, Ekelund B, Finnald K. Räkna med kostnader – en fallstudie om mäns våld mot kvinnor. Umeå: Umeå universitet; 2006.
- Ström C. Criminal violence and maxillo-facial injuries in Sweden. A Retrospective Epidemiological Study on Criminal Violence and Ensuing Injuries. Stockholm: Karolinska institutet; 1992.
- Brottsförebyggande rådet (Sverige). Våld mot kvinnor i nära relationer, en kartläggning. Rapport 2002:14. Stockholm: BRÅ; 2002.
- Love C, Gerbert B, Caspers N, Bronstone A, Perry D, Bird W. Dentists' attitudes and behaviours regarding domestic violence – the need for an effective response. J Am Dent Assoc 2001; 132 (1): 85–93.
- Socialstyrelsen (Sverige). Våldsutsatta kvinnor, ett utbildningsmaterial för hälso- och sjukvårdens personal. Stockholm: Socialstyrelsen; 2003.
- McDowell JD, Kassebaum DK, Stromboe SE. Recognizing and reporting victims of domestic violence. J Am Dent Assoc 1992; 123(9): 44–50.
- Stockholms läns landsting (Sverige). Handlingsprogram – omhändertagande av våldsutsatta kvinnor. Stockholm: Stockholms läns landsting; 2005
- American Academy of Pediatric Dentistry. Guideline on Oral and Dental Aspects of Child Abuse and Neglect. Pediatr Dent 2005–2006; 27(7 Reference Manual): 64–7.
- Gerbert B, Abercrombie P, Caspers N, Love C, Bronstone A. How health care providers help battered women: the survivor's perspective. Women Health 1999; 29: 115–35.
- Danley D, Gansky SA, Chow D, Gerbert B. Preparing dental students to recognize and respond to domestic violence. J Am Dent Assoc 2004; 135(1): 67–73.
- McDowell JD, Kassebaum DK, Fryer GE Jr. Recognizing and reporting domestic violence: a survey of dental practitioners. Spec Care Dentist 1994; 14: 49–53.
- Socialstyrelsen (Sverige). »Tack för att ni frågar« – Screening om våld mot kvinnor. Stockholm: Socialstyrelsen; 2002.
- Karolinska sjukhuset (Sverige). Stockholms läns kvinnohälsorapport, kapitel 4: Övergriper mot kvinnor – vad kan göras? Rapport 1997: 5. Stockholm: Yrkesmedicinska enheten; 1997.