

Mödravården måste motivera varför man ställer rutinfrågor om våld och övergrepp

Vid inskrivningen till mödravården tillfrågas kvinnor idag om de blivit utsatta för våld eller övergrepp. Enligt min mening måste vården tydligare motivera rutinfrågor om våld och övergrepp i mötet med patienten. Man bör förklara varför vården ställer frågorna och varför vissa grupper blir tillfrågade. Ytterligare en aspekt som behöver lyftas fram är att våld mot kvinnor är ett strukturellt samhällsproblem.

KERSTIN ANDERSSON
doktorand i etik, teologiska institutet,
Uppsala universitet
Kerstin.Andersson@teol.uu.se

■ Vid inskrivningen till mödravården blir kvinnor idag tillfrågade om de har blivit utsatta för våld eller övergrepp [1]. Mot bakgrund av att sjukvården skall följa Hälso- och sjukvårdslagen, som bl a säger att vården skall bedrivas så att patientens självbestämmande och integritet respekteras, ger en sådan frågeställning anledning till flera reflektioner.

Problematiskt fråga utan indikation

I de fall där vårdpersonalen ser skador eller av andra skäl fattar misstankar om våld eller övergrepp är det adekvat att ställa frågor om detta. Frågor om våld utan indikation på våld är mer problematiska. Att fråga om sådant som inte har med den aktuella vårdssituationen att göra kommer att leda till att en del patienter känner sig kränkta.

Förr var problemet att man inte uppmärksammade att kvinnor kom till vården upprepade gånger för skador från misshandel; idag ställs frågan utan misstankar. Det finns anledning att misstänka att stereotypa könsrollsmönster har fått styra i båda handlingsstrategierna.

Jag ifrågasätter inte att våld och övergrepp är relaterade till ohälsa. Vad man har anledning att fundera över är hur sådana samtal skall föras. Man bör, för att respektera patientens integritet, kunna ge information och bakgrund till frågorna. Däri brister vårdpersonalen idag. Jag vill peka på några problem med att vården väcker frågor om brott som en rutin-sak.

Är frågan relevant?

Det är befogat att man får veta varför vården tar upp en fråga som inte har med den aktuella vårdssituationen att göra. Vid en första anblick kan det anses rimligt att man på vårdcentralen berör det

som jag söker för. Om sjukdomen kan anses vara orsakad av mig själv, till exempel övervikt, då får jag finna mig i att få frågor och råd om kost och motion. Om man däremot skall kartlägga risker och faror i allmänhet är det viktigt att man för in det på ett adekvat sätt i samtalet.

Varför just på mödravårdscentralen?

Man bör motivera varför det är relevant för vården att fråga om sådant som inte har anknytning till det jag sökte för. Man bör också motivera att just mödravårdscentralen tar upp frågan. Frågan ställs generellt; frågan gäller inte om jag är utsatt för våld under graviditeten och den ställs inte efter indikation om våld.

Vidare bör man beakta vikten av förtroende vid sådana typer av frågor. Om man, som idag, ställer frågan vid första tillfället, har man inte tagit hänsyn till att det i de flesta fall krävs ett stort förtroende för den man talar med. Om man menar allvar med frågan, bör syftet vara att kvinnan skall svara och inte bara ges ett incitament till eftertanke. Man bör kunna visa vilken slags hjälp hon kan få, om hon skall få förtroende och berätta om våldet.

Trängs in i ett hörn

Frågan ställs direkt: Har du blivit utsatt för våld eller övergrepp? Det är inte ett samtal där jag kan välja att träda in. Om man inte besvarar frågan uppstår det intrikata problemet att avstå utan att känna sig misstänkliggjord, och det är svårt att komma ur detta med integriteten i behåll. Ett uteblivet svar kan tolkas som att man har något att dölja. Att tvingas in i ett hörn kan vara en anledning till att man känner att integriteten har blivit kränkt.

