

# Att fråga kvinnor om våldsutsatthet måste bli rutin



**ANNA BERGLUND**, med dr, expert  
anna.berglund@kbh.uu.se



**GUN HEIMER**, professor, chef;  
båda Nationellt centrum för kvinnofrid, Uppsala universitet

Våld mot kvinnor är ett folkhälsoproblem erkänt av såväl WHO, FN och Världsbanken som EU.

»The WHO multi-country study on women's health and domestic violence« visade att livstidsprevalensen varierar mellan 15 och 71 procent [1].

I slutet av 1990-talet och början av 2000-talet genomfördes flera jämförbara studier, som visade att våld i nära relationer är vanligt förekommande även i de nordiska länderna [2-5]; bland vuxna kvinnor hade 40–51 procent varit utsatta för fysiskt, psykiskt eller emotionellt våld under sin livstid.

Studierna visade också att våldsutsatthet ger genomgripande negativa konsekvenser för såväl hälsa som livssituation och medför ett långvarigt lidande.

Regeringen presenterade år 2007 en handlingsplan för att bekämpa mäns våld mot kvinnor, hedersrelaterat våld och förtryck samt våld i samkönade relationer (Skr. 2007/08:39). Inom ramen för handlingsplanen har regeringen satsat 1 miljard kronor på 56 olika åtgärder inom myndigheter och samhällsliga organisationer.

Nationellt centrum för kvinnofrid (NCK) fick uppdraget att utveckla metoder för hälso- och sjukvården att tidigt identifiera våldsutsatta kvinnor för att säkerställa ett adekvat omhändertagande. Svenska forskare och experter från olika verksamhetsområden inom hälso- och sjukvården rekryterades för att sammanfatta kunskapsläget och ta ställning till hur frågor om våld bör hanteras.

Författarnas bidrag samlades i rapporten »Att fråga om våldsutsatthet som en del av anamnesen« (NCK-rap-

port 2010:4 <<http://viewer.zmags.com/publication/e94cf46a#/e94cf46a/1>>).

De våldsutsatta kvinnorna söker överallt i världen, men få berättar spontant om sin situation. Bara mellan 2 och 8 procent hade berättat för sina gynekologer att de varit utsatta för våld, enligt en nordisk studie [6]. Endast en minoritet söker vård efter den senaste fysiska misshandeln [1, 4], och det är inte säkert att våldet avslöjas ens då, om inte en direkt fråga ställs.

Det är väldokumenterat att utsatta kvinnor i signifikant större utsträckning än andra kvinnor drabbas av andra hälsoproblem förutom kroppsskador. Magtarmsymtom är upp till fyra gånger vanligare hos personer som varit utsatta för sexuellt och fysiskt våld, men även hos dem som utsätts för verbala kränkningar och hot [7]. Bäckensmärter, kroniska smärttillstånd, ångest, depression och sömnsvårigheter är minst dubbelt så vanligt förekommande [8].

Sambandet mellan sexuella övergrepp och posttraumatiskt stressyndrom, somatisering och kroniska smärttillstånd är starkt [9]. Våldsutsatta kvinnor hade upp till fem gånger fler konsultationer för depression eller ångest i ett amerikanskt material [10]. En dansk studie följde under fyra år vårdutnyttjandet hos kvinnor som sökt akut för misshandel och fann att de hade nio gånger fler besök för psykiatriska symptom [11].

Eftersom personlig erfarenhet av våld är så vanligt förekommande, måste frågor om detta ingå i anamnesen – annars löper man risk att patienten inte får adekvat vård och behandling. Uttrycket »screening« har inte sin plats här. Tillståndet uppfyller inte WHO-kriterierna för en lyckosam screening. »Screeningstestet« »Har du varit utsatt för våld?« är i själva verket en intervention, som startar en process hos den utsatta. Det saknas »behandling« som är effektiv för alla.

Rutinfrågor om våld kan inte heller utvärderas som screening på grund av avsaknad av trovärdiga bakgrundsdata

för kontrollgruppen, eftersom det finns en uppenbar risk för att utsatta kvinnor inte minns exakt hur det var vid den tidpunkt då studien startade [12].

Alla författarna till de kliniska kapitlen i NCK-rapporten »Att fråga om våldsutsatthet som en del av anamnesen« rekommenderar att frågor om våldsutsatthet ingår i anamnesen. Att ställa frågor om våld ger sjukvården möjlighet att förbättra såväl diagnostik som behandling av patientens tillstånd.

■ **Potentiella bindningar eller jävsförhållanden:** Inga uppgivna.

## REFERENSER

1. Garcia-Moreno C, Jansen HA, Ellsberg M, Heise L, Watts CH. Prevalence of intimate partner violence: Findings from the WHO multi-country study on women's health and domestic violence. *Lancet*. 2006;368:1260-9.
2. Heiskanen M, Piispa M, Faith, hope, battering. A survey of men's violence against women in Finland. Helsingfors: Statistics Finland; 1998. Justice. 1998:20.
3. Lundgren E, Heimer G, Westerstrand J, Kallio-koski AM. Slagen dam: mäns våld mot kvinnor i jämställda Sverige: en omfångsundersökning. Umeå: Brottsoffermyndigheten och Uppsala universitet; 2001. ISBN 91-973223-7-7.
4. Balvig F, Kyvsgaard B. Vold og overgrep mod kvinder. Dansk rapport vedrørende deltagelse i International Violence Against Women Survey. København: Københavns universitet/Justitieministeriets forskningsenhed; 2006 [citerat 7 juli 2011]. [http://www.justitsministeriet.dk/fileadmin/downloads/Forskning\\_og\\_dokumentation/vold\\_mod\\_kvinder.pdf](http://www.justitsministeriet.dk/fileadmin/downloads/Forskning_og_dokumentation/vold_mod_kvinder.pdf)
5. Haaland T, Clausen SE, Schei B. Vold i parforhold – ulike perspektiver. Resultater fra den første landsdekkende undersøkelsen i Norge. Oslo: Norsk institutt for by- og regionforskning (NIBR); 2005. NIBR-rapport 2005:3 [citerat 7 juli 2011]. <http://www.nibr.no/publikasjoner/rapporter/100>

## ■ sammanfattat

Våld har många negativa konsekvenser för kvinnors hälsa.

För att kunna ge god vård måste hälso- och sjukvården fråga efter våldsutsatthet.

Om hälso- och sjukvården inte frågar efter våldsutsatthet förblir våldet osynligt, eftersom få söker ens efter misshandel.

Diagnostik och behandling av patientens tillstånd förbättras och vården blir mer kostnadseffektiv när frågor om våld ingår i rutinen.