

Barbro Wijma, professor i medicinsk kvinnoforskning, överläkare, kvinnokliniken, Universitetssjukhuset, Linköping (barwi@imk.liu.se)

Gun Heimer, docent, överläkare, klinikchef, Rikskvinnocentrum, Akademiska sjukhuset, Uppsala (gun.heimer@rkc.uas.lul.se)

Klaas Wijma, lektor i klinisk psykologi och sexologi, klinisk psykolog–psykoterapeut, kvinnokliniken, Universitetssjukhuset, Linköping (klaas.wijma@imk.liu.se)

Kan patienten ha utsatts för våld?

Skall man ställa frågan – och i så fall hur?

■ Att våld utövas mot kvinnor, män och barn är ett samhällsproblem. Några i samhället utövar våld, medan andra utsätts, fruktar och lider. Denna situation är inte värdig ett demokratiskt samhälle, eftersom den sätter principen om att alla människor har samma värde och rättigheter ur spel.

Omfrågningsundersökningen »Slagen dam« kartlägger mäns våld mot kvinnor i form av fysiskt våld, sexuellt våld och hot om våld [1]. Studien genomfördes som en postenkät som sändes till 10 000 kvinnor. Svarefrekvensen var 70 procent. Nästan varannan kvinna, 46 procent, har efter sin 15-årsdag utsatts för våld från någon man. Dessa prevalenstal beskriver oacceptabla villkor i det samhälle vi lever i. Att ändra på dessa förhållanden är ett samhällsansvar.

En angelägenhet för sjukvården?

Är det lidande som våld skapar en angelägenhet för sjukvården? Hur stort skall i så fall lidandet vara för att det skall vara prioriterat av vården? Och om det inte är vårdens angelägenhet, vilken samhällsinstitution skall då ta ansvar för det?

Den ohälsa som är associerad med upplevelser av våld är dock tydligt sjukvårdens angelägenhet. Studien »Slagen dam« visar att våldutsatta kvinnor har sämre hälsa och konsumerar mer läkemedel än andra kvinnor [1]. Det framgår också att om kvinnorna överhuvudtaget söker hjälp är det oftast till vården de vänder sig.

Hur vanligt är det då att våld är en orsaksfaktor till den ohälsa som patienter söker hjälp för i vården? Trots att denna fråga är av yttersta relevans för vården finns här endast fragment av kunskap. I en studie av patienter (n=649) på kvinnokliniken i Linköping hade var fjärde kvinna upplevt sexuellt och/eller fysiskt våld [2]; 5 procent av alla patienter uppvisade tecken på ett posttraumatiskt stressyndrom efter upplevelser av våld. Dessa patienter hade oftare än andra sökt läkare under det senaste året och var mer missnöjda med den vård de fått.

Fråga med många bottenar

När vården möter patienter med ohälsa, skall då vårdgivaren fråga om upplevelser av våld? Vården har ansvar för att ta

Se även artikeln på sidan 2268 i detta nummer.

ställning till detta. Frågan har många bottenar. En är dess etiska grund. Om våld är en möjlig orsaksfaktor till ohälsa, som patienter söker hjälp för, måste vården tillmäta denna etiologi samma värde som annan möjlig etiologi.

Detta demonstreras genom att vårdgivaren frågar efter upplevelser av våld när en individ söker hjälp för ohälsa. Om detta inte sker nedprioriteras våld som orsaksfaktor till ohälsa i förhållande till andra möjliga orsaksfaktorer. Patienter som har denna bakgrund till sin ohälsa ges således inte samma möjlighet till en god vård som patienter med annan bakgrund till kanske samma symptom. Detta handlande strider mot hälso- och sjukvårdens grundläggande principer om alla människors rätt att få vård på lika villkor.

Patienter med våld som bakgrund till sin ohälsa är benägna att återkomma med alltmer uttalad symtombild om de inte får hjälp med sina egentliga livsproblem. I varje vårdkontakt löper de en risk för retraumatisering. Flashbacks kan t ex uppträda om situationen för patienten liknar en situation där hon upplevt våld. Detta kan ibland innebära att en för vårdgivaren till synes ordinär situation av en patient upplevs som ett nytt övergrepp [3].

Att fråga om och känna till en bakgrund av övergrepp ökar därför förutsättningarna för att vården inte skall skada dessa patienter i sina försök att hjälpa.

Vilka frågor skall ställas, och till vem?

