

Att ställa frågor om våld till gravida kvinnor

- en genomgång av internationell forskning

Genväg till forskning är VKV:s (Västra Götalandsregionens kompetenscentrum om våld i nära relationer) forskningsbaserade faktablad.

I *Genväg till forskning* presenteras lättfattliga översikter om forskningsfrågor inom området som har direkt relevans för praktiker.



VÄSTRA
GÖTALANDSREGIONEN

Att ställa frågor om våld till gravida kvinnor - en genomgång av internationell forskning

Eva Wendt

Denna Genväg till forskning handlar om ett vanligt och allvarligt folkhälsoproblem; våld mot gravida kvinnor. I fokus för studien är när och hur frågor om våld ställs till kvinnor under graviditet, utifrån internationell forskning.¹ Inledningsvis beskrivs hur våld påverkar gravida kvinnors och ofödda/nyfödda barns hälsa.² Härfter följer under ett antal rubriker ett avsnitt med fokus på hälso- och sjukvårdens ansvar, där diskussionen kring om och hur man bör fråga kvinnor om våld berörs, samt personalens erfarenheter och synsätt. Därefter belyses själva huvudfrågeställningen, det vill säga hur man i praktiken frågar gravida kvinnor om våld inom hälso- och sjukvården. Vidare tas upp vad kvinnor själva anser om att få frågor om våld och hur de vill bli tillfrågade, följt av några forskningsbaserade råd till praktiker.

Inledning

Mäns våld mot kvinnor är ett globalt problem och kvinnor är särskilt utsatta i nära relationer. Enligt FN-deklarationen från 1993, definieras mäns våld mot kvinnor som: "Varje könsrelaterad våldshandling som resulterar i fysisk, sexuell eller psykisk skada eller lidande för kvinnor, samt hot om sådana handlingar, tvång eller godtyckligt frihetsberövande, vare sig det sker i det offentliga eller privata livet".³ Detta våld påverkar kvinnors hälsa negativt i mycket stor utsträckning. Det är en folkhälsofråga och ett allvarligt problem som ytterst handlar om en kränkning av mänskliga rättigheter.⁴

I en översiktsartikel från 1996, där tretton studier från USA och andra industrialiserade länder ingick, visades att mellan 1-20% av kvinnorna hade varit utsatta för våld under graviditet.⁵ När det gäller svenska förhållanden visade en studie från 2001 att 2.8% av 1038 gravida kvinnor hade varit utsatta för fysiskt våld året innan och under tiden de var gravida.⁶ Av samtliga kvinnor i studien hade 19.4 % varit utsatta för psykiskt, fysiskt eller sexuellt våld tidigare i livet. Att tidigt fånga upp kvinnor som har erfarenhet av våld är av stor betydelse för deras hälsa, eftersom våld ofta medför livslånga problem som påverkar mamman, det nyfödda barnet och de barn som redan finns i familjen.⁷ Kvinnor som är utsatta för våld har högre grad av oro, ängslighet och depression vilket kan leda till missbruk av alkohol och droger.⁸ I en översiktsartikel från 2004, där 30 vetenskapliga artiklar ingick, framkom att våld under graviditet ökar risken för en mängd fysiska problem såsom infektioner i njurarna, viktnedgång och förlossningskomplikationer.⁹ För det ofödda barnet ökar risken att födas underviktigt, men låg födelsevikt har också samband med att våldsutsatta kvinnor kommer senare till mödravården samt andra faktorer såsom rökning och dålig kost.¹⁰ Andra

1 För att belysa hur och när gravida kvinnor får frågor om våld gjordes sökningar efter relevanta vetenskapliga artiklar och rapporter i olika databaser (för mer information om metod se appendix).

2 Man bör även hålla i åtanke att våld mot gravida kvinnor också åsamkar kvinnans tidigare redan födda barn skada. En avgränsning för denna Genväg till forskning (Gtf) är dock dess fokus på den gravida kvinna och det ofödda eller nyfödda barnen. En kommande Gtf kommer att behandla hälsokonsekvenser för barn som lever med våld.

3 FN, 1993.

4 WHO, 2005.

5 Gazmararian, m.fl., 1996.

6 Stenstrom, m.fl., 2001.

7 Valente, 2000; Shay-Zapfen & Bullock, 2010.

8 Sarkar, 2008.

9 Boy & Salihu, 2004.

10 Bohn & Holz, 1996; Murphy, m.fl., 2001; Sarkar 2008.

konsekvenser av våld är att barn i större utsträckning föds för tidigt och att det kan bli problem med amningen när barnet är nyfött.¹¹ Erfarenheter av fysiska och sexuella övergrepp under barndomen kan också orsaka problem under graviditet och förlossning. Det kan handla om förlossningsrädsla och att kvinnor kan återuppleva övergreppen i samband med förlossningen.¹²

Att fråga kvinnor om våld: hälso- och sjukvårdens ansvar?

WHO tydliggör att kvinnors besök inom hälso- och sjukvården på mottagningar för sexuellt överförbara infektioner, preventivmedelsrådgivning, abortmottagningar och mödrahälsovård är bra tillfällen som kan tas tillvara för att möta, identifiera och ge stöd till dem som har eller har haft erfarenheter av våld.¹³ Även om den svenska hälso- och sjukvårdslagen inte specifikt berör våld, kan lagen ändå tolkas som att vårdpersonal ska identifiera patienter som varit utsatta för våld och ta hand om dem på lämpligt sätt.¹⁴ En nationell studie som genomförts av Rikskvinnocentrum/Nationellt Centrum för kvinnofrid visade dock att arbetet med att upptäcka och hjälpa kvinnor som varit utsatta för någon form av våld varierade stort mellan olika landsting men även inom landstingen.¹⁵ Huruvida kvinnor fått frågor om våld eller inte verkade bero på enskilda chefers och medarbetares engagemang, kompetens och intresse. Dessutom var det bara ungefär hälften av mottagningarna som hade en skriven policy kring hur de skulle arbeta med frågor kring våld.

