

Hälso- och sjukvårdens ansvar när det gäller våld mot kvinnor.

Enligt hälso- och sjukvårdslagen (HSL) ska vården bedrivas så att den uppfyller kraven på god vård och den ska vara tillgänglig på lika villkor för hela befolkningen.

Våld orsakar inte bara omedelbara skador. Många våldsutsatta kvinnor har hälsoproblem som hänger ihop med våldet.

När det gäller den gravida kvinnan är våld ett hälsoproblem för både mamman och barnet.

- Den stress det innebär att leva med våld och hot om våld skapar och förvärrar hälsoproblem hos mamman och det påverkar också barnet.
- Barnet kan skadas eller födas förtidigt p.g.a. våld mot livmodern.
- En orsak till förtidiga sammandragningar och vattenavgång kan vara sexuellt överförda infektioner (STI). Många av de kvinnor som misshandlas fysiskt utsätts även för sexuellt våld med ökad risk för STI.
- En vanlig följd av att leva med våld är depression. Depression det kan inverka negativt på mor/barnkontakten och på barnets utveckling.
- Vi vet också i dag att de flesta barn som växer upp i hem där våld förekommer någon gång bevittnar våldet och att många av dem själva utsätts för våld. Enligt kommittén mot barnmisshandel är det psykisk barnmisshandel att bevittna våld i hemmet.

Ett mål inom Mödrahälsovården är att tidigt identifiera medicinska och psykosociala risker mot moderns och barnets hälsa och så långt som möjligt hindra att dessa riskfaktorer påverkar mor och barn negativt. Ett annat mål är att förbereda föräldraskapet.

Få våldsutsatta kvinnor berättar på eget initiativ om sin belägenhet. Många skäms och lägger skulden på sig själv. Självkänslan är låg och kvinnan tar inte gärna risken att bli nonchalerad, skuldbelagd eller ifrågasatt. Därför är det vårt ansvar som vårdgivare att göra vården tillgänglig genom att vi signalerar att vi bryr oss, har kunskap och inte dömer.

Vi vet också att flertalet gravida kvinnor accepterar och även uppskattar att vi ställer frågor om våld.

Flertalet prevalensstudier utmynnar i rekommendationen att som rutin fråga om våld. Sådana rekommendationer ger också yrkesorganisationer för barnmorskor, gynekologer och obstetriker i USA men också i Storbritannien. Andra forskare hävdar att det finns för litet stöd för att en sådan rutin är till nytta. Det pågår en debatt om det finns grund för ”screening”, som är ett ofta använt uttryck.

Uttrycket **screening** är missledande. I strikt bemärkelse innebär det att man gör en massundersökning för att med stor precision upptäcka en allvarlig sjukdom på så tidigt stadium att den inte givit symtom. Det ska dessutom finnas en relativt enkel behandling som gör att man kan förhindra att sjukdomen bryter ut. Ett exempel är gynekologisk hälsokontroll för att upptäcka förstadium till livmoderhalscancer. Rutinen att fråga om våld uppfyller inte sådana strikta krav som gäller för screening. *Frågorna bör i stället ses som en del av anamnesupptagningen och som ett förebyggande och hälsoupplysande arbete.*

Ramsey och medförfattare har skrivit en ofta citerad artikel i ämnet i British Medical Journal. Jag tar min utgångspunkt i deras frågeställningar, men riktar in mig på gravida kvinnor. Ramsey redovisar att det ofta finns ett motstånd att fråga hos personalen. Men för vilken annan åkomma skulle det vara ett argument mot en rutin? Motståndet visar ju istället på behovet av utbildning och motivationsarbete.

Då är kravet på evidens ett starkt argument. Är det till nytta att fråga och att ge stöd? Studier från mödravård visar att när frågorna upprepas under graviditeten och där man protokollför att man frågar identifierades fler våldsutsatta kvinnor.

Ett sätt att utvärdera behandling är randomiserade kontrollerade studier med lottning till olika behandling. Men för att få fram en grupp våldsutsatta kvinnor som kan lottas måste man ställa frågor om våld. Bara att ställa frågan kan vara en form av intervention.

Trots metodsvårigheter finns det studier som indikerar att det är viktigt att fråga. För att inte påverka våldet med frågor under graviditeten frågade man i en amerikansk undersökning först nyförlösta kvinnor om i vilken grad de utsatts för våld under graviditeten. Därefter frågade man kvinnor i tidig graviditet. De som fångades upp redan under graviditeten fick delta i ett s.k. empowermentprogram. Man jämförde sedan de våldsutsatta kvinnorna i båda grupperna. De som fångats upp under graviditeten utsattes inte för lika mycket våld under graviditeten som de som identifierades efter förlossningen.

I en annan studie jämförde man olika interventioner. Man lottade gravida våldsutsatta kvinnor till 3 olika interventionsnivåer. En grupp fick informationsbroschyrer om var de kunde få hjälp och hur de kunde förbättra sin säkerhet. De andra grupperna fick olika nivåer av stöd. Vid uppföljning 6, 12 och 18 mån efter förl hade våldet minskat i alla grupper men grupperna skilde sig inte åt. Författarna menar att det faktum att man frågar om våld och ger basinformation om resurser för våldsutsatta kvinnor är en effektiv intervention. Det förutsätter dock att det finns någonstans att vända sig för den som är våldsutsatt.

