



UPPSALA
UNIVERSITET

NCK NATIONELLT CENTRUM
FÖR KVINNOFRID

UTDRAG UR NCK-RAPPORT 2010:04 / ISSN 1654-7195

ATT FRÅGA OM VÅLDSUTSATTHET SOM EN DEL AV ANAMNESEN

Akutsjukvård och våldsutsatta kvinnor

Pauline Lindblom, Maaret Castrén, Lisa Kurland

Akutsjukvård och våldsutsatta kvinnor

Pauline Lindblom, Maaret Castrén, Lisa Kurland

Akutsjukvården omfattar hela vårdkedjan från första kontakten med SOS Alarm, den vård som ges av ambulanssjukvårdare både vid ankomsten till patienten och under transporten in till akutmottagningen, samt den vård som ges på akutmottagningen, och den kan även inkludera vårdtiden på akutvårdsavdelningar. Många gånger är akutsjukvården den första och enda sjukvårdskontakten för de kvinnor som utsatts för våld i nära relationer.¹

Varje år dör i genomsnitt 17 kvinnor i Sverige till följd av misshandel i nära relation.² Av dessa kvinnor har 44–78 procent sökt akutsjukvård för misshandel innan de dödats.³ Varje dödsfall och varje misshandel kan ses som ett misslyckande. Vi inom vården borde kunna fånga upp dessa kvinnor och hjälpa dem.

Våld mot kvinnor registreras sällan

Mellan 13 och 30 procent av alla kvinnor som söker akutsjukvård har under det gångna året blivit utsatta för våld⁴ och enligt statistik från WHO har en av fem kvinnor varit utsatt för våld under sin livstid.⁵ Ett flertal studier utförda inom hälso- och sjukvården i USA visar en årlig förekomst av utsatthet för våld hos mellan 4 och 23 procent av alla kvinnor. Av kvinnorna i Sverige i åldrarna mellan 16 och 64, uppger 46 procent att de efter sin 15-årsdag varit utsatta för våld av en man.⁶

Hur ser då sjukvårdsstatistiken ut? Södersjukhuset, Nordens största akutmottagning, tog 2009 emot totalt 98 101 patienter, av vilka 48 073 var kvinnor. Endast 262 av dessa skrevs ut med orsakskoden kvinnomisshandel enligt AKU-SYS, Södersjukhusets administrativa system, vilket utgör 0,55 procent av alla som sökte. Varje år söker cirka 1 200 kvinnor akutsjukvården med misshandelsskador inom hela Stockholms läns landsting.⁷ Epidemiologiska studier beskriver alltså våld mot kvinnor som vanligt förekommande men sjukvårdsstatistiken står i kontrast mot dessa siffror.

Detsamma gäller för den gynekologiska akutmottagningen på Södersjukhuset. Endast sex patienter skrevs ut med orsakskoden kvinnomisshandel vilket är 0,05 procent av deras totala patientgrupp året 2009, trots att enheten även tar

emot våldtagna kvinnor. Att kvinnor inte talar med sin gynekolog om sina erfarenheter av psykisk, fysisk och sexuell misshandel, bekräftas i tidigare studier.⁸ Detta talar för att den gynekologiska akutsjukvården inte heller identifierar de kvinnor som utsatts för misshandel.

Akutsjukvårdens huvuduppgifter

Då akutsjukvården ofta är den första och kanske enda kontakten som misshandlade kvinnor har med sjukvården är det viktigt att ge dessa kvinnor ett adekvat omhändertagande. Detta innebär att identifiera dem som utsatts för våld i en nära relation, behandla, dokumentera korrekt och vid behov hänvisa kvinnorna till rätt instans.

Först måste man *identifiera* de misshandlade kvinnorna. En möjlighet är att rutinmässigt, oavsett sökorsak, fråga alla kvinnor som kommer till akuten om våldsutsatthet. Det finns olika modeller som används inom akutsjukvården internationellt.⁹ De vanligaste metoderna är direktintervju, självskattningsformulär eller IT-baserade enkäter kring frågor som rör utsatthet för våld.¹⁰ Om man använder skriftliga eller datoriserade formulär följs frågorna upp genom intervju. Det är visat att en majoritet av svenska kvinnor skulle uppskatta att tillfrågas rutinmässigt om våldsutsatthet från sjukvårdens sida.¹¹ Sjukvårdspersonalen själva tillstår att rutinmässiga frågor skulle underlätta upptäckten av våld i nära relationer. Studier visar att endast 8–10 procent av sjukvårdspersonalen rutinmässigt frågar om våld i nära relation, trots acceptans för detta bland både personal och kvinnor.¹²

Efter identifiering måste man *behandla* kvinnans skador och symtom. Ibland sker detta naturligtvis som första steg om skadorna kräver akuta medicinska åtgärder.

