

ABSTRACT

Vold i hjemmet (VH) er et relativt udbredt folkesundhedsproblem, der hovedsageligt rammer kvinder og børn. Påvirkning af orodentale forhold omfatter hoved-, hals- og ansigtsskader, uregelmæssige tandlægebesøg og tandlægeskræk, hvilket sætter odontologisk personale i en position, hvor de i kliniske omgivelser vil kunne identificere tegn på vold. Dog betyder usikkerhed, ofte manglende erfaring og bekymringer i relation til tavshedspligt, at tegn på overgreb ikke opdages, eller intervention undlades. I de nordiske lande er det en lovmæssig og etisk pligt for sundhedspersonale, herunder tandplejeteamet, at rapportere mistanke om VH, og i Sverige er det et krav, at offentligt ansatte tandlæger udfærdiger retsodontologiske skadesrapporter på anmodning fra politiet.

I denne oversigtsartikel belyses det, hvordan tandplejeteamet kan opdage personer, der er udsat for forskellige former for VH. Der sættes fokus på at erkende traumatiske skadesmønstre samt tandsygdomme og adfærdsmæssige indikatorer, således at VH kan opdages tidligt. Artiklen fremhæver også vigtigheden af grundig journalføring og dokumentation, når mistanke om VH opstår. Retsodontologer spiller en vigtig rolle i at støtte det odontologiske team gennem ekspertkonsultationer, uddannelse og oplæring. Ved at integrere retsodontologisk opmærksomhed i deres daglige praksis vil tandlæger udvikle deres evner til at opdage, dokumentere og rapportere mistanker om overgreb – og dermed fremme tidlig indgriben og bidrage til at opnå rehabilitering af udsatte individer.

EMNEORD

domestic violence | child abuse and neglect |
ital neglect | forensic odontology



Korrespondanceansvarlig førsteforfatter:
ANNA JINGHEDE SUNDWALL
anna.jinghede@polisen.se

Tandplejens rolle i forbindelse med overgreb i hjemmet

ANNA JINGHEDE SUNDWALL, police officer/crime scene investigator, retsodontolog, tandlæge, Swedish Police Authority, Section of Forensics, Police Region Bergslagen Örebro, Sweden, og doktorandstuderende, Department of Oncology and Pathology, Karolinska Institutet, Stockholm, Sweden

DORTHE ARENHOLT BINDSLEV, professor emerita, ph.d., specialtandlæge i ortodonti. Institut for Retsmedicin, Aarhus Universitet

ANNE RØNNEBERG, lektor, specialist i børnetandpleje, head of Department of Paediatric Dentistry, Behavioural Science and Forensic Dentistry, ph.d., Institute of Clinical Dentistry, Faculty of Dentistry, University of Oslo, Oslo, Norway

EVA GUÐRÚN SVEINSDÓTTIR, adjunkt og sektionsleder, specialist i børnetandpleje, Faculty of Odontology, University of Iceland, Reykjavik, Iceland

THERESE KVIST, seniorlektor i pæodonti, specialist i børnetandpleje, ph.d., Dental School, University of Western Australia, Nedlands, Western Australia, Australia, og Department of Dental Medicine, Division of pediatric dentistry, Karolinska Institutet, Huddinge, Sweden

MIKKO PYYSALO, specialist i oral og maxillofacial kirurgi, retsodontolog, ph.d., Wellbeing services county of Pirkanmaa, Primary Special Oral Health Care, Tampere, Finland

Accepteret til publikation 24. april 2025

Tandlægebladet 2026;130:182-8

VOLD I HJEMMET (VH), herunder vold i nære relationer (VNR), refererer til et vedvarende mønster af fysisk, seksuel eller psykologisk skadeforvoldelse begået af et familiemedlem eller en partner. Helt centralt er tvangskon-
troll (TV) – en systematisk brug af manipulation, intimidering og dominans med henblik på at indgyde frygt og fastholde magten over ofret (1). Denne kontrol udøves oftest ved fysisk aggression, seksuel tvang, psykisk vold og andre former for kontrollerende adfærd (2).

VH omfatter også andre former for overgreb indenfor hjemmets fire vægge, fx børnemishandling og omsorgssvigt (BMOS), ældre mishandling eller søskendevold. Selvom der udføres megen forskning på området, og det også er blevet en politisk prioritet, så er VH fortsat et udbredt samfunds- og folkesundheds-

FAKTABOKS

Forkortelser

- VH Vold i hjemmet
- VNR Vold i nære relationer
- CC Tvangskontrol (Coercive Control)
- CAN Børnemishandling og omsorgssvigt (Child Abuse and Neglect)
- ACE Belastende eller traumatiserende oplevelser i barndommen (Adverse Childhood Experiences)
- HHA Hoved, hals og ansigt
- OHQoL Oral Health-Related Quality of Life (Oral livskvalitet)
- VHF Vold i hjemmet og familien

mæssigt problem (3). Til trods for at både mænd og kvinder kan være ofre, så er VNR almindeligt anerkendt som en kønnet form for vold, der hovedsageligt rammer kvinder, både hvad gælder hyppigheden og omfanget af pådragne skader (4). Epidemiologiske data antyder, at omkring en ud af tre kvinder har oplevet VNR på et tidspunkt i sit liv (5).