Vilka patienter skall tillfrågas om de har upplevt våld, och vilka frågor skall ställas? Nedan diskuteras några typiska patientgrupper och problematiken kring dem:

- Ett exempel är det *uppenbara våldet*. En kvinna kommer till akutmottagningen med skador som skulle ha kunnat uppkomma genom fysisk misshandel. Alla är sannolikt överens om att

det är sjukvårdens ansvar att fråga om kvinnan utsatts för våld, och hur hennes livssituation som helhet ser ut. Det är också sjukvårdens ansvar att skapa goda resurser för att människor som misshandlats och söker hjälp i sjukvården får ett optimalt omhändertagande, inte bara i vården utan också i vårdens samarbete med andra myndigheter.

Detta innebär nya utmaningar för vården. I detta avseende finns några goda förebilder i form av t ex Rikskvinnocentrum i Uppsala och Våldtäktsmottagningen på Rigshospitalet i Köpenhamn.

- Ett annat exempel är *gravida kvinnor som lever med en våldsam partner eller som lämnat en våldsam man*. Dessa kvinnor löper risk för att utsättas för fortsatt våld och därmed för att föda ett barn till en utsatt livssituation. Det finns några studier från Sverige som visar att gravida kvinnor är villiga att svara på frågor om våld i nära relationer. I en studie i Uppsala ställdes frågor om våld till alla gravida kvinnor om upplevelser av psykiskt, fysiskt eller sexuellt våld någon gång i livet och av fysiskt våld under graviditeten. De flesta kvinnor var positiva, endast ett fåtal var kritiska till att bli tillfrågade [4].

I Uppsala län tillfrågas numera alla gravida kvinnor om de utsatts eller utsätts för våld.

- Ett tredje exempel är *patienter som söker hjälp i vården för problem som är kända konsekvenser av våld*, t ex depression, olika ångestsyndrom inklusive posttraumatiskt stressyndrom, olika smärtsyndrom, ätstörningar, suicidförsök, somatiseringssyndrom och psykofysiologiska sjukdomar. Skall dessa patientgrupper generellt tillfrågas om upplevelser av övergrepp?

Frågan leder till en ny fråga: om huruvida ett screeningtest skall utföras i en högriskpopulation.

- Ett fjärde exempel på en möjlig hållning till samma fråga exemplifieras av en artikel i detta nummer av Läkartidningen av Lena Widding Hedin. Hon förespråkar att *alla patienter som passerar sjukvården skall tillfrågas*, förutsatt att vissa konkreta förutsättningar finns för att det skall vara möjligt att ställa frågan. Anledningen är att vården har unika möjligheter att avslöja våldet.

Denna hållning kan liknas vid att förespråka screening i en stor population med okänd förekomst av den sjukdom man letar efter.

Screening en komplex fråga

Avseende screening finns konsensus om att den sjukdom som screeningen avser att upptäcka skall vara behandlingsbar. Screening av förekomst av våld som ohälsfaktor hos alla patienter uppfyller inte dessa krav. Ohälsan efter upplevelser av våld är behandlingsbar hos en del patienter, vilket bl a en rapport från övergreppsenheten vid kvinnokliniken i Linköping visat. Men det är okänt hos hur stor andel av patienternas ohälsa till följd av våld är behandlingsbar. Den andel av denna patientgrupp som vården har möjlighet att hjälpa till förbättring varierar säkert i storlek på olika platser. Vårdbehovet i denna patientgrupp är likaledes helt outforskat; dvs hur ser gapet ut mellan patientens aktuella hälsoläge och den grad av hälsa hon/han vill uppnå? [5].

Det är också okänt vilka resurser som skulle behövas för att erbjuda utredning och behandling av den våldsrelaterade ohälsa som sannolikt skulle uppenbaras vid en allmän screening. Det finns således en hel rad frågor att utforska innan en allmän screening skulle kunna rekommenderas.

Varför frågar inte sjukvårdspersonal oftare om patienter varit utsatta för våld ens i situationer där det skulle vara befo-

För den enskilda patient som lider av sviterna efter övergrepp och mer eller mindre indirekt söker hjälp i vården kan dock frågan, bara den ställs, få stor betydelse att hjälpa till att lösa upp knutarna. Vårdgivaren visar att han/hon ser ett möjligt samband mellan patientens problem och övergreppsbakgrunden, tydliggör att det går att tala om det och att man förstår att patientens verklighet existerar. Det kan betyda mycket för en person som lever i en värld som präglas av pågående eller tidigare övergrepp, även om vederbörande väljer att inte – just då – berätta något för den som frågar.

Bilden, »Bound woman«, visar en skulptur av Pablo Rivera. Privat ägo, USA.