Även internationellt finns stora variationer för hur hälso- och sjukvårdspersonal ställer frågor om utsatthet för våld. Det är väsentligt vanligare att fråga vid misstanke än att ställa frågan till alla som en rutin.¹⁶ Några studier från USA har dock visat att läkare inom kvinnosjukvård frågade något oftare än andra.¹⁷ Det finns dock flera studier där obstetrik och gynekologer inte ställde frågan i någon större omfattning om de inte hade någon misstanke om våld.¹⁸ Enligt den ovan nämnda svenska studien blev kvinnor oftare tillfrågade om våld när de sökte gynekolog än när de sökte allmänläkare.¹⁹

Huruvida man inom hälso- och sjukvården bör fråga kvinnor om våld har de senaste åren varit föremål för diskussion. Denna diskussion, som är mångfacetterad, berör såväl etiska frågeställningar som huruvida det ska handla om regelrätt screening eller att fråga om våld på rutin.²⁰ Screening skall enligt WHO baseras på tre fundamentala principer:²¹

- Det som ska screenas ska vara vanligt förekommande.
- Effektiv behandling ska erbjudas.
- Undersökningsmetoden ska vara accepterad, säker och kostnadseffektiv.

Möjligheterna att vetenskapligt studera effektiviteten av screening för våld problematiseras i en artikel från Australien.²² Författarna beskrev tre vanliga antaganden som bidrar till att resultatet blir missvisande eftersom man inte mäter det som var tänkt att mäta:

- Screeningfrågan kan ses som neutral, men att få en fråga om våld innebär en

11 Sarkar, 2008.

12 Heimstad, m.fl., 2006; Leeners m.fl. 2006.

13 WHO, 2008.

14 Nationellt centrum för kvinnofrid, 2006.

15 Andreasson, m.fl., 2006.

16 Chamberlain & Perham Hester, 2002; Foy m.fl., 2000; Horan, m.fl., 1998; Rodriguez, m.fl., 1999.

17 Chamberlain & Perham-Hester, 2002; Scholle, m.fl. 2003.

18 Foy, m.fl., 2000; Maheux, m.fl., 1999; Rodriguez, m.fl., 1999.

19 Andreasson, m.fl., 2006.

20 Feder, m.fl., 2009; MacMillan, m.fl., 2009; Ramsay, m.fl., 2002; Spangaro, m.fl., 2009; Wathen & MacMillan, 2003.

21 Shaw, 2003.

22 Spangaro, m.fl., 2009.

intervention som startar en process hos den som är utsatt.

- Föreställning om att effektiviteten av våldsscreening kan mätas genom att mäta effekten av åtgärder som gjorts för att hjälpa kvinnan, men det är den kombinerade effekten av själva screeningfrågan och åtgärderna som mäts.
- Förhoppning om att man kan identifiera effektiva interventioner mot partnervåld som kan hjälpa alla, men den enskilda kvinnans psykosociala situation påverkar hur hon förhåller sig till de erbjudna åtgärderna.

Utöver svårigheter att utvärdera effektivitet av screening tillkommer etiska svårigheter huruvida hjälp och behandling ska erbjudas när det framkommit att kvinnan är utsatt. Allt detta tillsammans menar författarna gör det tveksamt till huruvida det går att genomföra en rättvisande studie avseende själva effekten av screening.

Ett alternativ till screening som begrepp och praktik är att som rutin fråga om våld.²³ Rutinen att fråga om våld uppfyller inte de strikta kraven för screening. Frågor om våld kan istället, enligt ett par svenska forskare, ses som en del av anamnesen och som ett hälsoupplysande och förebyggande arbete.²⁴ Det handlar om att ha en beredskap för att kunna lyssna och erbjuda stöd, inte om att förhöra och pricka av eller att föra över personalens sätt att se problemet på kvinnan. Det handlar istället om att våga föra ödmjuka, respektfulla och fördjupade psykosociala samtal.²⁵ Två forskare från Australien menar att när barnmorskor börjar fråga kvinnor om våld förbättras kontakten mellan barnmorskan och kvinnan och själva samtalet får en djupare dimension.²⁶

Hur ska man då fråga? I en amerikansk studie utvärderades sju validerade screeningfrågor på engelska som hade översatts till spanska.²⁷ Resultatet visade att två indirekta frågor fungerade lika bra som fler och mer direkta frågor. Nedanstående två enkla frågor identifierade i hög grad våldsutsatta latinamerikanska kvinnor:

- Har du någon gång levt i ett förhållande där du har känt dig ensam?
- Har du någon gång levt i ett förhållande där du känt dig kontrollerad av din partner?

Om dessa två enkla och förhållandevis neutrala frågor skulle kunna identifiera våldsutsatta kvinnor i en svensk kontext återstår dock för forskningen att besvara.

Hur ser hälso- och sjukvårdspersonal på att ställa frågor om våld?