De veldokumenterede negative helbredskonsekvenser af VH påvirker overgrebs ofre på både kort og lang sigt. De kæmper med psykologiske udfordringer som angst og depression samt fysiske skader, og i nogle tilfælde kan det føre til fatale konsekvenser (6). Børnemishandling og omsorgssvigt (BMOS) kan antage mange former og have langvarige konsekvenser for et barns følelsesmæssige og fysiske helbred, herunder også på deres tandforhold. Traumatiske oplevelser, heriblandt belastende oplevelser i barndommen (ACE efter det engelske "adverse childhood experiences") såsom fysiske, seksuelle eller psykologiske overgreb, omsorgssvigt, mobning (inklusive onlinemobning) og andre former for udnyttelse, kan have varige negative konsekvenser for individets funktion og fysiske, sociale, følelsesmæssige eller mentale helbred (7,8).

Forskning har desuden vist, at det kan have alvorlige følger for en persons helbred fremover, herunder tandsundhed, hvis vedkommende som barn er blevet udsat for fysiske overgreb. Fx viser et norsk studie, at børn, hvor man havde mistanke om, at de blev udsat for seksuelle overgreb, havde fire gange så megen caries og restaureringer i de blivende tænder, som børn, hvor man havde mistanke om, at de blev udsat for fysiske overgreb (9). Yderligere data fra Young-HUNT-undersøgelsen i Norge (10) (n = 6.526; aldersgruppe 13-19) viste, at 42,4 % af unge har haft mindst én belastende barndomsoplevelse (ACE), herunder at bevidne vold eller selv være blevet udsat for fysiske eller seksuelle overgreb (11). Disse fund understreger de varige og multisystemiske konsekvenser ved vold i hjemmet, især blandt sårbare grupper som børn og unge.

Målet med denne litteraturgennemgang er at beskrive forskellige former for VH, og hvordan de kan komme til udtryk, samt belyse tandplejeteamets rolle i at identificere, beskrive og indberette overgreb. Særligt fremhæves vigtigheden af ved regelmæssige tandundersøgelser at integrere en øget opmærksomhed om sådanne forhold, da dette kan medvirke til tidlig afsløring og intervention i sager om VH.

ODONTOLOGISK SYNSVINKEL PÅ MULIGE TEKN PÅ OVERGREB I HJEMMET

At opdage VH i odontologisk sammenhæng kræver, at man er opmærksom på både patientadfærd og på kliniske tegn. Selvom fysiske skader ikke altid er til stede, så kan andre indikatorer være tegn på overgreb. Fx kan økonomisk udnyttelse/kontrol forhindre patienter – især kvinder – i at have råd eller adgang til tandpleje. Kontrollerende adfærd, såsom tilbageholdelse af børnebidrag eller indgriben i sundhedsbeslutninger, kan føre til, at patienter udskyder aftaler eller udebliver (12). Derudover kan fx tandlægeskræk eller angst være tegn på traumer. Kvinder, der tidligere er blevet seksuelt misbrugt, beskriver tit tandpleje som en trigger, der kan medføre, at de udvikler undvigende adfærd og undgår daglige rutiner for renhold af tænderne, således at der ses en nedgang i deres mundhygiejne og opstår vægring mod tandlægebesøg (13,14).

Risikofaktorer ved vold i hjemmet

At identificere individer i risiko for VH er udfordrende for tandplejeteamet. Advarselstegn kan omfatte mistænkelige skader, undvigende adfærd eller tilstedeværelsen af en kontrollerende partner under konsultationer. Patientens bredere sociale kontekst er også af betydning. Fx er der større risiko for, at børn, der bor i voldelige hjem, udsættes for fysiske overgreb, og i Sverige er det strafbart at lade dem bo i et sådant miljø (15).

Risikofaktorer spænder over flere niveauer på den socioøkonomiske model (16). Faktorer på individniveauet omfatter bl.a. tidligere overgreb, økonomisk afhængighed og konservative kønsrollemønstre. På niveauet for nære relationer er det vist, at ulige magtforhold, kontrollerende adfærd og økonomisk ulighed er faktorer, der forøger sårbarhed (17). Tandplejeteamet bør kende til sårbarhedsfaktorer, der øger risikoen for forekomst af vold i hjemmet, fx lav socioøkonomisk status, psykisk sygdom, alkohol- og stofmisbrug, traumehistorik eller kronisk sygdom, der alle kan hæmme et individs evne til at søge hjælp eller beskytte sig selv (18,19).

