

SLUTREPLIK OM MÖDRAHÄLSOVÅRDEN OCH VÅLD MOT GRAVIDA:

# Hur frågar vi för att identifiera utsatta kvinnor?

■ I sina repliker (LT 20/2008, sidorna 1506-7) fortsätter Rådestad m fl att kalla anamnesfrågor gällande erfarenhet av partnerrelaterat våld för screening. Vi har i två separata svar (LT 20/2008, sidorna 1505-7) skrivit att begreppet i det här sammanhanget är problematiskt och missvisande av det enkla skälet att screening är en metod för att ställa sjukdomsdiagnos. Eftersom våld mot kvinnor inte är en sjukdom kan det omöjligt uppfylla WHO:s kriterier för screening. Vi är således överens med författarna om detta och har inget ytterligare att tillägga.

**Den viktiga frågan är i stället** hur hälso- och sjukvården bäst ska hörsamma WHO:s och ett flertal internationella och nationella professionella organisationers rekommendationer att ställa frågor om partnerrelaterat våld för att identifiera utsatta kvinnor.

Naturligtvis förutsätter det, som med all annan hälso- och sjukvård, att det finns kunskap samt beredskap för omhändertagande hos personalen. Redan nu finns det många sjukvårdsområden och lands- ting som infört eller håller på att införa frågor om våld som rutin vid anamnesupptagning i mödravården. I dag ingår att fråga om våld under graviditet vid närmare hälften av landets mödravårdscentraler [1]. Förvisso är implementering en process som fordrar utbildning, kontinuerlig uppföljning och vidareutveckling.

**Den psykosociala anamnesen** rymmer många utmaningar. Förändringar av policy och praxis tar sin tid. Det som är självklart i dag vid anamnesupptagning var inte självklart för 20 år sedan. När det gäller hälso- och sjukvårdens ansvar att rutinmässigt fråga om våld ligger USA före Sverige. En svensk manlig läkarkollega var

på besök i Boston och behövde uppsöka en akutmottagning på grund av en misstänkt näsfraktur. När sköterskan blev ensam med honom ställde hon tre frågor: 1) Känner du dig otrygg hemma? 2) Är det någon som hotar dig? 3) Är du utsatt för våld från din partner? Sköterskan berättade sedan att detta var praxis sedan ett par år, att det kändes betydligt lättare att ställa frågorna rutinmässigt i stället för att ta sats för att våga fråga vid misstanke, och att patienter flera gånger per år uttryckte sin tacksamhet över frågan och erbjudandet att få hjälp.

**Rådestad m fl skriver** att de har »identifierat fysiska och psykiska symtom under graviditeten som indikerar utsatthet för våld«. Den egna studien som författarna hänvisar till inkluderar 52 utsatta kvinnor, vilket är för få observationer för att man ska kunna dra slutsatser om indikatorer. Dessutom är symtomen så generella att de knappast är utmärkande för våldsutsatta gravida kvinnor. En omfattande amerikansk undersökning visar att det inte räcker att inrikta sig på enbart specifika riskfaktorer för att identifiera våldsutsatta kvinnor, vilket också WHO stödjer [2].

De negativa effekterna av att ställa frågan om våld, som författarna hänvisar till, är delvis oklara. De pekar på att det finns en risk att gravida kvinnor upplever det som obehagligt att tillfrågas om våld. Studien som de refererar till visar i själva verket att majoriteten av kvinnor, 85 procent, anser att det är positivt att bli tillfrågad. Ytterligare 12 procent anger att de inte har någon bestämd uppfattning. Alltså är det endast 3 procent som upplever frågor negativt i någon grad. Inom mödravården ställs i dag en rad frågor till gravida kvinnor som kan upplevas som obehagliga. De

frågor som bör prioriteras är de som har en direkt betydelse för kvinnors och barns hälsa.

**Författarna anser** att man bör avstå från att fråga alla gravida kvinnor som söker mödravården om erfarenheter av våld, då det enligt Rådestad m fl endast är 2 procent som riskerar att drabbas. De föreslår att man i stället för att vända sig direkt till kvinnorna kan lägga ut broschyrer med information om partnerrelaterat våld i väntrummet. En upplysningskampanj är bra men inte en tillräcklig insats då vi känner till våldets negativa konsekvenser för gravida kvinnor samt för de barn de väntar. Vi vet från forskning att kvinnor sällan spontant berättar om våld och att det spelar stor roll inte bara *att* men även *hur* man frågar [3].

Det är dock helt sant, precis som författarna skriver, att vi behöver veta mera om såväl kortsiktiga som långsiktiga konsekvenser av att rutinmässigt fråga om våld, och utan tvivel behövs mer forskning om detta. Dock ger den kunskap som finns i nuläget tillräckligt starka motiv för att ställa frågor till alla gravida om våld.

Författarna nämner en ökad tidspress för barnmorskorna som en annan tänkbar negativ effekt av att fråga (men å andra sidan kan det ibland kräva mindre tid och insatser om barnmorskan redan från början känner till kvinnans situation och därmed kan ge adekvat stöd). Detta är hursomhelst en arbetsmiljöfråga som handlar om barnmorskornas arbetssituation och är därför inte ett argument för att utesluta frågan om våld i upptagning av kvinnans anamnes.

**Vi är överens med Rådestad m fl** om att tyckande inte är nog för att ta beslut ifråga om rutiner och metoder inom

hälso- och sjukvården. Beslut ska tas grundade på vetenskap och beprövad erfarenhet. Därför är det olyckligt att Rådestad m fl inte lyssnar till underbyggda fakta och den forskning som WHO:s rekommendationer grundar sig på.

Att enbart hänvisa till egen forskning samt »etisk konsekvensanalys« är inte nog för att ifrågasätta den stora mängd forskning som visar att frågor om erfarenheter av våld som en del i anamnesupptagning är en angelägen uppgift för personal inom mödravården.

**Kristina Stenson**

medicine doktor, barnmorska  
kristina.stenson@nck.uu.se

**Mariella Öberg**

forskare, läkare

**Åsa Witkowski**

verksamhetschef, barnmorska

**Gun Heimer**

professor, överläkare;  
samtliga vid Nationellt centrum  
för kvinnofrid, Akademiska  
sjukhuset/Uppsala universitet

**Ulf Högberg**

professor, överläkare,  
kvinnekliniken, Norrlands  
universitetssjukhus, Umeå

**Kerstin Edin**

medicine doktor, barnmorska,  
Umeå centrum för genusstudier,  
Umeå universitet

**REFERENSER**

1. Svensk förening för obstetrik och gynekologi. Nationellt kvalitetsregister för mödravården. Sammanställning av strukturdata 2006. <http://www.sfog.se/PDF/Strukturrapport%202006.pdf>
2. Durant T, Colley Gilbert B, Saltzman LE, Johnson CH. Opportunities for intervention: discussing physical abuse during prenatal care visits. *Am J Prev Med.* 2000;19:238-44.
3. Chang JC, Decker MR, Moracco KE, Martin SL, Petersen R, Frasier PY. Asking about intimate partner violence: advice from female survivors to health care providers. *Patient Educ Couns.* 2005;59:141-7.