

Respektfullt, lyhört lyssnande kan bryta en ond misshandelscirkel

Våld mot kvinnor är till stora delar ett dolt hälsoproblem, trots att våldsutsatta kvinnor är storkonsumenter av sjukvård. De kan söka hjälp upprepade gånger för kontusioner, sår eller frakturer utan att den bakomliggande orsaken till skadorna avslöjas.

Av en enkätundersökning inom primärvården i landstinget, Uppsala län, framgår att såväl läkare som sjuksköterskor ofta kan känna sig osäkra inför att ställa frågor om sexualiserat våld. Ändå finns en vilja bland primärvårdens personal att ta itu med denna uppgift, som lämpar sig väl just för primärvården. Patienterna finns nämligen redan där, och betraktas ofta som »jobbiga» – de söker för diffusa åkommor och blir aldrig bra.

Våld mot kvinnor är ett stort samhällsproblem som på senare år uppmärksammas alltmer, inte minst i massmedierna. År 1997 polisanmäldes över 19 000 misshandelsbrott mot kvinnor; i omkring 15 000 av dessa fall var förövaren känd av offret [1]. Antalet anmälda fall ökar år från år, men mörkertalet är stort eftersom anmälningsbenägenheten är ringa; oftast har en polisanmälan föregåtts av många misshandels-tillfällen.

I en stor kanadensisk undersökning av våld mot kvinnor framkom att 50

procent av alla kvinnor någon gång i sitt liv från 16 års ålder varit utsatta för våld från män; 25 procent av alla kvinnor har varit utsatta för våld i sitt nuvarande eller tidigare partnerförhållande [2]. Nyligen publicerade prevalenssiffror från Finland visar att 40 procent av alla kvinnor över 15 års ålder någon gång har varit utsatta för fysiskt våld, sexuellt våld eller hot om våld, och att 30 procent har varit utsatta för direkt fysiskt våld. I parförhållanden har 22 procent av kvinnorna varit utsatta för våld eller hot om våld; bland kvinnor som separerat är motsvarande siffra 50 procent. [3].

I Sverige pågår för närvarande en prevalensstudie i samarbete mellan Rikskvinnocentrum, sociologiska institutionen vid Uppsala universitet, Brottsförebyggande rådet och Brottsförmyndigheten.

Nationellt specialistcentrum

Kvinnjourerna har sedan slutet av 1970-talet gjort stora insatser för utsatta kvinnor, och samlat viktig kunskap om sexualiserat våld [4] (se separat ruta). Däremot har det inom hälso- och sjukvården saknats såväl kunskap som behandlingsstrategier, och många kvinnor har inte fått den vård och det psykosociala omhändertagande de har rätt till.

År 1994 beslutade regeringen, i enlighet med kvinnovåldskommissionens delbetänkande SOU 1994:56, att inrätta ett nationellt specialistcentrum inom hälso- och sjukvården. Rikskvinnocentrum för kvinnor som misshandlats och våldtagits är förlagt till kvinnokliniken vid Akademiska sjukhuset i Uppsala. Dess uppgifter är att skapa goda rutiner i vården för kvinnor som utsatts för sexualiserat våld, att bedriva forskning och utbildning samt att vara en resurs för andra vårdgivare. Man skall även fungera som opinionsbildare, och därigenom öka allmänhetens kunskap om sexualiserat våld och dess effekter. Finansieringen sker med medel från staten och landstinget i Uppsala län.

Skärpt lagstiftning i fråga om mäns våld mot kvinnor gäller från den 1 juli 1998. I enlighet med regeringens proposition »Kvinnofrid» infördes begreppet kvinnofridsbrott för att stärka kvinnans ställning i långvariga misshan-

Författare

ELISABETH TÖNNESEN
distriktsläkare, allmänmedicinskt centrum, primärvården, Landstinget i Uppsala län

CHRISTINA LUNDH
vårdadministratör, barnmorska, Rikskvinnocentrum, kvinnokliniken, Akademiska sjukhuset, Uppsala

GUN HEIMER
docent, överläkare, Rikskvinnocentrum, kvinnokliniken, Akademiska sjukhuset, Uppsala.

delsrelationer [5] (se separat ruta om kvinnofridskränkning).