Skadekarakteristika ved vold i hjemmet

For at kunne identificere og adressere vold blandt forskellige befolkningsgrupper er det afgørende at forstå skademønstre og at kunne vurdere patientens forklaring på skadens opståen. Tandskader hos børn og voksne, der udsættes for overgreb, stammer oftest fra direkte fysisk vold mod ansigtet, fx knytnæveslag eller slag med flad hånd, der kan forårsage tandtraumer, slimhindeskader og kæbefrakturer. Yderligere overgreb omfatter tvangsfodring, knebling, ruskning, bid og kvælning, der kan medføre skader på blødtvæv i læber, gingiva, slimhinder og svælg (20,21) (Tabel 1). Spektret af fysiske skader spænder ►

Kliniske indikatorer på overgreb

Indikator	Beskrivelse	Mulig årsag
Iturevet læbebånd	Rift i vævet, der forbinder overlæben til gingiva; mistænkeligt hos ikkeambulante spædbørn.	Tvangsfodring, direkte traumer; sjældent ved utilsigtede fald.
Blå mærker eller flænger på læber/mundslimhinder	Skader i det bløde væv, ses ofte på indersiden af kinderne, læberne eller gingiva.	Skader fra stump vold, slag eller tvangsfodring.
Tandtraumer	Luksationer, manglende tænder, frakturer osv.	Direkte traume, knytnæveslag, objektindsættelse eller stump vold.
Bidmærker	Tydeligt ovale eller cirkulære læsioner; kan omfatte blå mærker eller abrasioner.	Bid fra gerningspersonen eller et andet barn/individ; vurdér bidmønster og størrelse.
Brændmærker på mundslimhinden	Tydeligt afgrænsede skader på slimhinden.	Tvungen indtagelse af varme væsker eller ætsende substanser.
Palatine petekkier	Små røde eller lilla pletter i den bløde gane.	Indikerer forceret oral penetration eller kneblen.
Forsømmelse af tænder og tandpleje	Udbredt caries, infektioner eller abscesser; dårlig mundhygiejne samtidig med, at der ikke søges tandlægehjælp/tandlægens anbefalinger ikke følges.	Kronisk forsømmelse; tandpleje udføres/opsøges ikke.
Adfærdsmæssige indikatorer	Ekstrem tandlægeskræk, patient vægrer sig, modsætter sig tandundersøgelse eller udebliver fra aftaler.	Traumereaktion på tidligere overgreb eller omsorgssvigt.
Kønssygdomme	Tilstedeværelse af kønssygdomme i mundhulen, fx gonorré eller HPV.	Indikerer muligt seksuelt misbrug; kræver yderligere evaluering/undersøgelse.

Tabel 1. Kliniske indikatorer på overgreb i hjemmet observeret i mundhulen på voksne og børn.

Table 1. Clinical indicators of domestic violence observed in the oral cavity on adults and children.

fra diskrete, knap erkendbare læsioner til traumer med dødelig udgang (22,23).

Blandt ofre for fysiske overgreb er blå mærker den hyppigste form for skader (1). De forekommer med en prævalens på ca. 70 % blandt børn (22) og 26-57 % blandt voksne og ældre (17,24). Andre former for overgrebsrelaterede skader inkluderer lacerationer af bløddel, frakturer og indre skader (4). Danske data fra en retsmedicinsk kohorteundersøgelse af 0-18-årige børn, der var blevet henvist pga. mistanke om fysiske overgreb, viste hudlæsioner hos 72 % (hoved), 70 % (arme/hænder), 60 % (torso), 37 % (ben/fødder) 31 % (hals) og 17 % (genitalier/baller). Heraf udgjorde blå mærker næsten 50 % af læsionerne. Over 40 % af børn under to år havde okkulte frakturer, hvilket understreger nødvendigheden af, at der tages røntgenoptagelser af hele kroppen i sager, hvor småbørn undersøges pga. mistanke om VH (22).

Blandt kvinder udsat for vold i hjemmet er skader mod hoved, hals og ansigt (HHA), herunder mundhulen, meget udbredte. Studier viser, at 13-75 % af voldsofre har skader i dette område (4,25). Hyppigheden og kliniske fund af skader associeret med HHA/tænder varierer betydeligt afhængigt af studiepopulationen og dataindsamlingsmetoderne. Et portugisisk studie, hvor man analyserede 332 retsmedicinske rapporter,

viste, at 13,4 % af sager med VNR involverede mundskader (26). Disse skader påvirkede hovedsageligt blødt væv, herunder læber, mundslimhinder og tunge. En nyere artikel af Souza Cantão et al. (27) viste, at 29 % af kvinder, der var udsat for VHF, havde tand- og ansigtsskader, mens 4 % havde tandtraumer.