ANNONS

ANNONS

ANNONS

ANNONS

gat enligt diskussionen ovan? Det största hindret är att vårdgivaren inte har tillräckliga kunskaper om våld. Till begreppet »kunskap om våld« hör att vårdgivaren har bearbetat sina egna attityder så att hon/han kan möta ett offer för övergrepp utan förutfattade meningar.

Till hindren mot att fråga hör också bristande kunskap både om vilka resurser som samhället har att erbjuda för fortsatt hjälp och om hur dessa andra organisationer arbetar. En reell avsaknad av resurser för fortsatt hjälp skapar också motstånd hos vårdgivaren mot att fråga.

Utbildning och handledning krävs

För att vårdgivare oftare skall inkludera frågor om våld i sitt anamnestagande krävs således utbildning av alla de yrkeskategorier inom hälso- och sjukvården vilka möter våldsutsatta patienter. Det krävs också tillräcklig tid i mötet med patienten. Och det måste finnas en möjlighet till handledning när någon berättar och den som frågat får svårt att hantera svaret.

Dessutom behövs det resurser för att ta hand om den ohälsa som avslöjas. Arbetsgivarens tydliga ställningstagande till våldet som ohälsfaktor är därför en förutsättning.

Idag finns oftast inte dessa förutsättningar. Då uppstår frågan om huruvida vårdgivaren skall fråga eller inte, som i det sista exemplet ovan. Här finns inga enkla svar. Det kan ses som en sund återhållsamhet från vårdgivarens sida att avstå från att fråga i situationer där det inte finns några hjälpresurser att erbjuda. Å andra sidan uppstår aldrig några resurser förrän behoven uppenbarats.

Frågans betydelse

För den enskilda patient som lider av sviterna efter övergrepp och mer eller mindre indirekt söker hjälp i vården kan dock frågan, bara den ställs, få stor betydelse och hjälpa till att lösa upp knutarna. Vårdgivaren visar att han/hon ser ett möjligt samband mellan patientens problem och övergreppsbakgrunden, tydliggör att det går att tala om det och att man förstår att patientens verklighet existerar. Det kan betyda mycket för en person som lever i en värld som präglas av pågående eller tidigare övergrepp, även om vederbörande väljer att inte – just då – berätta något för den som frågar.

För vårdgivaren är det därför ett ställningstagande till våldet som avgör om han/hon anser eller inte anser våld vara en möjlig orsaksfaktor till ohälsa, och därmed frågar efter den.

Vårdgivare och politiker måste föra en dialog

Eftersom det är oförenligt med de etiska principer som skall vägleda hälso- och sjukvården att inte beakta våld/övergrepp som en orsaksfaktor till ohälsa behöver vårdgivare och politiker föra en dialog om hur detta problem skall hanteras strukturellt och konkret på det lokala planet. Ansvariga politiker är skyldiga både sina väljare och dem som möter patienterna ett öppet ställningstagande.

De frågor man behöver försöka besvara är många: Vilka patientgrupper utgör högriskgrupper? Skall bara dessa eller skall alla patienter tillfrågas? Vem skall fråga? Hur skall det som idag hindrar vårdgivare från att fråga undanröjas? Hur skall möjligheter skapas för vårdgivare att få utbildning? Var finns resurser för utredning och behandling? Hur skall dessa utökas eller tillskapas? Hur skall en prioritering mellan denna grupps behov och andra gruppers behov göras och redovisas?

Att fråga eller inte fråga om våld är den enskilde vårdgivarens eget moraliska val i mötet med patienten. Men det är också ett moraliskt val för de ansvariga politikerna att ta ställning till hur våldet som ohälsfaktor skall hanteras i vården.

Referenser

1. Lundgren E, Heimer G, Westerstrand J, Kalliokoski AM. Slagen Dam. Mäns våld mot kvinnor i jämställda Sverige – en omfångsundersökning. Umeå: Brottsoffermyndigheten. Uppsala: Uppsala universitet; 2001.
2. Wijma K, Söderquist J, Björklund I, Wijma B. Prevalence of post-traumatic stress disorder among gynecological patients with a history of sexual and physical abuse. *Journal of Interpersonal Violence* 2000;15:944-58.
3. Wijma B, Wijma K. Sviter av övergrepp dold sjukdomsorsak. *Läkartidningen* 1993;90:614-6.
4. Stenson K, Saarinen H, Heimer G, Sidenvall B. Women's attitudes to being asked about exposure to violence. *Midwifery* 2001;17:2-10.
5. Liss PE. Health care need. 2nd ed. Aldershot: Avebury; 1993.