I tidigare forskning framkommer ofta att det finns ett visst motstånd hos hälso- och sjukvårdspersonal att fråga kvinnor om våld i nära relationer.²⁸ Dessa hinder handlar om brist på tid och personal, brist på säkerhet samt svårigheter på grund av personalens egna erfarenheter av våld.²⁹ Vid gravida kvinnors besök på barnmorskemottagning upplevde barnmorskor att de två viktigaste hindren var att själva frågan är känslig och att kvinnans partner var inbjuden att vara med vid besöken.³⁰ Skriftliga riktlinjer behövs som stöd för att barnmorskor ska fråga alla gravida kvinnor om våld. Om det inte finns sådant stöd för personalen är risken stor att frågor om våld inte tas upp och att våld mot gravida kvinnor

²³ Nationellt centrum för kvinnofrid, 2010.

²⁴ Högberg & Edin, 2008.

²⁵ Ibid, 2008.

²⁶ Jones & Bonner, 2002.

²⁷ Wrangle, m.fl., 2008.

²⁸ Ramsey, m.fl., 2002.

²⁹ Mezey, m.fl., 2003.

³⁰ Stenson, m.fl., 2005.

därmed inte kommer fram.³¹ Men det finns också studier som beskriver personalens positiva erfarenheter av att fråga om våld. I en studie från Australien ställde barnmorskorna på en mödravårdscentral tre frågor om våld till alla kvinnor vid deras första besök. Barnmorskorna kände att de genom dessa tre frågor förbättrade sin relation med kvinnorna. Genom att ställa dessa frågor visade de dessutom kvinnorna att det finns andra viktiga hälsoaspekter förutom omedelbara medicinska behov. Barnmorskorna beskrev också att deras förmåga att fråga om våld som en viktig hälsoaspekt utvecklades.³² I en svensk intervjustudie beskrev barnmorskor och läkare betydelsen av att i dialog ta upp frågor om sexualitet och övergrepp med kvinnor. De beskrev hur ett respektfullt möte skapades genom lyhördhet och ödmjukhet. De såg betydelsen av en lugn och ostörd miljö, att kvinnan var delaktig i samtalet och att de fokuserade på kvinnan som individ. De kände att de kunde stärka kvinnor genom att avlasta dem, ge kunskap och bekräfta dem.³³ I en annan svensk studie menade barnmorskorna att om de inte ställde frågor om våld, kändes det som att de inte hade gjort sitt bästa. De såg som sin uppgift att öka medvetenheten om mäns våld mot kvinnor, att minska skammen för utsatta kvinnor och att bidra till att våldsutsatta kvinnor får adekvat hjälp.³⁴

När och hur tillfrågas gravida kvinnor om våld?

Att ställa frågor om våld ökar antalet kvinnor som identifieras som våldsutsatta. Med vetenskap om det stora antalet artiklar kring våld mot kvinnor som är publicerade i vetenskapliga tidskrifter är det en relativt liten del av dessa som beskriver på vilket sätt och när i graviditeten kvinnor i praktiken får frågor om våld. Det finns dock artiklar som ger några ledtrådar. I en relativt ny översiktsartikel analyserades fem studier avseende screening där sammanlagt 2888 gravida kvinnor ingick.³⁵ Fyra av studierna genomfördes i USA och en i Japan. Antalet våldsutsatta kvinnor som identifierades ökade när personalen använde ett systematiskt screeningformulär jämfört med icke standardiserad screening eller ingen screening alls. En av de ingående studierna visade att det var effektivare att använda frågeformuläret när kvinnan fick fylla i det själv jämfört med att ställa samma frågor till henne under samtal.³⁶ Att fråga upprepade gånger under graviditeten ökade ytterligare antalet kvinnor som berättade om våld. Ett formulär som användes var AAS, The Abuse Assessment Screen. Detta frågeformulär innehåller frågor om våld ur flera olika perspektiv; emotionellt och fysiskt våld vid någon tidpunkt under kvinnans liv, fysiskt våld under det senaste året, fysiskt våld under graviditet, sexuella övergrepp under det senaste året samt om kvinnan har varit rädd för sin partner.³⁷ Mot bakgrund av att denna form av screening tycks fånga upp våldserfarenheter hos gravida kvinnor diskuterade författarna varför screening som metod inte visat sig effektiva i tidigare forskningsöversikter. De menade att en orsak skulle kunna vara att tidigare översiktsartiklar i sitt urval hade en bredare population av kvinnor och inte bara gravida kvinnor, vilka har fler besök under kort tid hos läkare eller barnmorska. De påtalade också att en begränsning för deras översiktsstudie var att de endast funnit fem artiklar som kunde ingå i analysen.³⁸

I en annan, tidigare, översiktsartikel har författarna tagit fram praktiska implikationer utifrån tidigare forskning.³⁹ De påpekar betydelsen av att screena om våld i nära relationer

31 Edin & Högberg, 2002.

32 Jones & Bonner, 2002.

33 Wendt, m.fl., 2010.

34 Stenson, m.fl., 2005.

35 O'Reilly, m.fl., 2010. Med översiktsartiklar menas artiklar där författarna analyserar, summerar och utvärderar ett antal artiklar inom ett visst ämne.