Skelnen mellem accidentielle og ikkeaccidentielle skader

Da traumatiske skader i sig selv sjældent får odontologisk personale til at mistænke vold, er det vigtigt at kunne skelne mellem accidentielle og påførte skader. Hos plejekrævende individer som børn eller handicappede kan ulykker være tegn på forsømmelse som resultat af utilstrækkeligt opsyn. Forskning har været tilstræbt at identificere skademønstre, der understøtter tidlig mistanke og retsmedicinsk vurdering. Accidentielle skader hos børn forekommer typisk på knoglefremspring – fx panden, knæene eller albuerne – og disse er i overensstemmelse med barnets udviklingsstadiet. Påførte skader optræder derimod ofte i beskyttede områder – fx ørerne, halsen og indersiden af armene – og disse traumer kan have genkendelige mønstre (fx håndaftryk, bidmærker) eller ses i forskellige stadier af helingsprocessen. Sen opsøgning af behandling, usammenhængende forklaringer fra omsorgspersonen og adfærdsmæssige ændringer er yderligere grunde til mistanke (28).

Typiske skader

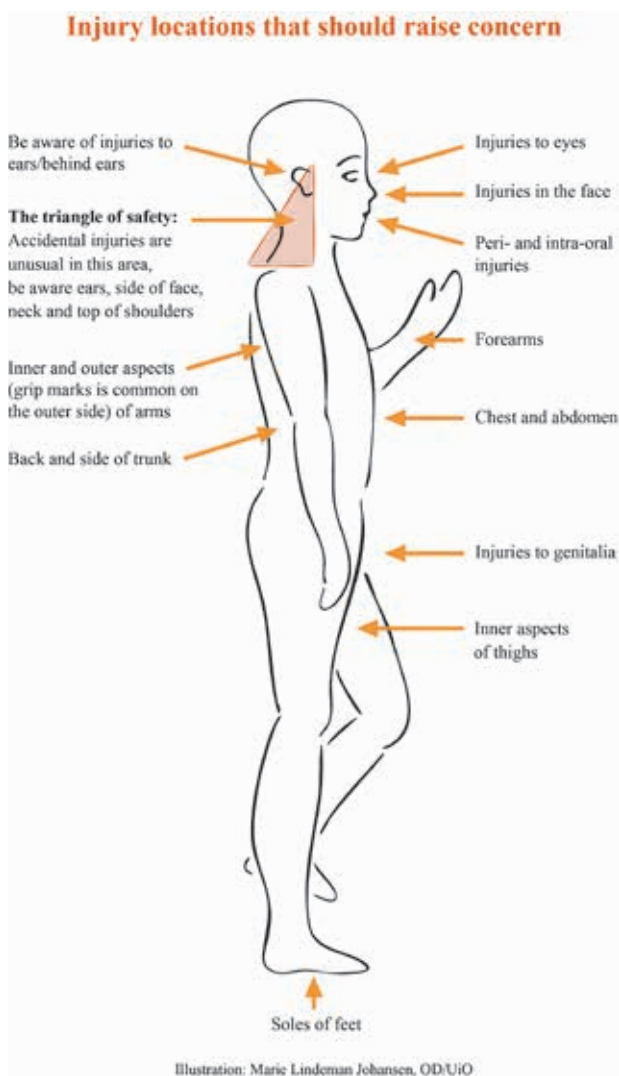


Fig. 1. Typiske lokalisationer af accidentielle versus ikkeaccidentielle traumer.

Fig. 1. Typical injury sites for accidental trauma.

Værktøjer som TEN-4-reglen (blå mærker på torso, ører eller hals eller ethvert blåt mærke på spædbørn under fire måneder) har vist sig at være nyttig til at skelne mellem påførte og accidentielle skader (29). Cairns et al. (30) fremhæver, at de fleste børn, som har været udsat for fysisk vold, har skader, der vil være erkendbare i forbindelse med tandeftersyn, især på ørerne, siden af ansigtet, halsen og skuldrene, hvor accidentielle skader sjældent forekommer ("den sikre trekant") (28) (Fig. 1).

Odontologisk personale, der regelmæssigt undersøger ansigtsregionen under kraftig belysning, er i en position, hvor de har god mulighed for at erkende sådanne skader, hvis de er

klinisk relevans

- Voldsskader ses ofte i hoved-, hals- og mundregionen – områder, der regelmæssigt undersøges af odontologisk personale.
- En retsodontologisk tilgang i tandlægepraksis vil fremme sandsynligheden for, at ikke-accidentielle skader opdages og dokumenteres tidligt.
- Det odontologiske team bør være opmærksomt på skademønstre, adfærd og sårbarhedsfaktorer, der associeres med vold og omsorgssvigt.
- Klare retningslinjer og uddannelse er essentielle for, at odontologisk personale kan udføre deres juridiske og etiske pligt til at indberette mistanke om overgreb.
- Samarbejde med retsodontologer kan fremme kvaliteten af skadesdokumentationen og understøtte den juridiske proces.

oplært i det (31,32). Hos voksne kan ansigtstraumer som resultat af vold ofte kædes sammen med en hyppigere forekomst af brud på ansigtsknogler samt hudlæsioner. I modsætning hertil vil accidentielle skader typisk forekomme på ansigtets og neurokraniets fremspring (33).