Oavsett om man blivit utsatt för våld eller inte kan det upplevas som en kränkning att behöva svara på frågor som inte har med vårdssituationen att göra. Om någon har blivit utsatt för våld eller övergrepp så har man ingen skyldighet att re-

dogöra för det på vårdcentralen, och man bör också få slippa att ljuga om det.

Varför tillfrågas bara kvinnor?

Vidare bör man ge en bakgrund till varför man bara frågar kvinnor om de blivit utsatta för våld. Varför tillfrågas inte andra grupper av befolkningen som man vet är utsatta för våld? Barn är en grupp som utsätts för våld i hemmet, och man tror att de brotten ökar. Men på barnvårdscentralen eller i skolhälsovården är det ingen som tillfrågar barn om de blir slagna hemma. Det är först vid indikation som man (möjligen) tillfrågar barnet om våld. Enligt statistiken är yngre män (ca 18–24 år) den grupp i samhället som är mest utsatt för våld. Men de blir inte generellt tillfrågade om de fallit offer för våld när de kommer till vården.

Befäster det stereotypa könsroller?

Om frågan om våld och övergrepp motiveras av dess relation till ohälsa bör fler grupper tillfrågas. Barn blir utsatta för våld men tillfrågas inte om detta. Barn har sämre kunskaper om vart de ska vän-

Om frågan om våld och övergrepp motiveras av dess relation till ohälsa bör fler grupper tillfrågas. Barn blir utsatta för våld men tillfrågas inte om detta. Inte heller tillfrågas våldsutsatta grupper av män. Risken finns att den här attityden till kvinnor, där det inte räcker med att informera om vart man vänder sig, bidrar till att förstärka bilden av kvinnan som passiv.

da sig och har liksom kvinnor anledningar att avstå från att söka hjälp. Inte heller tillfrågas våldsutsatta grupper av män. Det befäster en syn på män där man inte tänker på dem som brottsoffer samt att de är kapabla att ta hand om sig själva.

Risken finns att den här attityden till kvinnor, där det inte räcker med att informera om vart man vänder sig, bidrar till att förstärka bilden av kvinnan som passiv. Hon klarar inte att på eget initiativ söka hjälp i enlighet med det informationsmaterial hon får. Hon måste konfronteras med en fråga. Om hon blivit utsatt för våld är hon inte betrodd med att välja när eller till vem hon skall anförtro sig.

Om hon fattar beslutet att inte längre tala om våldet eller övergreppen kanske hon inte vill tala med barnmorskan det första hon gör. Vid brott som ger två års fängelse eller mer, kan vårdpersonal anmäla brott. Kanske kvinnan bedömer att det är bäst för henne att sätta sig i säkerhet innan våldsbrotten blir kända.

Vården måste motivera

Enligt min mening måste vården tydligare motivera rutinfrågor om våld och övergrepp i mötet med patienten. Man bör motivera varför vården ställer frågorna och motivera varför vissa grupper blir tillfrågade.

Ett samhällsproblem också

Ytterligare en aspekt som behöver lyftas fram är att detta är ett strukturellt samhällsproblem. Det räcker inte med att individen bryter upp. Problemet med kvinnomisshandel är inte löst när kvinnan anmäler brottet och lämnar förövären.

Myndigheter måste ha beredskap att på ett adekvat sätt möta en ökad anmälningsfrekvens, om detta blir resultatet. Om man vill få brottsoffer att anmäla måste samhället bevisa att man klarar handläggningen samt att utdöma straff. Idag leder alltför få våldsbrott mot kvinnor till straff.

*

Potentiella bindningar eller jävsförhållanden: Inga uppgivna.

Referens

1. Socialstyrelsen. Våldsutsatta kvinnor. Ett utbildningsmaterial för hälso- och sjukvårdens personal. Stockholm: Socialstyrelsen; 2003.

