

Kvinnomisshandel är ett folkhälsoproblem

Alla kvinnor över 14 år som söker vård borde genomgå screening

■ *»You don't look at a patient and say: You look like you might have hypertension. You put a blood pressure cuff on every patient's arm; in the same way, you have to look for domestic violence before the symptoms are so prominent that you can hardly avoid them« [1].*

Under 1990-talet har våld mot kvinnor fått internationell uppmärksamhet och betraktas nu som ett brott mot de mänskliga rättigheterna. I en rapport från Johns Hopkins-universitetet i Baltimore, USA, beskrivs hur våld mot kvinnor under en längre tid stått på dagordningen hos många av de stora världsorganisationerna såsom WHO och FN. Det definieras som ett globalt folkhälsoproblem med hög prioritet [2].

Internationellt, till viss del även nationellt, har en liknande utveckling skett inom hälso- och sjukvård. Behovet och nödvändigheten av att vårda och behandla sjukdom och skada skall vara i fokus för hälso- och sjukvårdssystemet. Men för att förstå orsaker till skada och sjukdom måste vi också vara medvetna om orsaker som leder till ohälsa och därmed kunna förebygga och förbättra hälsostatus, i detta fall bland kvinnor som utsätts för våld.

År 1994 inrättades Rikskvinnocentrum, ett gemensamt åtagande av regeringen och landstinget i Uppsala län. Rikskvinnocentrum, som skall vara ett nationellt kunskaps- och resurscentrum, har tre huvudsyften: att bedriva en patientverksamhet med god tillgänglighet, utbilda och informera samt bedriva forskning [3]. Våren 1998 antog riksdagen propositionen Kvinnofrid [4]. I denna redogörs för att lagstiftningen skall förbättras och skärpas och förebyggande åtgärder skall vidtas med syfte att utsatta kvinnor skall få ett bättre bemötande. Man beskriver också att våld mot kvinnor bör belysas i utbildningar till yrken där man kommer i kontakt med kvinnor som utsatts för misshandel.

Vad är kvinnomisshandel?

De internationella termerna »domestic violence«, »spousal abuse«, »intimate partner«, »violence«, »battering« och »family violence« ses ofta som synonyma med de svenska begreppen kvinnomisshandel, våld mot kvinnor, sexualiserat våld. Det finns dock en skillnad mellan de internationella termerna och de svenska. De internationella benämningarna kan omfatta även andra typer av våld som utspelar sig inom familjen, t ex barnmisshandel, äldremisshandel, misshandel från

SAMMANFATTAT

Kvinnomisshandel/partnervåld är ett stort folkhälso-
problem.

Tusentals kvinnor söker sig till sjukvården varje år på grund av skador och andra misshandelsrelaterade hälsoproblem. Oftast behandlas bara deras skador; mer sällan frågar man dem om de varit utsatta för våld och/eller hot.

Screening inom hälso- och sjukvård är en möjlighet att upptäcka kvinnomisshandel/partnervåld. Vården kan därmed spela en central roll i det preventiva arbetet.

Se även medicinsk kommentar i detta nummer.

kvinnor till män, män till kvinnor, misshandel bland homosexuella par, våld bland mycket unga par, våldtäkt och incest. Family Violence Prevention Fund i USA utformade 1995 en definition av »domestic violence«, partnervåld, som »ett mönster av hot och våld inkluderande psykiska, fysiska och sexuella inslag såväl som ekonomiskt förtryck som utövas av vuxna eller ungdomar gentemot sin intima partner« [5]. Partnervåld definieras i Fakta 1.

Partnervåld förekommer i alla typer av relationer: bland unga såväl som vuxna, mot nuvarande eller tidigare partner, gifta eller sambor, heterosexuella eller homosexuella, i alla religiösa, kulturella och sociala sammanhang [2]. Fakta 2 visar en sammanfattning av varierande taktiker som används av förövaren för att uppnå makt och kontroll över offret. Dessa taktiker utövas inte bara vid ett tillfälle, det sker frekvent och ibland dagligen. Det som skiljer partnervåld från andra typer av brott är dels att det repeteras, dels att den som utsätts för våldet oftast tvingas att dela sin vardag med en brottsling.