Insufficient mundhygiejne

Insufficient hjemmetandpleje kan forekomme, når en omsorgsperson ikke formår at udføre eller overholde en tilstrækkelig pleje af tænderne, hvilket kan føre til tandsmerter, infektioner eller en betydelig forværring af et barns eller et afhængigt individs tandsundhed (12). Dette gælder også for voksne og ældre, der har brug for støtte. Det er anerkendt som en alvorlig, men ofte overset underkategori af medicinsk forsømmelse, som kan have betydelige konsekvenser for et barns/individs overordnede helbred og velvære (21). Derudover forbindes forsømmelig hjemmetandpleje ofte med forekomst af generel social sårbarhed samt andre former for overgreb/misbrug (34,35). Ifølge en gennemgang af 147 anmeldelser fra tandplejepersonale til de sociale myndigheder var hovedårsagen til anmeldelser mangelfuld omsorg fra forældre, efterfulgt af bekymring om dental neglect (35,36). Manglende forældreengagement kan komme til udtryk ved gentagne udeblivelser eller aflyste aftaler på trods af akut tandlægebehov, og/eller selvom de selv har opsøgt behandling (21). Nøgleindikatorerne omfatter ubehandlet caries, smertefulde infektioner, abscesser, besvær med at spise (37), dårlig mundhygiejne med klinisk observerbar omfattende plak og tandsten, gingivitis eller alvorlig parodontitis, hvor omsorgspersonen konsekvent undlader at følge tandlægens anbefalinger. Dårlig tandsundhed, herunder insufficient mundhygiejne, udbredt caries og udeblivelse fra tandeftersyn er også blevet kædet sammen med traumatiske oplevelser i barndommen (11). Omsorgssvigtede børn kan opleve angst, skam og frygt for at miste kontrol, hvilket kan bidrage til tandlægeskræk og forringelse af OHOOl (oral livskvalitet) (38). ▶

TANDPLEJENS ROLLE I FORBINDELSE MED ERKENDELSE OG INDBERETNING AF VH

Tandplejeteamet bør være opmærksomme på tegn på overgreb hos både børn og voksne og har en unik mulighed for at kunne opdage, intervenere og dermed beskytte individer i risikozonen, fx ved (19,21,39,40):

- Regelmæssigt at se patienter, hvilket giver mulighed for løbende at overvåge og opbygge tillid, som kan afdække overgreb/mistrivsel.
- At arbejde i godt belyste arbejdsfelter, som giver godt overblik over hoved-hals-området.
- At blive oplært i at erkende tegn på overgreb, der kan optræde som ansigtsskader, mundtraumer, insufficient hjemmetandpleje eller vægring ved overholdelse af tandlægeaftaler.
- At lægge mærke til adfærdssændringer, fx udeblivelse fra tandlægeaftaler, hvilket kan være led i misbrug eller omsorgssvigt.

I de nordiske lande er det tandplejeteamet og det øvrige sundhedspersonales lovmæssige og etiske pligt uden undtagelse at anmelde mistanke om omsorgssvigt eller overgreb til børneforsorgsmyndighederne (19). Indberetning er obligatorisk, og hvis der er mistanke om en strafbar handling eller manipulation af beviser, bør politiet også involveres. Samme pligt gør sig gældende i sager om vold i hjemmet (39,41,42). Denne pligt til trods er underrapportering stadig et udbredt problem blandt odontologisk personale i både Norden og i andre lande (42-46). Dog viser en nyere norsk undersøgelse et stigende antal indberetninger fra praktiserende tandlæger (43).

Forskning indikerer, at sundhedsfagligt personale, der ofte behandler patienter udsat for VH, sjældent rutinemæssigt udfører screening, selv ikke når de behandler voldsrelaterede skader (47-49). Der er flere årsager til deres vægring overfor at anmelde VH, herunder usikkerhed, manglende retningslinjer og begrænset viden om henvisningsprocedurer (43,44,50,51) (Tabel 2). Følelsesmæssige udfordringer kan opstå, når det odontologiske team kender den mistænkte gerningsperson, og dette kan påvirke tilliden. Dog går pligten til at anmelde mistanke om overgreb forud for tavshedspligten (43,44). At indberette en mistanke om omsorgssvigt, overgreb eller vold sker altid på grundlag af omsorg for offeret.