Skadorna ska *dokumenteras* som underlag för eventuell utredning och rättsprocess. Till sist måste man vid behov kunna *hänvisa* patienten till kurator, skyddat boende, kvinnojourer och så vidare. Varje akutmottagning måste ha en tydlig struktur, rutin och handlingsplan för detta. Men i dag finns det ingen akutmottagning i Sverige som dygnet runt har tillgång till kurator eller annan personal som är utbildad för dessa frågor för våldutsatta kvinnor.

Kvinnor som söker med uppenbara skador

Den grupp kvinnor som skrivs ut från sjukvården med orsakskoden kvinnomisshandel är de som söker med skador där våld är den uppenbara orsaken. Klart dominerande är huvudskador som utgör 32 procent av skadorna i denna grupp. Övriga skador utgörs i fallande ordning av ansiktsskada, mjukdelsskada, sårskada, extremitetsskada inklusive frakturer, hjärnskakning, buksmärtor inklusive gynekologiska besvär, bröstorgsskada, ryggskada och krisreaktion.

Kvinnorna har ibland så svåra skador att ineliggande sjukhusvård krävs. Under 2009 behövde tio procent av de kvinnor som sökte med uppenbara misshandels-skador vårdas ineliggande. Av dessa hade hälften inkommit med ambulans, en fjärdedel sökte på egen hand och den resterande fjärdedelen kom på uppmaning från, eller tillsammans med, polis.

Prehospital sjukvård

När SOS Alarm meddelats att det rör sig om våld i nära relation, larmar de utöver ambulans också polis. Polisen ska finnas på plats för att ta upp en eventuell anmälan av den skadade kvinnan och för att säkra skadeplatsen så att den prehospitala personalen inte utsätts för hot eller våld.

Det saknas rutiner för det prehospitala omhändertagandet av kvinnor som varit utsatta för våld i nära relation. Standardiserade överrapporteringsmodeller mellan ambulanspersonalen och sjukhuspersonalen skulle vara av värde. Ambulanspersonalen har ofta varit inne i patientens hem och kan ha sett tecken på att våld förekommit. De observerar även om det finns barn i familjen som kan behöva tas om hand. Sådan information kan vara avgörande för den fortsatta handläggningen. Vårdprogram för handläggning av patienter som utsatts för våld i en nära relation saknas för den prehospitala sjukvården. Det finns ett stort behov av forskning inom området.

Våldsutsatta kvinnor som söker vård utan uppenbara skador

De som blivit utsatta för våld i nära relation söker oftare hälso- och sjukvård än kvinnor som inte är utsatta. Att leva i en misshandelsrelation ger stressymtom och kan medföra depression, ångest och sömnstörningar. Det är vanligt att kvinnor som utsatts för våld men inte har uppenbara skador söker vård för symtom så som magsmärta, försämring i sin astma, bröstsmärta, värkproblematik och yrsel, eller söker upprepade gånger utan att ha blivit bättre på tidigare insatt behandling.¹³ Det är framför allt i mötet med dessa kvinnor som vårdpersonalen inte fattar misstankar om bakomliggande våldsutsatthet.

En kvinna som tidigare haft en välkontrollerad hypertoni eller astma kan plötsligt komma upprepade gånger till akutmottagningen på grund av försämring i sin grundsjukdom. Försämringen kan bero på att gärningsmannen hindrar kvinnan från att gå på kontroller för sin sjukdom, eller att ta sina mediciner. Stressen i sig kan utlösa och förvärra patientens sjukdom, till exempel vid kärkramp.¹⁴ Om en kvinna söker upprepade gånger med akuta symtom som talar för att en tidigare välreglerad kronisk sjukdom försämrats bör sjukvårdspersonalen vara uppmärksam. Om man inte finner någon rimlig förklaring till patientens besvär bör detta också leda tankarna till våldsutsatthet som möjlig bakomliggande förklaring.

Riskbedömning

Riskbedömningar inför hemgång görs vid tillstånd som depressioner, självmordsförsök och självskadebeteende som man möter inom akutsjukvården. När sjukvårdspersonal misstänker eller känner till att våld förekommit men patienten inte kommer att läggas in på sjukhuset bör man värdera risken för ytterligare misshandel om kvinnan återgår till sitt hem. I Sverige finns inga systematiska rutiner för detta inom hälso- och sjukvården. Det skulle kunna vara av värde att ställa frågor som reflekterar risken för upprepade misshandel om patienten går tillbaka hem. Till exempel vore det lämpligt att ta reda på om förövaren finns kvar i hemmet och i så fall erbjuda ett alternativt boende via till exempel en kvinnojour. Andra viktiga frågor skulle kunna vara "Känner du dig trygg i ditt hem?"; "Finns det minderåriga barn i hemmet?"; "Har du blivit skadad eller hotad senaste året?".