Denna artikel kommer att beröra endast fenomenet kvin-

II Fakta 1

Definition av partnervåld

Nyckelelement [46]:

1. Utfört, utövat av vuxna eller ungdomar mot intima partner i nuvarande eller tidigare relation av heterosexuella, homosexuella män och kvinnor.
2. Ett mönster av hot och våld inkluderande psykiska, fysiska och sexuella inslag såväl som ekonomiskt förtryck som utövas av vuxna eller ungdomar i en intim relation.
3. Ett mönster inkluderande en rad olika taktiker, t ex åstadkommande av fysiska skador och kriminella handlingar, utövas i mångfald, ibland dagligen.
4. En kombination av fysiska attacker, »terrorakter« och kontrollerande taktiker används av förövaren för att ingjuta rädsla samt att fysiskt och psykiskt skada offret och hans/hennes barn.
5. Ett mönster av målmedvetet beteende riktat för att uppnå foglighet och slutligen få kontroll över offret.

II Fakta 2

Förövarens taktik för att uppnå makt och kontroll över offret [12]

Verbal

»Du är dum. Det är tur för dig att jag är här och tar hand om dig.«

Emotionell

Kvinnan kan tvingas till att stjäla eller ljuga.

Hot mot barn, husdjur, ägodelar

Förövaren hotar att utsätta/utsätter barnen för skada om inte kvinnan gör som han vill. »Jag skall döda barnen/hunden om du inte gör som jag säger.«

Isolering

Offret avskärmas från vänner och familj.

Ekonomi kontrolleras

Familjens gemensamma ekonomi styrs av förövaren. Kvinnan har ingen tillgång vare sig till pengar eller till gemensamma ekonomiska tillgångar.

Sexuellt våld

Sexuellt våld förekommer i många relationer där fysisk och psykisk misshandel utövas.

Fysiskt våld

Mannen knuffar, puttar, slår, kastar saker på kvinnan, tar struptag, använder kniv eller skjutvapen.

nomisshandel. Våld mot kvinnor/kvinnomisshandel definieras som psykisk, fysisk och sexuell misshandel utförd av en man mot en kvinna som han har levt eller lever med i en intim/nära relation i avsikt att uppnå makt och kontroll. Tillsammans bildar dessa former ett mönster av företeelser såsom isolering, tvång, fysiskt våld och verbal trakassering [6, 7].

Forskning har visat att det farligaste tillfället för den misshandlade kvinnan inträffar när hon försöker lämna relationen eller efter separationen [8-10]. En nyligen publicerad studie visade att av de kvinnor som svarat positivt vid screening för misshandel och som sedan lämnat sin partner upplevde 67 procent fortfarande misshandel vid en uppföljning fyra månader senare [11]. Detta ger oss en fingervisning om svaret på den fråga som ofta ställs: »Varför går hon inte?«

Prevalens

Enligt statistik från WHO har en av fem kvinnor erfarit någon form av våld i en intim relation någon gång under sin livstid [13]. Denna statistik är baserad på ett medeltal från studier i både industrialiserade länder och u-länder. I en nyligen publicerad studie från USA rapporterade 25 procent av kvinnorna att de blivit utsatta för våldtäkt och/eller på något sätt blivit fysiskt misshandlade av en nuvarande eller tidigare partner [14]. I andra studier från England och USA uppges liknande prevalenssiffror: 22,7 procent respektive 20,2 procent [15, 16].

I en nyligen genomförd prevalensundersökning i Sverige av 10 000 kvinnor i åldrar mellan 16 och 64 år (70 procent svarsfrekvens) uppgav 46 procent att de hade varit utsatta för våld av en man efter 15-årsdagen [17]. I Finland publicerades en undersökning 1998 som visade liknande prevalens (40 procent) [18]. Dessa siffror överensstämmer med resultat från en kanadensisk studie som genomfördes 1993 av Statistics Canada. I en nyligen publicerad rapport från Statistics Canada anges den årliga prevalensen av kvinnomisshandel ligga på 8 procent [19].