36 Kataoka, m.fl., 2010.

37 McFarlane & Parker, 1994.

38 O'Reilly, m.fl., 2010.

39 Espinosa & Osborne, 2002.

under graviditet och att på ett icke fördömande sätt ge stöd till kvinnor när de berättar om våld de varit med om. På vilket sätt frågan om våld tas upp är viktigt och författarna hänvisar här bland annat till samma artiklar som i den ovan beskrivna nyare översiktsartikeln. I båda översiktsartiklarna återkommer att fler kvinnor identifieras som våldsutsatta när ASS används.⁴⁰ I en av de studier som bildar underlag för denna slutsats framkommer vidare att kvinnor lättare berättar om våld när de får frågan under samtal än om de själva får fylla i ett formulär,⁴¹ vilket är tvärtemot resultaten i en senare, ovan nämnd, studie.⁴² Att använda screeninginstrument har, som tidigare nämnts, under flera år varit en fråga för diskussion - inte minst kring om det finns något instrument som är bättre än något annat. I en systematisk översikt från 2009 analyserades 33 artiklar som värderade kortare och längre frågeinstrument men det framkom ingen säker slutsats om huruvida den ena formen var att föredra framför den andra.⁴³

Sedan många år pågår forskning kring våld i Australien, men få av dessa studier beskriver hur och i vilken utsträckning hälso- och sjukvårdspersonal ställer frågor om våld. I New South Wales införde man dock rutinfrågor 2001. Kvinnor som besöker verksamheter för mödranhälsovård, barnhälsovård, alkohol- och drogmissbruk samt mental hälsa får information om orsaken till varför de får frågor om våld, de får veta att samma fråga ställs till alla kvinnor och de kan välja om de vill svara eller inte.⁴⁴ Frågorna som ställs är:

- Har du under det senaste året blivit slagen eller skadad på andra sätt av din partner eller före detta partner?
- Är du rädd för din partner eller före detta partner?

Om en kvinna svarar ja på någon av frågorna ställs uppföljningsfrågor för att ta reda på om hon vill ha hjälp och om hon är i omedelbar fara. Frågorna ställs bara om kvinnan är ensam. Om frågorna inte kan ställas första gången, t.ex. på grund av att kvinnans partner är med, tas de upp vid ett senare besök.

I en amerikansk studie beskrevs allmänläkares samt obstetrikers och gynekologers erfarenhet av att arbeta med våldsutsatta.⁴⁵ Läkarna beskrev hur de brukar sätta in frågan om våld i ett sammanhang, t.ex. som en fråga i anamnesen eller som en del i att fråga kring relationen med patientens partner. De förklarade för patienten att de frågar alla, med motiveringen att våld innebär ett stort hälsoproblem för många människor. De beskrev också att de var lyhörda för olika tecken på våld och när patienten kom tillbaka med olika skador som inte stämde med beskrivningen av hur skadorna hade uppstått, ställde läkaren ofta direkta frågor. När patienten hade mer diffusa besvär och symtom såsom nedstämdhet, ångest, gynekologiska smärtor och magvärk inledde de med mycket öppna frågor och patienten fick själv fundera över vad som skulle kunna vara orsaken. Följdfrågor om våld ställdes sedan på ett varsamt sätt under samtalet. Läkarna berättade även hur de försökte arbeta förebyggande och att få människor att reflektera över sin livssituation genom att fråga om våld. De menade att genom att ställa frågor om våld visar man att våld inte är acceptabelt och detta kan få patienten att reagera innan det har gått för långt.

40 Se McFarlane, m.fl., 1992 och Norton, m.fl., 1995.

41 McFarlane, m.fl., 1991.

42 Kataoka, m.fl., 2010.

43 Rabin m.fl., 2009

44 Spangaro, 2007.

45 Gerbert, m.fl., 2002.

Vad tycker kvinnor om att få frågor om våld?

De flesta kvinnor tycker det skulle kännas naturligt att få frågor om våld när de besöker läkare eller barnmorska vid besök inom kvinnosjukvården.⁴⁶ Kvinnor tycker det känns skönt att inte själva behöva ta initiativ och de föredrar att personalen tar den aktiva rollen för att fråga om våld.⁴⁷ Våldsutsatta kvinnor undviker oftast att berätta om våld eftersom de skäms över sin situation och är rädda för vad som ska hända om de avslöjar hur de har det. De har ofta låg självkänsla, vill inte riskera att bli ifrågasatta eller nonchalerade och tar ofta på sig skulden för att de lever i en relation där det förekommer våld.⁴⁸ I en australisk studie screenades kvinnor för våld två gånger med 6 månaders mellanrum när de besökte hälso- och sjukvård. Av de 240 kvinnor som vid första tillfället svarade att de inte hade erfarenhet av våld, var det ändå 14% som hade det. Detta framkom andra gången de tillfrågades och anledningar till att de hade svarat nej första gången var att de inte tyckte att våldet de varit med om var tillräckligt allvarligt, att de var oroliga att förövaren skulle få reda på om de berättade samt att de inte kände sig bekväma med den personal de träffade.⁴⁹

Hur vill kvinnor bli tillfrågade om våld?

I en kvalitativ artikel beskrivs hur våldsutsatta kvinnor vill bli bemötta när de träffar personal inom hälso- och sjukvården, utan hänvisning till någon speciell klinisk inriktning eller typ av mottagning.⁵⁰ Resultatet visade att det är viktigt att personal är engagerad, har kunskap och inte fördömer utan visar sig tillgängliga och inbjuder till samtal om våld. Kvinnorna såg också frågor om våld som en möjlighet att få information och stöd, mer än att frågandet i sig skulle vara en metod för att identifiera våld i nära relationer. Detta återspeglas vidare i en kvalitativ studie med fokus på kommunikation mellan kvinnor och personal på akutmottagningar där det framkom att det var lättare för kvinnor att berätta om erfarenheter av våld när personalen visade att de hade tid att fråga och inbjöd till en öppen dialog som var tillåtande.⁵¹ Resultatet från dessa bägge studier ger konkret information och råd som är lätta att ta till sig för hälso- och sjukvårdspersonal som träffar kvinnor i sitt arbete:

Kontext/övergripande situation

- Personalen bör skapa en omgivning som känns trygg och stödjande.
- Kvinnans partner ska inte vara med vid besöket när frågor om våld i nära relationer tas upp.
- För att ytterligare öka kvinnans känsla av trygghet ska personalen undvika att ställa frågor i en situation eller på ett sätt som ökar kvinnans sårbarhet, exempelvis genom att ställa känsliga frågor när kvinnan inte är påklädd.
- Personalens kroppsspråk är viktigt för att kvinnan ska kunna känna stöd. Personalen bör söka ögonkontakt med den de frågar, ta det lugnt och se vänlig ut.
- Det är viktigt att relationen mellan personalen och kvinnan är nära och personlig och att kvinnan förstår att det finns hjälp att få.
- Personalen kan underlätta för kvinnan att berätta genom att ta sig tid att fråga och inbjuda till dialog, vara tillåtande och empatisk, inte forcera samtalet utan låta kvinnan berätta i sin egen takt.
- Det är viktigt att personalen tror på kvinnan och inte ifrågasätter hennes trovärdighet

46 Socialstyrelsen, 2002; Stenstrom, m.fl., 2001; Wendt, m.fl., 2009.

47 McDonell, m.fl., 2006; Renker & Tonkin 2006; Sarkar 2008; Wendt, m.fl., 2009.

48 Rönnerberg & Hammarström, 2000; Taket, m.fl., 2003.

49 Spangaro, m.fl., 2010.

50 Chang, m.fl., 2005.

51 Rhodes, m.fl., 2007.

- och inte heller berättar om sin egen uppfattning om vad de betraktar som våld.
- Personalen kan stärka kvinnan genom att vara lyhörd och uppmuntrande.

Information

- Personalen bör berätta orsaken till varför de frågar om våld i nära relationer. Detta minskar kvinnors misstänksamhet och minimerar risken för stigmatisering samt tydliggör att personalen kan ge stöd och hjälp.
- Frågan kan förklaras genom att den presenteras som en del av anamnesen. Detta är speciellt användbart när kvinnan och personalen inte har träffats förut. Detta sätt att fråga kan normalisera situationen för kvinnan och minska känslan av att vara dömd.
- Personalen bör erbjuda information, stöd och tillgång till resurser oberoende av om kvinnan berättar om våld eller inte. Information om stöd och resurser kring våld i nära relationer bör också finnas tillgängligt på olika ställen på mottagningen och kvinnan ska kunna ta materialet anonymt. Tillgängligt material om våld i nära relationer signalerar att personalen på mottagningen är öppen för samtal om våld.

Stöd

- Det är betydelsefullt att personalen bedömer om kvinnans situation innebär en risk för hennes säkerhet, samt informerar om lagar och rättigheter och förmedlar kontakt med socialtjänst.
- Personalen behöver förstå att det för de flesta kvinnor är mycket svårt att berätta om våld. Fortsatt stöd bör erbjudas även om kvinnan inte berättar om sin våldsutsatthet, det finns dock exempel på personal som misstänkt våld och agerat med frustration när kvinnan inte berättat om det våld hon utsatts för. Under sådana omständigheter önskade kvinnorna att personalen skulle vara mer tålmodig och trots att de ej fått sin misstanke bekräftad, ändå fortsätta att ge kvinnan stöd. Kvinnor bör alltid erbjudas att återkomma eller ringa om de skulle vilja prata om något mer.

Ytterligare forskningsbaserade råd till praktiker

Slutligen ges nedan några ytterligare enkla råd om hur man som praktiker kan närma sig det som berörs i denna Genväg till forskning. Utifrån den tidigare nämnda studien om allmänläkare, obstetrikers och gynekologers erfarenhet av att arbeta med våldsutsatta föreslås fyra konkreta åtgärder:⁵²

- Fråga om våld.
- Påtala att våld inte är acceptabelt och stärk patienten att inte acceptera våld och kontroll.
- Dokumentera både skador och patientens beskrivningar av våldssituationer.
- Slussa patienten vidare för adekvat hjälp.

I en översiktsartikel från USA analyseras vad personal inom hälso- och sjukvården kan göra i sitt arbete, hur och när frågor om våld kan tas upp:⁵³

- Tydliga frågor besvaras ofta av kvinnor även om de själva tycker det känns svårt att själva ta initiativet för att berätta.

⁵² Gerbert, m.fl., 2002.

⁵³ Jasinski, 2004.

- Själva frågandet är i sig viktigare än att använda ett specifikt frågeformulär.
- Eftersom kvinnor som är utsatta för våld i större utsträckning, än icke våldsutsatta kvinnor, vänder sig till sjukvården bör frågor ställas inom alla delar av hälso- och sjukvården.

Från svensk horisont ges i en rapport från Nationellt centrum för kvinnofrid en praktisk-klinisk vägledning för personal inom hälso- och sjukvårdens olika områden.⁵⁴ I rapporten betonas att:

- Våldsutsatta människor har rätt till ett professionellt omhändertagande såväl medicinskt som psykosocialt.
- Hälso- och sjukvården ska ta ansvar för att tidigt uppmärksamma våldsutsatta och erbjuda dem adekvat hjälp.
- Sättet att fråga har stor betydelse för om patienten vill svara på frågor om våld eller inte.
- Det är viktigt med öppna frågor.
- Personalen ska ha en tillåtande attityd.
- Personalen kan genom att definiera vad som menas med våld få patienten att känna igen sig.
- Oavsett var patienten söker någonstans ska frågor om våld finnas med, annars finns risk att många aldrig får tillfälle att berätta.