Dokumentation

Tandlægejournaler kan være en væsentlig informationskilde i sager med mistanke om overgreb i hjemmet (VH). Patientrapporteret traumehistorik, årsager til tandlægeskræk og økonomiske vanskeligheder kan alle være tegn på mistrivsel og bør dokumenteres omhyggeligt. Social-, syge- og tandhistorik samt enhver mistanke om mistrivsel/overgreb skal registreres omhyggeligt. I sager med børn bør dokumentationen inkludere dialog med omsorgspersoner angående caries, behandlingsplaner og omsorgspersonernes overholdelse af tandlægens anbefalinger. Fremmødere registrering, aflysninger og årsager til udeblivelse fra aftaler kan også understøtte de sociale myndigheders undersøgelser. I traumesager skal både ekstra- og intraorale fund beskrives detaljeret sammen med eventuelle adfærdsmæssige observationer. Præcise skriftlige beskrivel-

Mulige årsager til manglende rapportering

Usikkerhed
- Hvor velbegrunder skal mistanken være? - Tvivl om det odontologiske teams intuition. - Hvornår er det passende at indberette, at et barn ikke møder op til regelmæssige eftersyn? - Hvornår er det passende at indberette, hvis man ved, at et barn har behov for behandling, men udebliver fra aftaler?
Manglende viden
- Hvordan indberetter man? - Hvor detaljeret skal en indberetning være?
Manglende retningslinjer
Tavshedspligt
- Usikkerhed om tavshedspligtens omfang.
Forbindelse til familien
- Det odontologiske team kender patienten/familien, som har opbygget tillid til teamet. - En ansat kender patienten/familien privat.
Usikkerhed om næste skridt
- Frygt for konsekvenserne for patienten/forældrene/værgerne efter indberetning. - Bekymring om andres meninger om sagen.
Øget arbejdsbyrde
- At skrive og indgive indberetningen. - Sandsynligheden for at skulle vidne i retten.
Ubehag ved egne følelser om sagen

Tabel 2. Mulige årsager til, at mistænkt omsorgssvigt, overgreb eller vold ikke indberettes.

Table 2. Possible reasons why suspected neglect or violence is not reported.

ser af skader, kliniske fotos og røntgenbilleder er afgørende (19,21,28). Alle indberetninger af mistanke om overgreb skal være tydeligt formulerede, indeholde så god dokumentation som muligt samt indeholde begrundelse for indberetningen. Patienter – og værger – har ret til at tilgå deres journaler (19).

RETSVIDENSKABELIG ODONTOLOGISK TILGANG TIL OVERGREBSSAGER

En retsvidenskabelig tilgang i den almene tandpleje er afgørende for, at traumer beskrives så omhyggeligt, at dokumentationen kan bruges som juridisk bevismateriale. Imidlertid får odontologisk personale typisk kun begrænset uddannelse i at erkende voldsrelaterede orale og maksillofaciale skader, skelne dem fra accidentielle traumer og i at efterleve retsmedicinske dokumentationsstandarder. Til forskel fra almindelige journaler kræver retsmedicinsk dokumentation detaljerede skadesbeskrivelser, kliniske fotos af høj kvalitet med målestok samt røntgenbilleder, der viser skjulte traumer.

Retsodontologer fungerer som bindeled mellem tandplejen og retslige instanser og kan give fagkyndig vejledning i skades-

vurderinger, indberetninger og retssager. I Sverige er det et lovkrav, at offentligt ansatte tandlæger udarbejder retsodontologisk dokumentation efter anmodning fra retssystemet, men det er uklart for mange, hvordan de udfører denne pligt. At involvere retsodontologer i uddannelsen af odontologisk personale gennem specialiserede uddannelsesforløb kan styrke det odontologiske teams kompetencer, beredskab og fortrolighed med at håndtere sager med mistanke om overgreb.

KONKLUSIONER

- Odontologisk personale kan spille en vigtig rolle i at erkende vold i hjemmet, idet mange voldsrelaterede skader involverer hovedet, halsen og mundregionen – områder, der regelmæssigt undersøges i tandplejen.

- Underrapportering er til stadighed et stort problem, typisk som følge af usikkerhed, manglende retsmedicinsk uddannelse og frygt for at komme i konflikt med tavshedspligten. Styrkelse af odontologisk personales viden og klare retningslinjer for indberetninger er nødvendigt for at fremme indsatsen.
- Omhyggelig og objektiv dokumentation er afgørende for patientsikkerheden, retslige forhold og beskyttelse af sårbare personer. En retsmedicinsk tilgang kan med fordel integreres i de daglige rutiner i den almene tandlægepraksis.
- Retsodontologer har en væsentlig rolle i det odontologiske fagområde med henblik på uddannelse, fagkyndig vejledning og samarbejde med retssystemet. Deres medvirken i relevante sager fremmer både kvaliteten af dokumentationen og sandsynligheden for adækvat intervention.

ABSTRACT (ENGLISH)

THE ROLE OF THE DENTAL TEAM IN DOMESTIC ABUSE CASES

Domestic violence (DV) is a prevalent public health issue that primarily affects women and children. Its impact on oral health includes head, neck, and facial injuries, irregular dental visits, and dental fear, making dental professionals well-positioned to identify signs of abuse in clinical settings. However, uncertainty, lack of training, and concerns about patient confidentiality often lead to missed recognition and inaction. In the Nordic countries, dental professionals have both a legal and ethical duty to report suspected DV, and in Sweden, public-sector dentists are required to provide

forensic injury reports upon request from law enforcement. This overview highlights how individuals affected by various forms of DV can be identified in dental settings, with a focus on recognizing traumatic injury patterns, dental disease, and behavioural indicators for early detection. It also emphasizes the importance of accurate documentation when suspicion arises. Forensic odontologists play a crucial role in supporting dental teams through expert consultation, education, and training. Integrating forensic awareness into routine dental practice strengthens the ability to detect, document, and report suspected abuse – facilitating early intervention and contributing to justice for vulnerable individuals.