Misshandel avslöjas inte alltid

Kvinnor utsatta för sexualiserat våld söker oftare hälso- och sjukvården än andra. Det är vanligt att kvinnor kommer upprepade gånger med fysiska skador av misshandel – t ex kontusioner, sår, frakturer – utan att den bakomliggande orsaken avslöjas [6]. Psykiska skador av våldet visar sig i ångest, sömnproblem, depression och självmord. Missbruk av alkohol är vanligt bland dessa kvinnor, och betraktas som en följd av det pågående traumat snarare än en orsak till att kvinnan blivit utsatt för övergrepp [7, 8]. Bland kvinnor med smärtproblematik finns en överrepresentation av kvinnor som varit utsatta för våld.

I två allmänmedicinska avhandling-

Sexualiserat våld

Sexualiserat våld är ett internationellt använt och vedertaget samlingsbegrepp för det illegala våldet mot kvinnor på individnivå (mord, dråp, misshandel, våldtäkt, incest, sexuella trakasserier) och det strukturella våldet mot kvinnor som grupp (pornografi, könshandel och könsdiskriminerande reklam).

Grov kvinnofridskränkning

Om en man begår brottsliga gärningar (t ex misshandel, olaga hot, olaga tvång, sexuellt utnyttjande) mot en kvinna som han är eller har varit gift med eller som han bor eller har bott tillsammans med, skall han dömas för grov kvinnofridskränkning, om gärningarna varit ett led i en upprepad kränkning av kvinnans integritet och varit ägnade att allvarligt skada hennes självkänsla. Straffet är fängelse lägst sex månader och högst sex år.

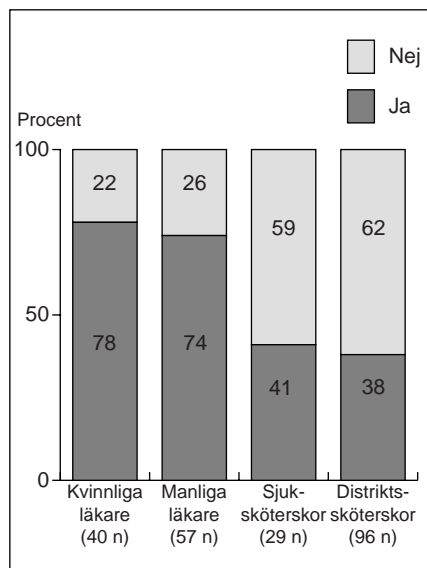
ar från Umeå, av Katarina Hamberg och Eva Johansson, intervjuades 20 kvinnor med kroniska, diffusa smärtor. Av dessa hade elva kvinnor egna erfarenheter av våld. Tio av dem hade blivit misshandlade av nuvarande eller tidigare partner, åtta hade upplevt våld i sin nuvarande relation, fyra hade blivit misshandlade som barn, två hade blivit våldtagna av män utanför familjen [9]. När det gäller kroniska bäckensmärter finns en överrepresentation av kvinnor som blivit utsatta för sexuella övergrepp [10].

Enkätundersökning

För att undersöka primärvårdens erfarenhet av våld mot kvinnor genomfördes våren 1998 en enkätundersökning i landstinget i Uppsala län. Syftet med undersökningen var att uppskatta hur vanligt det är att våldsutsatta kvinnor söker primärvården, att få en uppfattning om hur kvinnorna blir omhändertagna samt att kartlägga vårdgivarnas kompetens i ämnet. Man ville också få en bild av hur vårdgivarna uppfattar våld mot kvinnor.

Undersökningen omfattade alla läkare och sjuksköterskor inom primärvården i Uppsala län, och avsåg åren 1995–1997. Postenkäter skickades till 133 läkare, 110 distriktssköterskor och 36 mottagningssköterskor. Svarsfrekvensen var 73 procent för läkarna, 87 procent för distriktssköterskorna och 81 procent för mottagningssköterskorna.

76 procent av läkarna och 40 procent av sköterskorna hade i sitt arbete kommit i kontakt med våldsutsatta kvinnor (Figur 1). Tillsammans rapporterades 362 fall av misshandel, 48 fall av incest och 31 fall av våldtäkt.



Figur 1. Andel av vårdpersonalen som mött (ja) respektive inte mött (nej) våldsutsatta kvinnor.

Sannolikt förekommer en viss överlappning, då både sköterska och läkare kan ha haft kontakt med samma patient. Ofta anger kvinnor inte att de blivit utsatta för våld när de söker i vården. Den bakomliggande orsaken avslöjades av vårdpersonalen i 34 procent av fallen när det gäller misshandel, 68 procent när det gäller incest och 35 procent när det gäller våldtäkt (Tabell I).