Sammanfattning och slutsats

Sedan flera årtionden finns internationell forskning kring våld, men det är relativt få artiklar som belyser när och hur gravida kvinnor får frågor om våld när de träffar barnmorska eller läkare vid graviditetskontroller. Mer konkreta slutsatser kring exempelvis för- och nackdelar med att fråga i en viss graviditetsvecka, lyser därför i stort sett med sin frånvaro. Majoriteten av kvinnor, hälso- och sjukvårdspersonal samt forskare är dock överens om att besök för graviditetskontroller innebär bra möjligheter att ställa frågor om våld. Detta eftersom barnmorskan eller läkaren träffar kvinnan flera gånger på kort tid och när frågor om våld tas upp vid flera tillfällen ökar möjligheten att en våldsutsatt kvinna kan få hjälp.

Även av etiska skäl finns goda anledningar att fråga om våld på rutin inom mödrahälsovården. Våldsutsatta kvinnor undviker oftast att på eget initiativ berätta om våld eftersom de skäms över sin situation och är rädda för vad som ska hända om de avslöjar hur de har det. Men i ett flertal studier uttrycker en majoritet av kvinnor att de tycker det skulle kännas naturligt att få frågor om våld när de besöker läkare eller barnmorska vid besök inom kvinnosjukvården. Centralt är här att kvinnorna själva ser frågor om våld som en möjlighet att komma ur sin situation eller få annat stöd.

Debatten kring att fråga om våld handlar till stor del om på vilket sätt och i vilket sammanhang frågor ska ställas, om man bör screena eller att som rutin fråga om våld. Det diskuteras också om frågor ska ställas som en del i anamnesen eller om personalen ska använda sig av screeninginstrument. Det finns dock inga tydliga resultat som visar att kortare eller längre frågeinstrument är att föredra. Vidare föreligger det ingen samstämmighet om hur screeningsinstrument ska användas, det vill säga om kvinnan ska besvara frågorna under ett samtal eller om hon själv ska skriva sina svar i ett formulär. Det finns dock forskning som visar på att även enkla indirekta frågor kan vara bra för att identifiera våldsutsatta kvinnor.

Vikten av hur personalen bemöter kvinnor som varit våldsutsatta betonas av kvinnorna

⁵⁴ Nationellt centrum för kvinnofrid, 2010.

själva. De framhåller betydelsen av engagerad personal som har kunskap, inte fördomer, är tillgängliga och inbjuder till samtal om våld. De råd som översiktsartiklar ger avseende när och hur frågor om våld ska ställas stämmer till stor del överens med kvinnornas önskemål kring bemötandet. Sammanfattningsvis alltså: kvaliteten på bemötandet är mer centralt än formen på frågan.

Appendix

Metodbeskrivning för litteratursökningen

I arbetet med att ta fram vetenskapliga artiklar som kunde användas för denna Genväg till forskning gjordes sökningar i databaserna PubMed, Cinahl, SveMed+ och Google Advanced Search. De utvalda artiklarna granskades och analyserades utifrån de frågor som skulle besvaras. Vid sökningen användes till stor del MeSH termer vilket innebär begrepp som i möjligaste mån motsvarar det ämne man vill söka på. Sökorden som användes var Domestic violence, intimate partner violence, abuse och violence. Dessa kombinerades med begreppen screen*, routine*, question* samt i kombinationer med maternal health service, reproductive health service, family planning clinics, pregnancy control*.

Inklusionskriterierna var kvantitativa och kvalitativa artiklar och rapporter från 1990-2011 som beskriver frågor om våld i nära relation vid kvinnors besök för graviditetskontroller. Artiklarna skulle vara skrivna på engelska, svenska, danska eller norska.

Som ett första steg i att välja vilka artiklar som skulle användas lästes alla titlar som kom upp vid sökningen. Därefter lästes alla relevanta abstract (sammandrag för artikeln) och dessa värderades huruvida de var relevanta för frågeställningarna eller ej. Alla artiklar som svarade på hur och när frågor om våld ställs till gravida kvinnor eller kunde användas för att ge en bakgrundsbeskrivning till problemet med våld mot gravida kvinnor, hämtades hem från databasen och granskades innan de togs med eller valdes bort. Orsaker till att några artiklar valdes bort, även om de för övrigt var relevanta, var att beskrivningen av metoden var otillfredsställande och i några fall att artiklarna inte hade tillräckligt med referenser. Efter det första resultatet i databassökningen gjordes även en sökning för relaterade artiklar samt en manuell sökning utifrån referenser i de utvalda artiklarna.