Ett flertal studier utförda inom hälso- och sjukvård i USA uppvisar en årlig prevalens av kvinnomisshandel mellan 4 procent och 23 procent [1]. Ovannämnda siffror visar en hög grad av diskrepans, som kan förklaras bl a av skillnader i definitioner, metoder och analyser. Även om diskrepansen kan uppfattas som stor råder det inget tvivel om att kvinnomisshandel är ett omfattande hälsoproblem [2].

Kvinnomisshandel en dold orsak till ohälsa

Misshandel är en signifikant riskfaktor för en mängd hälso- och sjukvårdspåverkande konsekvenser som de flesta associerar med misshandel. De långtgående effekterna av dessa skador samt rädslan och stressen som hänger samman med att leva med en förövare kan leda till stressyndrom, depression, ångest, ätstörningar, huvudvärk, smärta och yrsel [20, 21]. Detta gäller även kvinnor som lyckats med att bryta sig ur förhållandet [10]. Misshandlade kvinnor erfar också somatiska symtom som är associerade med att ständigt vara rädda och stressade, vilket kan ta sig uttryck i gastrointestinala problem, virusinfektioner och hjärt-kärlproblem, t ex hypertension och bröstsmärtor [14, 21-27].

Forskning har också visat att misshandlade kvinnor oftare än andra har gynekologiska problem, bl a sexuellt överförbara sjukdomar, vaginala blödningar, infektioner, underlivsmärtor och urinvägsinfektioner [28-32]. Alla dessa typer av tillstånd kan vara förknippade med tvång till sexuella handlingar, vilket ofta förekommer i misshandelsrelationer [33].

Följderna av kvinnomisshandel framgår av Fakta 3.

Screening – en utmaning för svensk hälso- och sjukvård?

För många misshandlade kvinnor är hälso- och sjukvårdsinrättningar de enda instanser de vänder sig till för att få hjälp, ►

ANNONS

ANNONS

ANNONS

ANNONS

II Fakta 3

Följder av kvinnomisshandel

Fysiska skador, död
 Graviditetskomplikationer
 Gynekologiska problem
 Sexuellt överförbara sjukdomar (STD)
 HIV-infektion
 Kroniska somatiska problem
 Försämring av kroniska sjukdomar
 Avvisande av medicinsk behandling
 Depression, ångest, självmord
 Ätstörningar
 Alkoholism
 Drogproblem
 Social isolering [21]

men deras fysiska och psykiska problem behandlas ofta symptomatiskt [34]. Som ett resultat av detta går hälso- och sjukvårdssystemet miste om möjligheter till intervention, och de misshandlade kvinnornas hälsa riskerar att ytterligare försämrans.

I tillägg till förlust av humankapital är också de samhälls-ekonomiska kostnaderna betydande. I en studie från Finland har de årliga kostnaderna för hälsosektorn skattats till 40 miljoner finska mark, 88 miljoner mark för social sektor och 158 miljoner för rättssystemet [35]. Liknande studier har gjorts även i USA, England och Holland [36-38]. Det är ett axiom inom medicinen att »om du inte tittar finner du inget, och om du inte frågar får du inga svar«. Att ställa frågor om misshandel är ett första steg mot intervention.

Principer för screening i USA

Principer för screening av kvinnomisshandel, utarbetade av Family Prevention Fund i USA, omfattar följande [39]:

- *Vilka skall rutinmässigt screenas för misshandel?*
Alla kvinnor över 14 år
- *Vem skall screena för misshandel?*
Som ett minimum skall screening utföras av personal som – har blivit utbildade avseende såväl kulturkompetens som dynamiken kring kvinnomisshandel och misshandlade kvinnors säkerhet och autonomi,
– har blivit tränade i hur man ställer frågor om misshandel och hur man intervenerar när man får positiva svar,
– har möjlighet att prata med patienten öppet,
– har tillstånd att dokumentera i patientens journal,
– kan etablera en förtroendefull relation med patienten eller som har en klart definierad roll vid akutavdelningen/vårdcentralen.
- *Hur skall screening utföras?*
Som ett minimum skall screening för misshandel – vara en del av det »personliga« besöket (öga mot öga),
– vara direkt och icke fördömande,
– utföras på en avskild plats utan vänner eller släktingar/barn närvarande,
– vara konfidentiell; patienten skall informeras om personalens tystnadsplikt men också om eventuell anmälnings-

- skyldighet och de begränsningar i sekretess som kan uppstå vid dokumentation i journalen,
- ingå som en del av hälsodeklarationen,
- utföras på patientens eget modersmål med hjälp av professionella tolkar, inte släktingar eller vänner.