Kvinnliga läkare och sköterskor mest lyhörda?

De kvinnliga läkarna och distriktssköterskorna tycks vara bättre på att avslöja bakomliggande orsak. När de gäller misshandel uppgav de kvinnliga läkarna att de avslöjat bakomliggande

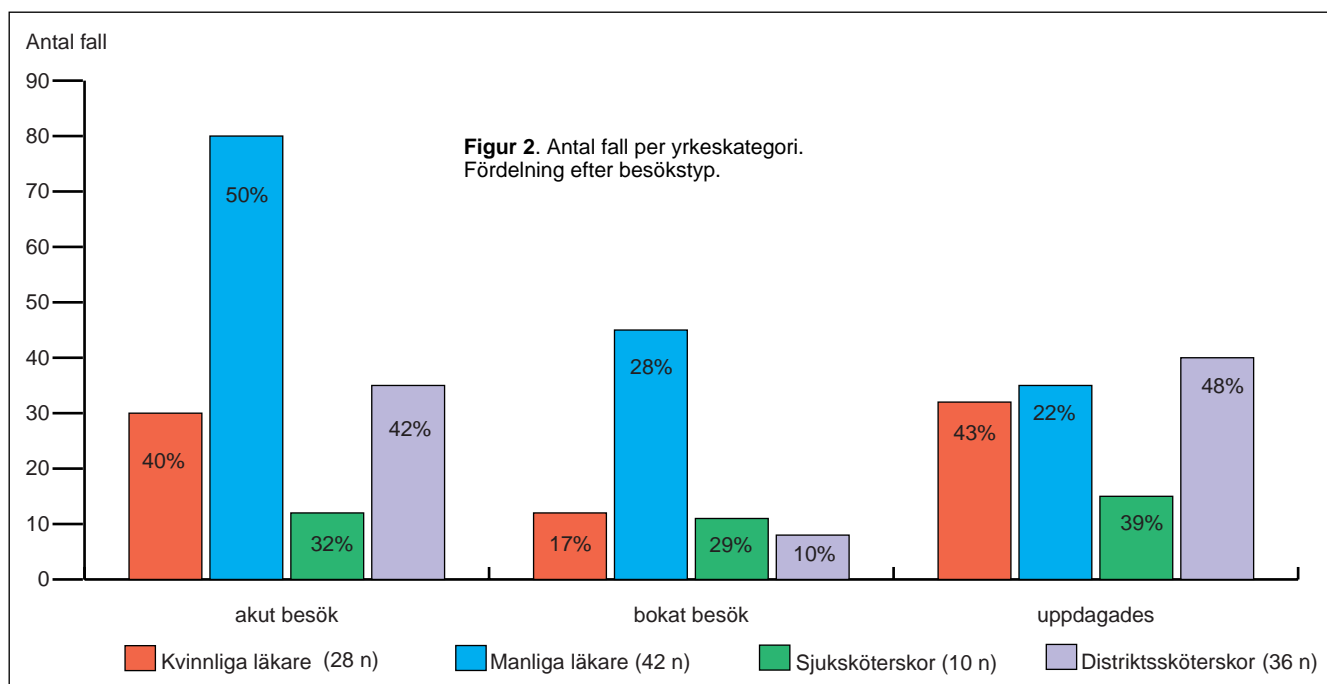
våldsorsak i 43 procent av fallen. Motsvarande siffra för de manliga läkarna var 22 procent. De manliga läkarna hade handlagt nästan dubbelt så många misshandelsfall, och de hade också haft flest akuta besök (Figur 2). De kvinnliga läkarna hade haft dubbelt så många incestfall.

Att de manliga läkarna haft fler akutfall beror troligen på att ett större antal manliga läkare arbetar utanför Uppsala på vårdcentraler där man har större jourverksamhet. Att kvinnliga doktorer haft fler incestfall och i större utsträckning avslöjat fall kan bero på att våldsutsatta kvinnor har lättare att anförtro sig åt kvinnliga läkare. Det kan givetvis också bero på att de kvinnliga läkarna/sköterskorna är mer medvetna om problemet och oftare frågar.

Bland dem som hade erfarenhet av kvinnovåldsärenden hade samverkan med andra vårdgivare och/eller myndigheter skett i 78 procent av fallen. Distriktssköterskorna hade i första hand rådfrågat medarbetare inom vårdcentralen, medan läkarna oftast samverkat med polismyndigheten, socialtjänsten och Rikskvinnocentrum. 29 procent av läkarna hade utfärdat rättsintyg, sammanlagt 48 stycken.