Referenser

- Andreasson, C., StenSSon, K., Björck, A., & Heimer, G. (2006). Den svenska hälso- och sjukvårdens arbete inom kompetensområdet våld mot kvinnor. Rikskvinnocentrumets rapportserie 2006-2. Uppsala: Nationellt centrum för kvinnofrid (fd Rikskvinnocentrum).
- Bohn, D.K., & Holz, K.A. (1996). Sequelae of abuse. Health effects of childhood sexual abuse, domestic battering and rape. *Journal of Nurse-Midwifery*, 41(6), 442-456.
- Boy, A., & Salihu, H.M. (2004). Intimate partner violence and birth outcomes: a systematic review. *International Journal of Fertility and Women's Medicine*, 49(4), 159-164.
- Chamberlain, L., & Perham-Hester, K.A. (2002). The impact of perceived barriers on primary care physicians' screening practices for female partner abuse. *Women & Health*, 35, 55-68.
- Chang, J.C., Cluss, P.A., Ranieri, L., Hawker, L., Buranosky, R., Dado, D., McNeil, M., & Scholle, S.H. (2005). Health care interventions for intimate partner violence: what women want. *Women's Health Issues*, 15(1), 21-30.
- Edin, K., & Högberg, U. (2002). Violence against pregnant women will remain hidden as long as no direct questions are asked. *Midwifery*, 18, 268-278.
- Espinosa, L., & Osborne, K. (2002). Domestic violence during pregnancy: implications for practice. *Journal of Midwifery & Women's Health*, 47(5), 305-317.
- Feder, G., Ramsay, J., Dunne, D., Rose, M., Arsene, C., Norman, R., Kuntze, S., Spencer, A., Bacchus, L., Hague, G., Warburton, A., & Taket, A. (2009). How far does screening women for domestic (partner) violence in different health-care settings meet criteria for a screening programme? Systematic reviews of nine UK National Screening Committee criteria. *Health Technology Assessment*, 13(16), 1-113, 137-347.
- FN (1993). Declaration on the Elimination of Violence against Women.
- Foy, R., Nelson, F., Penney, G., & McLwaine, G. (2000). Antenatal detection of domestic violence. *Lancet*, 355, (9218), 1915.
- Gazmararian, J.A., Lazorick, S., Spitz, A.M., Ballard, T.J., Saltzman, L.E., & Marks, J.S. (1996). Prevalence of violence against pregnant women. *Journal of American Medical Association*, 275, 1915-1920.
- Gerbert, B., Moe, J., Caspers, N., Salber, P., Feldman, M., Herzig, K., & Bronstone, A. (2002). Physicians' response to victims of domestic violence: toward a model of care. *Women & Health*, 35(2-3), 1-22.
- Heimstad, R., Dalohe, R., Laache, I., Skogvoll, E., & Schei, B. (2006). Fear of childbirth and history of abuse: Implications for pregnancy and delivery. *Acta Obstetrica et Gynecologica Scandinavica*, 85, 435-440.
- Horan, D.L., Chapin, J., Klein, L., Schmidt, L.A., & Schulkin, J. (1998). Domestic violence screening practices of obstetrician-gynecologists. *Obstetrics & Gynecology*, 92(5), 785-789.
- Högberg, U., & Edin, K. Fråga om våld i mödravården - inte ett antingen eller. *Läkartidningen*, 2008-05-13.
- Jasinski, J.L. (2004). Pregnancy and domestic violence. A review of the literature. *Trauma, Violence & Abuse*, 5, 1, 47-64.
- Jones, C., & Bonner, M. (2002). Screening for domestic violence in an antenatal care clinic. *Australian Journal of Midwifery*, 15, (1), 14-20.
- Kataoka, Y., Yaju, Y., Eto, H., & Horiuchi, S. (2010). Self-administrated questionnaire versus interview as screening method for intimate partner violence in the prenatal setting in Japan: A randomised controlled trial. *BMC Pregnancy and Childbirth*, 10, 84-91.
- Leeners, B., Richter-Appelt, H., Imthurn, B., & Rath, W. (2006). Influence of childhood sexual abuse on pregnancy, delivery and the early postpartum period in adult women. *Journal of Psychosomatic Research*, 61, 139-151.
- MacMillan, H.L., Wathen, C.N., Jamieson, E., Boyle, M.H., Shannon, H.S., Ford-Gilboe, M., Worster, A., Lent, B., Coben, J.H., Campbell, J.C., & McNutt, L.A. for the McMaster Violence Against Women Research Group. (2009). Screening for intimate partner violence in health care settings: a randomized trial. *JAMA*, 302, 5, 493-501.
- Maheux, B., Haley, N., Rivard, M., & Gervais, A. (1999). Do physicians assess lifestyle health risks during general medical examinations? A survey of general practitioners and obstetrician-gynecologists in Quebec. *CMAJ Canadian Medical Association journal*, 29, 160(13), 1830-1834.
- McDonnell, E., Holohan, M., Reilly, M.O., Warde, L., Collins, C., & Geary, M. (2006). Acceptability of routine enquiry regarding domestic violence in the antenatal clinic. *Irish medical journal*, 99(4), 123-124.
- McFarlane, J., Christoffel, K., Bateman, L., Miller, V., & Bullock, L. (1991). Assessing for abuse: self-report versus nurse interview. *Public Health Nurse*, 8, 245-250.
- McFarlane, J., Parker, B., Soeken, K., & Bullock, L. (1992). Assessing for abuse during pregnancy: severity and frequency of injuries and associated entry into prenatal care. *JAMA: The journal of the American Medical Association*, 267, 3176-3178.
- McFarlane, J., & Parker, B. (1994). Abuse during pregnancy: A protocol for prevention and intervention. New York, NY: March of Dimes Birth Defects Foundation.
- Mezey, G., Bacchus, L., Haworth, A., & Bewley, S. (2003). Midwives' perceptions and experiences of routine enquiry for domestic violence. *BJOG: an International Journal of Obstetrics and Gynaecology*, 110, 744-752.
- Murphy, C., Schei, B., & Myhr, T. (2001). Abuse - a risk factor for low birth weight? A systematic review and meta-analysis. *CMAJ. Canadian Medical Association journal*, 164, 1567-1572.
- Nationellt centrum för kvinnofrid (2006). Att möta kvinnor som utsatts för misshandel och våldtäkt. Ett utbildningsmaterial för hälso- och sjukvårdens personal. Uppsala: Nationellt centrum för kvinnofrid.
- Nationellt centrum för kvinnofrid (2010) Att fråga om våldsatthet som en del av anamnesen. NCK- rapport 2010:4. Uppsala: Nationellt centrum för kvinnofrid.
- Norton, L.B., Peipert, J.F., Zierler, S., Lima, B., & Hume, L. (1995). Battering in pregnancy: an assessment of two screening methods. *Obstetrics and Gynecology*, 85, 321-325.