- *Var skall screening utföras?*
Utbildad personal skall erbjuda screening av misshandel som en del av rutinbehandlingen av patienter inom följande områden:
– öppenvård,
– akutsjukvård,
– obstetrik/gynekologi, mödrahälsovård, ungdomsmottagningar,
– psykiatri,
– alla inläggande patienter.

Hur skall en policy för screening implementeras?

Screening kan utföras med hjälp av ett formulär, bedömningsfrågor för misshandel, »abuse assessment screen« [12, 40] (Fakta 4).

Ett vanligt argument mot screening är att frågor av denna typ är alltför personliga. Ett flertal studier har visat att kvinnor ställer sig positiva till att bli utfrågade om misshandel [12, 41, 42], men det framkommer samtidigt att de kan uppleva rädsla och oro i samband med screening [42]. I den sistnämnda undersökningen uppgav 87 procent av kvinnorna att de trodde att de lättare kunde få hjälp, 43 procent befarade att deltagande kunde få negativa konsekvenser och 95 procent uppgav att de var glada för att någon visade intresse [42]. När kvinnor uppger att de känner oro har det sin utgångspunkt i bl a att de är rädda för att de uppgifter de lämnat kan leda till anmälan hos polis eller sociala myndigheter. Därför är konfidentialitet ett oeftergivligt krav när det gäller screening för våld mot kvinnor.

En annan svårighet med screening kan också vara att personalen upplever sig ha brist på såväl utbildning som tid. De kan också vara rädda för att förorätta patienten [43]. Vanliga argument från hälso- och sjukvårdspersonal är: Jag måste veta vilka frågor jag skall ställa. Jag måste veta vad jag skall göra om en patient berättar om misshandel. Jag måste veta att mina åtgärder ger resultat [44].

Organisationer som rekommenderar screening för kvinnomisshandel är bl a American Academy of Family Physicians, American Academy of Pediatrics, American College of Emergency Physicians, American College of Obstetrics and Gynecology, American Medical Association, American Dental Association, American College of Nurse Midwives och Emergency Nurses Association.

Utbildningsprogram för hälso- och sjukvårdspersonal

Det finns ett stort antal utbildningsprogram för hälso- och sjukvård, de flesta från USA och Kanada. En viktig aspekt är att många av dessa program har validerats och kvalitetssäkrats. Tre exempel på sådana program är:

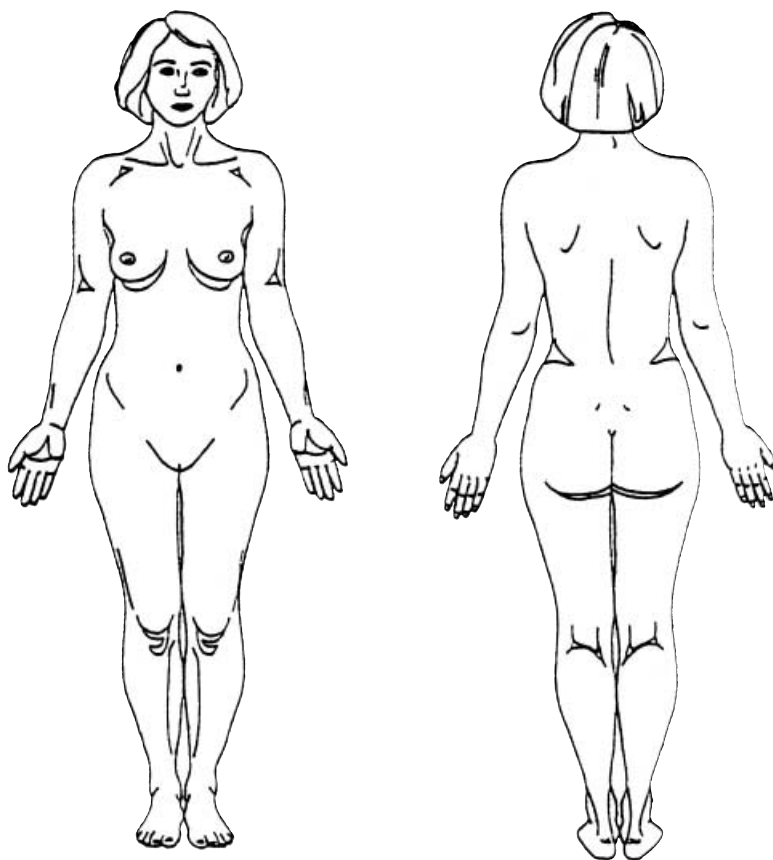
- Utbildningsprogram från Massachusetts Medical Society and Stanford University School of Medicine [45].
- Family Violence Prevention Fund [46].
- Intimate partner violence and sexual assault. A guide to training materials and programs for health care providers. National Center for Injury Prevention and Control. Centers for Disease Control and Prevention [47].