Livslängdsstatistik och PSA i primärvården

I LT 48/2003 (sidorna 4014-5) dyker ett befolkningsstatistiskt problem upp i inlägget av Ola Bratt och repliken av Peter Lindvall om PSA i primärvården. Bratt skriver: »Symtomfria män med förväntad kvarvarande livstid understigande 10–15 år har nästan ingen chans att vinna något på att få PSA kontrollerat och dessa bör aktivt avrådas från provtagning.»

Det är tyvärr ovanligt att en medicinsk författare som använder sådana mått uppger någon källa för sin uppskattning av den förväntade kvarvarande livstiden. Det finns stora möjligheter till missförstånd, och inte minst väsentligt är ju hur läsarna uppfattar saken i ett fall som detta, om de vill omätta uppmaningen i praktiken. Ett klargörande från Bratt vore därför välkommet.

Begreppet medellivslängd

Med åren har jag blivit alltmer övertygad om att inte bara massmedierna, utan även kolleger, oftast har en oklar uppfattning om hur begreppet medellivslängd förhåller sig till återstående medellivslängd. Medellivslängd i en befolkning är återstående medellivslängd vid födseln och säger inte mycket om hur länge en 65-åring i genomsnitt har kvar att leva. De enda uppgifter som alla har en uppfattning om är ju medellivslängden vid födseln, de andra är litet krångligare att få tag i.

SCBs statistik

Statistiska centralbyrån publicerar fortlöpande data som varje läkare borde bekanta sig med, inte minst i dessa prioriteringstider. På nätet finns t ex en tabell över »Återstående medellivslängd för åren 1751–2002« som är ganska lärorik (<http://shorl.com/dinikosotrafu>). Om vi håller oss till män och förkortar bort decimaler ser vi att den sk medellivslängden har ökat från 34 till 78 år sedan

Replik:

Vem lever troligast 10 år till: kärnfrisk golfare, 81, eller rökande hypertoniker, 68?

Att uppskatta en individs återstående livstid är erkänt svårt. Daléns påpekande att man inte får förväxla denna med avståndet till medellivslängden är viktigt, men förhoppningsvis välkänt för såväl allmänläkare som urologer.

Tyvärr ger ju inte heller tabeller för genomsnittlig förväntad livslängd i olika åldrar något mer än en fingervisning i



Den återstående medellivslängden för 65-åriga män har ökat från 10 till 17 år sedan 1700-talet.

1700-talet, vilket medicinen delvis kan ta åt sig äran av. Men återstående medellivslängden för 65-åringar har bara ökat från 10 till 17 år: 4 år under 1900-talet och 3 år dessförinnan. Det är ju inte lika strålande.

En mer detaljerad redovisning som SCB trycker varje år i sin bok »Befolkningsstatistik del 4« (tabell 4.13) kan ge svar på när svenska män statistiskt sett har 10–15 år kvar att leva. År 2000 inföll 10-årsgränsen vid 75 år och 15-årsgränsen vid 67. Dessa data avser ju inte enbart friska personer, utan ett genomsnitt. En helt frisk 75-åring bör faktiskt ha klart mer än 10 års återstående medellivslängd!

En ovanligt kunnig läsare av Bratts inlägg skulle alltså kunna översätta hans påstående till att tidigast någonstans mellan 67 och 75 blir det meningslöst att ta PSA på symtomfria män. Att medellivslängden är 78 år leder naturligtvis alldeles fel. Andra gör kanske en individuell bedömning helt på fri hand, vilket bara kan vara försvarbart om patienten redan har en sjukdom som ger klart förhöjd dödsrisk.

Per Dalén

med dr, docent, Viken
pdalen@algonet.se

det enskilda fallet, precis som Dalén skriver. Vem har störst chans att leva 10 år till: en golfande, kärnfrisk 81-åring eller en 68-årig rundnätt, rökande hypertoniker med diabetes typ 2?

Ola Bratt

urolog, Helsingborgs lasarett
ola.bratt@helsingborgslasarett.se