LITTERATUR

1. Stark E. Coercive control: the entrapment of women in personal life. New York: Oxford University Press, 2007.
2. WORLD HEALTH ORGANIZATION. Violence against women. (Set 2025 juni). Tilgængelig fra: URL: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/violence-against-women>
3. Coulthard P, Yong SL, Adamson L et al. Domestic violence screening and intervention programmes for adults with dental or facial injury. Cochrane Database Syst Rev 2010;8:CD004486.
4. Amin D, Manhan AJ, Zeidan AJ et al. Do gender differences exist among victims of head and neck injuries due to intimate partner violence? J Oral Maxillofac Surg 2023;81:49-55.
5. WHO. Violence against women prevalence estimates, 2018 (Set 2025 juni). Tilgængelig fra: URL: <https://www.who.int/publications/i/item/9789240022256>
6. Campbell JC. Health consequences of intimate partner violence. Lancet 2002;359:1331-6.
7. Bali D, Pastore M, Indrio F et al. Bullying and cyberbullying increasing in preadolescent children. J Pediatr 2023;261:113565.
8. SAMHSA. SAMHSA's concept of trauma and guidance for a trauma-informed approach. (Set 2025 juni). Tilgængelig fra: URL: <https://library.samhsa.gov/product/samhsas-concept-trauma-and-guidance-trauma-informed-approach/sma14-4884>.
9. Toft J, Myhre AK, Sun YQ et al. Oral health history in children referred to a child advocacy center in Norway. Child Abuse Negl 2022;132:105789.
10. Åsvold BO, Langhammer A, Rehn TA et al. Cohort profile update: the HUNT study, Norway. Int J Epidemiol 2023;52:e80-91.
11. Myran L, Sen A, Willumsen T et al. Associations of adverse childhood experiences with caries and toothbrushing in adolescents: the Young-HUNT4 survey. BMC Oral Health 2023;23:760.
12. Ridsdale L, Gilchrist F, Balmer RC et al. British society of paediatric dentistry: a policy document on dental neglect in children. Int J Paediatr Dent 2024;34:160-8.
13. Fredriksen TV, Søftestad S, Kransstad V et al. Preparing for attack and recovering from battle: understanding child sexual abuse survivors' experiences of dental treatment. Community Dent Oral Epidemiol 2020;48:317-27.
14. Wolf E, Priebe G. The self-perceived impact of sexual abuse on daily life and general health – an issue to consider in dental care. Dent Traumatol 2024;40 Suppl 2:43-52. ▶