På frågan huruvida man ansåg att det fanns resurser på vårdcentralen att handlägga kvinnovåldsärenden svarade 33 procent att det aldrig fanns resurser, 39 procent att det ibland fanns resurser. Endast 7 procent ansåg att man alltid hade resurser att hjälpa. De kvinnliga läkarna och, framför allt, distriktssköterskorna var mer pessimistiska avseende resursfrågan.

I fråga om egenskattad kompetens att handlägga fall som rör sexualiserat



Figur 2. Antal fall per yrkeskategori. Fördelning efter besöksstyp.

ANNONS

Tabell I. 34 procent av de i enkäten rapporterade misshandelsfallen (362 fall), 68 procent av incestfallen (48 fall) och 35 procent av våldtäktsfallen (31 fall) uppdagades när kvinnan sökte hjälp för andra åkommor. Antalet fall som redovisats av olika personalkategorier har adderats, trots att samma fall kan ha redovisats av både sjuksköterska och läkare.

	Misshandel, procent	Incest, procent	Våldtäkt, procent
Akut besök	44	13	39
Bokat besök	22	19	26
Uppdagades vid besök för annan åkomma	34	68	35

våld framkom att 25 procent av samtliga inte ansåg sig ha någon kompetens alls, 39 procent ansåg sig ha kompetens i låg grad, 32 procent i viss grad. Endast 2 procent ansåg sig i hög grad kompetenta. De manliga läkarna skattade sin kompetens högre än de kvinnliga läkarna, medan sköterskorna ansåg sig ha lägst kompetens. 73 procent av alla efterfrågade utbildning.

Missbruksproblem främsta orsaken till våld

I en öppen fråga om de främsta orsakerna till mäns våld mot kvinnor angavs i första hand missbruksproblem. Därefter bedömdes mannens personlighet och svårigheter i uppväxtmiljön vara en förklaring. Även bristande jämställdhet mellan könen och mannens behov av makt och kontroll nämndes.

På fråga om vilka primärvårdens viktigaste uppgifter är i arbetet med våldsutsatta kvinnor var det vanligaste svaret att man skall fråga aktivt, lyssna och på så sätt fånga upp fall. Det akuta omhändertagandet med dokumentation, krisbearbetning och stöd bedömdes också vara viktiga uppgifter, liksom att förmedla kontakt med enheter som har särskild kompetens, t ex Rikskvinnocentrum och kvinnojouren.

Dolt problem

Undersökningen har visat att sexualiserat våld är ett välkänt fenomen inom primärvården. När finländska kvinnor söker professionell hjälp vänder de sig i första hand till hälsocentret, därefter till polisen och familjerådgivningen [3].

Forskningen antyder dock att omfattningen av våldet mot kvinnor är betydligt större, och att det till stora delar är ett dolt problem. Kvinnor som lever i en misshandelsrelation är obenäga att berätta om den. Bakom detta ligger känslor av skuld och skam samt rädsla för upptrappning av våldet [11]. En förklaring är också att kvinnan anpassat sig till sin situation: våldet har blivit en del av vardagen och upplevs inte längre som onormalt. En kvinna som tappat självkänslan kan till och med ta på sig skulden och tycka att hon förtjänar att bli misshandlad. Det förklarar både varför så få kvinnor anmäler och varför

kvinnorna stannar kvar i våldsamma relationer [12].

Rädsla att fråga

Det finns också ett motstånd från vårdgivarens sida att fråga om sexualiserat våld. Primärvårdsläkare i ett vitt medelklassområde i Seattle, USA, angav tidsbrist som främsta orsak till detta. Man vågade inte fråga av rädsla för att sätta igång en process som man sedan inte kunde ta hand om. Andra skäl var att man betraktade ämnet som alltför privat, och att man inte ville förlämba patienten genom att fråga.

Känslor av maktlöshet och oförmåga att kunna göra något åt situationen samt läkarnas egna erfarenheter av våld påverkade även hur man agerade. Fördomar, som att kvinnovåld bara förekommer i familjer med låg socioekonomisk standard och är kopplat till missbruk, hindrar också vårdgivarna att se omfattningen av våldet [13].