- O' Reilly, R., Beale, B., & Gillies, D. (2010). Screening and intervention for domestic violence during pregnancy care: a systematic review. *Trauma, violence & abuse*, 11(4), 190-201.
- Rabin, R.F., Jennings, J.M., Campbell, J.C., & Bair-Merritt, M.H. (2009). Intimate partner violence screening tools: a systematic review. *American journal of preventing medicine*, 36(5), 439-45.
- Ramsay J, Richardson J, Carter YH, Davidson LL, Feder G. (2002). Should health professionals screen women for domestic violence? Systematic review. *BMJ*, 10, 325 (7359), 314-318.
- Renker, P.R., & Tonkin, P. (2006). Women's views of prenatal violence screening: acceptability and confidential issues. *Obstetrics and Gynecology*, 107, 348-54.
- Rhodes, K., Frankel, R., Levinthal, N., Prenoveau, E., Baily, J., & Levinson, W. (2007). You're not a victim of domestic violence are you? Provider-patient communication about domestic violence. *Annals of internal medicine*, 147, 620-627.
- Rodriguez, M.A., Bauer, H.M., McLoughlin, E., & Grumbach, K. (1999). Screening and intervention for intimate partner abuse: practices. *JAMA: the journal of the American Medical Association*. 4, 282(5), 468-74.
- Rönnberg, A-K., & Hammarström, A. (2000). Barriers within the health care system to dealing with sexualized violence: a literature review. *Scandinavian Journal of Public Health*, 28, 222-229.
- Sarkar, N.N. (2008). The impact of intimate partner violence on women's reproductive health and pregnancy outcome. *Journal of Obstetrical Gynaecology*, 28(3), 266-71.
- SFS, Svensk författningssamling. Hälso och sjukvårdslagen (SFS 1982:763).
- Shaw, D. (2003). Screening for domestic violence. *Journal of obstetrics and gynaecology Canada*, 25, 918-921.
- Shay-Zapien, G., & Bullock, L. (2010). Impact of intimate partner violence on maternal child health. *MCN American Journal of Maternal Child Nursing*, 35(4), 206-212.
- Scholle, S.H., Buranosky, R., Hanusa, B.H., Ranieri, L., Dowd, K., & Valappil, B. (2003). Routine screening for intimate partner violence in an obstetrics and gynecology clinic. *American Journal of Public Health*, 93, 1070-1072.
- Socialstyrelsen (2002). Tack för att ni frågar. Screening om våld mot kvinnor. Stockholm: Socialstyrelsen.
- Stensson, K., Heimer, G., Lundh, C., Nordström, M.L., Saarinen, H., & Wenker, A. (2001). The prevalence of violence investigated in a pregnant population in Sweden. *Journal of psychosomatic obstetrics and gynaecology*, 22(4), 189-197.
- Stenson, K., Saarinen, H., Heimer, G., & Sidenvall, B. (2001). Women's attitudes to being asked about exposure to violence. *Midwifery*, 17(1), 2-10.
- Stenson, K., Sidenvall, B., & Heimer, G. (2005). Midwives' experiences of routine antenatal questioning relating to men's violence against women. *Midwifery*, 21, 311-321.
- Spangaro, J. (2007). The NSW Health routine screening for domestic violence program. *NSW Public Health Bulletin*, 18, 86-89.
- Spangaro, J., Zwi, A.B., & Poulos, R. (2009). The elusive search for definitive evidence on routine screening for intimate partner violence. *Trauma Violence Abuse*, 10, 55-68.
- Spangaro, J., Zwi, A.B., Poulos, R., & Man, W. (2010). Who tells and what happens: disclosure and health service responses to screening for intimate partner violence. *Health and Social Care in the Community*, 18, 671-680.
- Taket, A., Smith, K., & Watson, J. (2003). Routinely asking women about domestic violence in health settings. *BMJ*, 327, 673-676.
- Valente, S.M. (2000). Evaluating and managing intimate partner violence. *The Nurse practitioner*, 25, 18-30.
- Wathen, C.N. & MacMillan, H.L. (2003). Interventions for violence against women: scientific review. *JAMA*, 5, 289, 589-600.
- Wendt, E.K., Lidell, E.A., Westerståhl, A.K., Marklund, B.R., & Hildingh, C.I. (2011). Young women's perceptions of being asked questions about sexuality and sexual abuse: a content analysis. *Midwifery*, 27(2), 250-256.
- Wendt, E.K. Marklund, B.R., Lidell, E.A., Hildingh, C.I., & Westerståhl, A.K. (2011). Possibilities for dialogue on sexuality and sexual abuse – midwives' and clinicians' experiences. *Midwifery*, 27(4), 539-546
- WHO (2005). Addressing violence against women and achieving the Millennium Development Goals. Department of Gender, Women and Health, Family and Community Health.
- WHO (2008). Gender, women and health. Strengthening the health sector response. Recommendation 11. Use reproductive health services as entry points for identifying and supporting women in abusive relationships, and for delivering referral or support services.
- Wrangle, J., Fisher, J.V., & Paraniapa, A. (2008). Ha sentido sola? Culturally competent screening for intimate partner violence in Latina women. *Journal of Women's Health*, 17(2), 261-8.