Huvudpunkter i dessa utbildningsprogram inkluderar bakgrund och dynamik avseende kvinnomisshandel; en klinisk modell för screening, diagnostisering och intervention; färdigheter

II Fakta 4

Formulär för bedömning av misshandel

1. Har du någon gång blivit känslomässigt eller fysiskt misshandlad av din partner eller någon som står dig nära?
2. Har du under det senaste året blivit slagen, sparkad, eller på annat sätt blivit fysiskt misshandlad av någon?
Om *ja*, av vem: man, exman, pojkvän, främling, annan, flera?
3. Sedan du blev gravid, har du blivit slagen, sparkad, fått en örfil eller på annat sätt blivit fysiskt skadad av någon? I så fall av vem?
Märk ut på bilderna nedan var på kroppen du blivit skadad.



Poängsätt varje händelse enligt nedan:

- Hot om våld, även hot med vapen eller annat tillhygge (1 poäng).
- Fått örfil, blivit puttdad eller knuffad, inga synliga skador eller bestående smärta (2).
- Knytnävsslag, sparkar, skärsår och/eller långvarig smärta (3).
- Slagen, svåra krosskador, blåmärken, brutna ben (4).
- Skallskador, inre skador, bestående men (5).
- Användande av tillhyggen och/eller vapen, skador från vapen (6).

4. Har du under det senaste året tvingats till någon form av sexuell handling? Om *ja*, av vem? Antal gånger?
5. Är du rädd för din partner/man/sambo/pojkvän eller någon annan? Om *ja*, vem?

II Fakta 5

Säkerhetsplan

Avsikt:

Individuell för varje kvinna.

Dynamiken utvecklas allteftersom situationen ändrar sig.

Akut fara?

Behövs resurser?

Låt kvinnan vara delaktig, respektera hennes beslut.

Säkerställ uppföljning.

Genomförande:

Gör alltid upp en säkerhetsplan tillsammans med kvinnan; det kan vara livsavgörande.

Den farligaste perioden för den misshandlade kvinnan är när hon bestämt sig för att bryta upp.

Nästa steg är handling!

och utveckling i det praktiska/kliniska arbetet; en gemensam insats för prevention och intervention avseende kvinnomisshandel. En viktig del av programmen behandlar också kvinnans säkerhet. Ett exempel på en säkerhetsplan ges i Fakta 5.

Kvinnomisshandel är ett komplext problem som ställer krav på hög kompetens hos den personal som skall bemöta och hjälpa dessa kvinnor. För att detta skall kunna bli verklighet krävs en seriös satsning såväl på program för grund- och specialistutbildningar som på forskning [48-50]. Sådana beprövade program finns att tillgå internationellt och kan med små modifieringar anpassas till svenska förhållanden. För att programmen skall kunna bli effektiva krävs också hög kompetens hos dem som skall leda och genomföra dem.

Initiativ från fackliga och professionella organisationer har i andra länder, bl a USA och Kanada, spelat en viktig roll i detta pionjärarbete:

»The American Medical Association believes that all forms of family and intimate partner violence are major public health issues and urges the profession, both individually and collectively, to work with other interested parties to prevent such violence and to address the needs of victims. All of which fall under the rubric of family violence.«

Kan och vill svensk hälso- och sjukvård spela en liknande roll? [51].