En utmaning för primärvården

I vår undersökning framkom både osäkerhet och bristande kunskaper om hur man skall handlägga kvinnovåldsärenden. Utbildning efterfrågades i hög grad. Detta tyder på att det finns en vilja bland primärvårdens personal att ta itu med denna uppgift, som lämpar sig väl just för primärvården. Patienterna finns nämligen redan på våra mottagningar och betraktas ofta som »jobbiga»; de söker för diffusa åkommor och blir aldrig bra.

För att man skall kunna bryta den onda cirkeln krävs kunskap i ämnet sexualiserat våld. Det behövs mer forskning i ämnet, inte minst ur primärvårdsperspektiv. Genom att öka medvetenheten bland vårdgivarna om att våld mot kvinnor är vanligt, och att lära sig rutinemässigt fråga efter förekomst av våld, kan mycket vinnas [7]. Om man är lyhörd, tar sig tid att lyssna och respekterar kvinnan kan det leda till en vändpunkt så att rehabiliteringen kan börja [14].

Utbildningssatsning

Många fall kan handläggas i primärvården, men ofta behövs samverkan med andra vårdgivare och organisatio-

ner. Här kan den modell för akut omhändertagande och uppföljande rehabilitering som utarbetats av Rikskvinnocentrum användas [15-18].

För att höja utbildningsnivån kommer all personal inom primärvården i Uppsala län att under 1999 utbildas i ämnet kvinnovåld. Genom denna satsning förväntas våldsutsatta kvinnors hälsosituation att förbättras; på längre sikt kan möjligen även en hälsoekonomisk vinst göras.

En uppföljande enkätundersökning för att utvärdera effekten av utbildningsinsatsen planeras.

Referenser

1. Brottsförebyggande rådet. Anmälda brott 1997. <http://w.w.w.brottsforebygganderadet.se/>
2. Johnson H. The violence against women. Survey. The daily statistics Canada 1993. Cat. no 11-007E. ISSN 0827-0465.
3. Heiskanen M, Piispa M. Faith, hope, battering. A survey of men's violence against women in Finland. Statistics Finland 1998:3. ISBN 951-727-526-9.
4. Jeffner S. Kvinnojourkunskap. Folkhälsoinstitutet 1994, 10: 16. ISBN 91-88564-11-8.
5. Kvinnofrid. Regeringens proposition 1997/98: 55.
6. Malterud K. Mishandlede kvinnors skademönster och livssituation. Tidsskr Nor Lægeforen 1982; 102: 1787-90.
7. Plichta S. The effects of woman abuse on health care utilization and health status: A literature review. Women's Health Issues 1992; 2: 154-63.
8. Sassetti M. Domestic violence. Prim care 1993; 20(2): 289-305.
9. Hamberg K, Johansson E. Begränsade möjligheter – anpassade strategier. Umeå University medical dissertations 1998; new series no 551-ISSN 0346-612.
10. Walling M, Reiter R, O'Hara M, Milburn A, Lilli G, Vincent S. Abuse history and chronic pain in women. Obstet Gynecol 1994; 84: 193-9.
11. Risberg G. Sexualiserat våld som hälsoproblem. Vårdgivarens motstånd att fråga försvårar rehabiliteringen av kvinnor. Läkartidningen 1994; 91(50): 4770-1.
12. Lundgren E. Våldets normaliseringsprocess. Två parter – två strategier. Jämfö Rapport 1989; 14: 113-39.
13. Sugg NK, Inui T. Primary care physicians response to domestic violence. Opening Pandora's box. JAMA 1992; 267: 3157-60.
14. Flobecker P, Hammarström A. Att fråga om kvinnomisshandel – metodologiska reflektioner utifrån en pilotstudie. Socialmedicinsk tidskrift 1998; 75(1-2): 37-40.
15. Kvinnor utsatta för sexualiserat våld. PM för medicinsk handläggning, rättsintyg. Uppsala: Rikskvinnocentrum, kvinnokliniken, Akademiska sjukhuset, 1998.
16. Vårdprogram-åtgärder vid kvinnomisshandel och sexuella övergrepp. Uppsala: Rikskvinnocentrum, kvinnokliniken, Akademiska sjukhuset, 1998.
17. Psykosocialt behandlingsarbete. Rikskvinnocentrum, Kvinnokliniken, Akademiska sjukhuset, Uppsala 1998.
18. Utbildning. Dokument om Rikskvinnocentrum utbildningsprogram, utbildningsmodell och utbildningsverksamhet. Uppsala: Rikskvinnocentrum, kvinnokliniken, Akademiska sjukhuset, 1998.