15. BROTTSOFFERMYNDIGHETEN. Barnfridsbrott. (Set 2025 juni). Tilgængelig fra: URL: <https://referatsamling.brottsoffermyndigheten.se/referat-fran-den-1-juli-2022/vald-och-hot-i-nara-relation-riktat-mot-barn/barnfridsbrott/>
16. Heise LL. Violence against women: an integrated, ecological framework. *Violence Against Women* 1998;4:262-90.
17. Antai D. Traumatic physical health consequences of intimate partner violence against women: what is the role of community-level factors? *BMC Womens Health* 2011;11:56.
18. Kildahl AN, Berggren T, Rønneberg A et al. A call for trauma-informed dental care for individuals with intellectual disabilities. *Spec Care Dentist* 2024;44:1126-34.
19. Koch GR, Poulsen S, Espelid I et al. Pediatric dentistry: a clinical approach. 3rd ed. Chichester: Wiley-Blackwell, 2017.
20. Håkstad K, Fegran L, Hovden E et al. Orofacial signs of child or adolescent maltreatment identified by dentists and dental hygienists: a scoping review. *Int J Paediatr Dent* 2024;34:285-301.
21. Spiller LR. Orofacial manifestations of child maltreatment: a review. *Dent Traumatol* 2024;40 Suppl 2:10-17.
22. Eg MB, Graesholt-Knudsen T, Madsen KB et al. Distinct age-related differences among victims in cases of suspected child abuse. *J Forensic Sci* 2024;69:252-63.
23. Frost L, Borreschmidt LQ, Bind-slev DA. Skin lesions in 397 children referred for forensic medical examination on suspicion of physical abuse. *Dan Med J* 2023;70:A10220657.
24. Wiglesworth A, Austin R, Corona M et al. Bruising as a marker of physical elder abuse. *J Am Geriatr Soc* 2009;57:1191-6.
25. da Fonseca MA, Feigal RJ, ten Bense RW. Dental aspects of 1248 cases of child maltreatment on file at a major county hospital. *Pediatr Dent* 1992;14:152-7.
26. Caldas IM, Grams AC, Afonso A et al. Oral injuries in victims involving intimate partner violence. *Forensic Sci Int* 2012;221:102-5.
27. de Souza Cantão ABC, da Silva Lima TC, Fernandes MIAP et al. Prevalence of dental, oral, and maxillofacial traumatic injuries among domestic violence victims: a systematic review and meta-analysis. *Dent Traumatol* 2024;40 Suppl 2:33-42.
28. Harris J, Sidebotham P, Welbury R. Child protection and the dental team: an introduction to safeguarding children in dental practice. Committee of Postgraduate Dental Deans and Directors UK, 2006.
29. Pierce MC, Kaczor K, Lorenz DJ et al. Validation of a clinical decision rule to predict abuse in young children based on bruising characteristics. *JAMA Netw Open* 2021;4:e215832.
30. Cairns AM, Mok JYQ, Welbury RR. Injuries to the head, face, mouth and neck in physically abused children in a community setting. *Int J Paediatr Dent* 2005;15:310-8.
31. Alapulli H, Blomqvist M, Koskinen S et al. Child physical abuse: changes over ten years in the perceptions of Finnish dental professionals. *Acta Odontol Scand* 2024;83:433-40.
32. Mele F, Introna F, Santoro V. Child abuse and neglect: oral and dental signs and the role of the dentist. *J Forensic Odontostomatol* 2023;41:21-9.
33. Goulart DR, Colombo LDA, de Moraes M et al. What is expected from a facial trauma caused by violence? *J Oral Maxillofac Res* 2014;5:e4.
34. Kvist T, Annerbäck EM, Dahllöf G. Oral health in children investigated by social services on suspicion of child abuse and neglect. *Child Abuse Negl* 2018;76:515-23.
35. Kvist T, Cocozza M, Annerbäck EM et al. Child maltreatment – prevalence and characteristics of mandatory reports from dental professionals to the social services. *Int J Paediatr Dent* 2017;27:3-10.
36. Kvist T. A dental perspective on child maltreatment. Stockholm: Dept of Dental Medicine, Karolinska Institutet, 2016.
37. Scorcia A, Santoro V, Donno AD et al. Early childhood caries (ECC) and neglect in child care: analysis of an Italian sample. *Clin Ter* 2013;164:e365-71.
38. Aardal V, Willumsen T, Evensen KB. Differences in anxiety, depression, and oral health-related quality of life among dental anxiety patients with and without reported abuse experience. *Eur J Oral Sci* 2024;132:e12976.
39. Levin L, Bhatti C. The role of dental professionals in identifying, reporting, and supporting domestic violence victims. *Dent Traumatol* 2024;40 Suppl 2:3-9.
40. Parish CL, Pereyra MR, Abel SN et al. Intimate partner violence screening in the dental setting: results of a nationally representative survey. *J Am Dent Assoc* 2018;149:112-21.
41. Maimon-Blau I. Medicolegal aspects of domestic violence against children. *Dent Traumatol* 2024;40 Suppl 2:18-22.
42. Lincoln HS, Lincoln MJ. Role of the odontologist in the investigation of domestic violence, neglect of the vulnerable, and institutional violence and torture. *Forensic Sci Int* 2010;201:68-73.
43. Rønneberg A, Nordgarden H, Skaare AB et al. Barriers and factors influencing communication between dental professionals and Child Welfare Services in their everyday work. *Int J Paediatr Dent* 2019;29:684-91.
44. Uldum B, Christensen HN, Welbury R et al. How Danish dentists and dental hygienists handle their role in child abuse and neglect matters. *Acta Odontol Scand* 2017;75:332-7.
45. Corbei A, Erdal S, Hill N. Samverkan mellan socialtjänsten och tandvården i arbetet med våldutsatta barn. *Soc Med Tidskr* 2024;101:188-97.
46. Sveinsdóttir E. Child protection and dental services – children in need are of dentists' concern. *Icel Dent J* 2021;1:33-9.
47. Rosen T, LoFaso VM, Bloemen EM et al. Identifying injury patterns associated with physical elder abuse: analysis of legally adjudicated cases. *Ann Emerg Med* 2020;76:266-76.
48. D'Avolio DA. System issues: challenges to intimate partner violence screening and intervention. *Clin Nurs Res* 2011;20:64-80.
49. Sprague S, Madden K, Simunovic N et al. Barriers to screening for intimate partner violence. *Women Health* 2012;52:587-605.
50. Åström AN, Berge KG, Brattabø IV. Reporting suspicion of child maltreatment – a 5 year follow-up of public dental health care workers in Norway. *Acta Odontol Scand* 2022;80:169-76.
51. Kvist T, Malmberg F, Boovist AK et al. Clinical routines and management of suspected child abuse or neglect in public dental service in Sweden. *Swed Dent J* 2012;36:15-24.