Referenser

- Campbell J. Domestic violence as a women's health issue. Panel Discussion. Intimate partner violence: Issues for the health care system. Womens Health Issues 2001;11:381-7.
- Heise L, Ellsberg M, Gottemoeller M. Ending violence against women. Population Reports, Series L, No 11. Baltimore: Johns Hopkins University School of Public Health. Population Information program, December 1999. <http://www.jhuccp.org/pr/111edsum.stm>
- Ganley AL. Understanding domestic violence. In: Lee D, Durbin, Salber PR, editors. Improving the health care response to domestic violence: a resource manual for health care providers. The Family Prevention Fund, 1995.
- Koziol-McLain J, Coates CJ, Lowenstein SR. Predictive validity of a screen for partner violence against women. Am J Prev Med 2001;2:93-100.
- Violence against women. A priority health issue. Family and reproductive health. Geneva: World Health Organization; 1997. http://www.who.int/violence_injury_prevention/vaw/infopack.htm
- Tjaden P, Thoennes N. Extent, nature, and consequences of intimate partner violence. Research report. Findings from the national violence against women survey. Washington DC: National Institute of Justice and the Centers for Disease Control and Prevention, US Department of Justice; 2000.
- Stark E, Flitcraft A. Women at risk: Domestic violence and women's health. Thousand Oaks, California: Sage Publications; 1996.
- Campbell J, editor. Empowering survivors: Health care for battered women and their children. Thousand Oaks, California: Sage Publications; 1998.
- Hedin LW. Physical and sexual abuse against women and children. Curr Opin Obstet Gynecol 2000;5:349-55.
- Warshaw C, Alpert E. Integrating routine inquiry about domestic violence into daily practice. Ann Intern Med 1999;131:619-20.
- Piispa M, Heiskanen M. The price of men's violence against women in Finland. Statistics Finland Justice 2001:13.
- The Family Prevention Fund. Preventing domestic violence: Clinical guidelines on routine screening. San Francisco; 1999. www.fvpf.org
- Rönnerberg AK, Hammarström A. Barriers within the health care system to dealing with sexualized violence: a literature review. Scandinavian Journal of Public Health 2000;3:222-9.
- Alpert EJ, Albright C, Webb S. Massachusetts Medical Society seminar series on domestic violence. Acad Med 1999;5:589-90.
- Warshaw C, Gangley AL. Resource and trainer's manual. A resource manual for health care providers. <http://store.yahoo.com/fvpfstore/resandtrainm.html>
- Osattin A, Short LM. Intimate partner violence and sexual assault. A guide to training materials and programs for health care providers. Atlanta, USA: National Center for Injury Prevention and Control. Centers for Disease Control and Prevention; 1998. <http://www.cdc.gov/ncipc/pub-res/pdf/newguide.pdf>
- McFee RE. Domestic violence as a women's health issue. Womens Health Issues 2001;11:371-6.
- Weiss LB, Kripke EN, Coonse HL, O'Brien MK. Integrating a domestic violence education program into a medical school curriculum: challenges and strategies. Teaching and Learning in Medicine 2000;3:133-40.
- Gadomski AM, Wolf D, Tripp M, Lewis C, Short LM. Changes in health care providers' knowledge, attitudes, beliefs, and behaviors regarding domestic violence, following a multifaceted intervention. Acad Med 2000;10:1045-52.
- Editorial. Violence and the doctor's role. Lancet 2000;355:1737.

I Läkartidningens elektroniska arkiv
<http://tarkiv.lakartidningen.se>
 är artikeln kompletterad med fullständig referenslista.

SUMMARY

Domestic violence is a public health issue
 All women patients over the age of 14
 should be part of a routine screening programme

Lena Widding Hedin

Läkartidningen 2002;99:2268-74

Abuse does not appear to be restricted to a specific sociodemographic group of women, nor to a specific period in their lives. Screening for domestic violence provides an opportunity not only to disclose family abuse but also to take action to improve the safety and health of these women. All routine health care of women should incorporate direct questions about abuse, psychological as well as physical and sexual. Staff should be trained in how to integrate routine enquiries about abuse into their daily practice.

Correspondence: Lena Widding Hedin, Råtun 156, N-5239 Rådal, Norway (lana.w.hedin@isf.uib.no)