Det är viktigt att förstå att det är en process att komma ur ett misshandelsförhållande eller på annat sätt få slut på våldet. När en kvinna kommit så långt att hon berättat har hon kommit långt. Men vad händer innan dess. Det kommer vi inte åt med randomiserade kontrollerade studier.

I kvalitativa studier berättar våldsutsatta kvinnor om vilken betydelse vårdgivares frågor haft även i de fall där de inte berättat hur de hade det när frågorna ställdes. Frågorna, omsorgen och informationen var viktiga impulser som startat eller påskyndat processen. Där har vi en uppgift.

Det våldsutsatta kvinnor ser som viktigt är att vi som vårdgivare:

- visar att vi känner till och tar på allvar att våld är en del av många kvinnors vardag
- inte är fördömande utan är tydliga med att våld inte är kvinnans fel och att hon inte förtjänar att bli slagen
- berättar om att det finns hjälp, men respekterar de beslut kvinnan fattar
- ger kvinnan möjlighet att återkomma. Återigen handlar det om att sänka trösklar.

Resultatet av att fråga kanske inte ska mätas i hur många som berättat utan i hur många som nås av ett sådant budskap.

Rutinen att fråga ger dessutom positiva bieffekter.

Om vi i vården vågar tala öppet om våld kan vi bidra till att öka medvetenheten och kunskapen hos kvinnor och på så sätt minska toleransen för våld. En kanadensisk studie tyder på att det kan förhålla sig så. 1993 och 1999 genomfördes stora prevalensstudier i Kanada. Data från de båda studierna jämfördes. 1999 hade en större andel av de utsatta kvinnorna

berättat för någon om sin situation, fler kände till resurser och fler hade sökt hjälp. Det som hänt mellan studierna var att en rad insatser i samhället hade ökat den allmänna uppmärksammandet kring våld mot kvinnor.

En annan bieffekt kan vara bättre kommunikation. Jag har talat med barnmorskor om flera fall där de haft kvinnor som sökt för olika problem och där de trots en rad försök inte lyckats hjälpa dem så att det blivit bra. När de ställt frågor om våld och kvinnorna berättat hur de har det, har barnmorskan bättre förstått bakgrunden till problemen. Även om man inte omedelbart kan lösa allt har kontakten ändå fungerat bättre för båda parter. Om vi inte försöker ta reda på bakgrunden till kvinnors problem är risken stor att diagnos och behandling blir fel, att symtom behandlas i stället för orsak och att insatserna inte hjälper. För att återknyta till HSL är det inte god vård.

Har man en rutin att fråga är det tydligt att personalen måste få utbildning och det gör det nödvändigt att inventera vilka resurser som finns och att skapa kontakter. Man höjer alltså personalens medvetenhet, kompetens och beredskap generellt. Detta är en mycket positiv bieffekt av rutinen att fråga.

Ramsey tar upp ytterligare en frågeställning. Det finns en risk för att våldet trappas upp i samband med kvinnans uppbrott. Utsätter vi kvinnor för ökad risk genom att fråga?

Alternativet till uppbrott är att kvinnan och barnen stannar kvar i våldet med allt vad det innebär. Genom att vi frågar, informerar och erbjuder stöd har kvinnan större möjlighet att göra ett planerat uppbrott eller på andra sätt öka sin säkerhet. Utan stöd är hon mer utelämnad och kan tvingas till hastiga oöverlagda uppbrott då hon verkligen utsätts för risk.

Mödrahälsovården är som jag redan sagt bland annat inriktad på att tidigt identifiera risker mot modern och barnet. Därför frågar vi om en mängd riskfaktorer.

Vare sig vi frågar om våld eller ej förmedlar vi ett budskap. Om vi frågar förmedlar vi att vi har kunskap om att våld är en riskfaktor, att vi bryr oss, att kvinnan inte förtjänar våldet och att vi vill förmedla stöd. Om vi inte frågar förmedlar vi att våldet är en privatsak, att det inte är en betydelsefull faktor för mammans och barnets hälsa och att i vården har hon ingen hjälp att vänta. Det går inte att vara neutral.

Ramsey har rätt i att det kan finnas motstånd mot att fråga hos personalen. Men alla ska inte behöva uppfinna hjulet i varje situation. Personalen behöver stöd av skriftliga rutiner och en tydligt uttalad inriktning för arbetet. Man behöver också stöd i form av utbildning och handledning. Det ger en tydlig signal om frågans vikt.

Nationellt centrum för kunskap om mäns våld mot kvinnor (NCK) har justitiedepartementets uppdrag att utarbeta ett nationellt program för omhändertagande av offer för våldtäkt och andra sexualbrott. Programmet kommer att redovisas i februari. På motsvarande sätt behövs riktlinjer för frågor om våld för att mödrahälsovården ska leva upp till sitt ansvar att ge god vård med hög tillgänglighet också till våldsutsatta kvinnor.