Om kvinnan läggs in på sjukhuset finns det större möjligheter att utreda förhållandena samt att etablera kontakt med de instanser som kan bistå henne. Polisen kan komma till sjukhuset för att ta upp en anmälan, sociala myndigheter kan hjälpa till om det finns barn i familjen, och man kan även ordna med skyddat boende eller kontakt med kvinnojour lättare om patienten stannar kvar på sjukhuset. Man bör därför vara frikostig med att lägga in patienter som har varit utsatta för våld av sin partner, oavsett hur omfattande eller små de fysiska skadorna är.

Kvinnor som utsatts för våld från sin partner löper den största risken att dödas eller skadas i samband med att hon försöker lämna relationen och nyligen efter en separation.¹⁵

Attityder hos sjukvårdspersonal om våld i nära relation

Som påpekats ovan, föreligger en diskrepans mellan andelen patienter som skrivs ut från akutmottagningen med orsakskoden kvinnomisshandel jämfört med den förväntade andelen enligt epidemiologiska studier. En studie på akutkliniken, kvinnokliniken och bland ambulanspersonal på Södersjukhuset i Stockholm visar att elva procent av de sjuksköterskor, ambulanspersonal, barnmorskor, läkare och undersköterskor som studerats inte tycker att det är vårdens uppgift att undersöka underliggande orsak till en patients skada. De övriga instämde helt eller till viss del i att det var vårdens uppgift att ta reda på underliggande orsak till skadan. Av dessa ansåg 28 procent att det kan vara patientens passiva och beroende personlighet som gör att de utsätts för våld från sin partner; 17 procent ansåg att "man bara är offer om man själv väljer att vara det", och 21 procent ansåg att det som regel "inte är en persons fel att två träter". Alltså är det uppenbart att vi måste påverka och förändra denna attityd hos sjukvårdspersonalen för att kunna hjälpa utsatta kvinnor.¹⁶

En studie på amerikanska akutmottagningar visade att de kvinnor som uppträdde oartigt, asocialt eller var påverkade av droger eller alkohol ofta gavs mindre tid och fick ett sämre omhändertagande. Dessa kvinnor skuldbelades oftare än kvinnor med högre social status eller ett trevligare sätt. De sociala faktorerna och uppträdandet spelade emellertid en betydligt mindre roll om akutmottagningen fortlöpande utbildade personalen och hade fasta rutiner för omhändertagande av våldsutsatta kvinnor.¹⁷

Sammanfattning

- Akutsjukvården är ofta den första och ibland enda kontakt dessa kvinnor har med sjukvården.
- I regel har de kvinnor som dör till följd av misshandel redan sökt akutsjukvård flera gånger.
- De flesta kvinnor som utsatts för våld söker inte med uppenbara kroppsskador utan med andra mera ospecifika symtom, såsom smärtproblematik eller försämring i en tidigare välskött grundsjukdom.
- Akutsjukvården behöver fasta rutiner för att fånga upp de våldsutsatta kvinnorna, för att vidare kunna hjälpa dem. Detta gäller också inom larmfunktionen (SOS Alarm) och den prehospitla sjukvården.
- En del av förklaringen till varför man inte fångar upp dessa kvinnor är sjukvårdspersonalens attityder som är till men för de våldsutsatta kvinnorna.
- Det råder en anmärkningsvärd diskrepans mellan förekomsten av våld i nära relationer enligt epidemiologiska studier och antalet fall som registreras som misshandel med diagnoskod på akutmottagningen.
- Rutinmässiga frågor till alla kvinnor som söker på en akutmottagning, oavsett orsak, om utsatthet för våld skulle öka upptäckten av våld i nära relation.

- ¹ Glass N, Hopkins J, Dearwater S & Campbell J (2001). Intimate Partner Violence Screening and Intervention: Data from Eleven Pennsylvania and California Community Hospital Emergency Departments. *Journal of Emergency Nursing*. 27:2, s. 141–149.
- ² Rying M (2001). *Dödlig våld mot kvinnor i nära relation*. BRÅ-rapport 2001:11. Stockholm: Brottsförebyggande rådet.
- ³ Sharps P W, Koziol-McLain J, Campbell J, McFarlane J, Sahcs C & Xu X (2001). Health Care Providers Missed Opportunities for Preventing Femicide. *Preventive Medicine*. 33 s. 373–380.
- ⁴ Glass N, Hopkins J, Dearwater S & Campbell J (2001). Intimate Partner Violence Screening and Intervention: Data from Eleven Pennsylvania and California Community Hospital Emergency Departments. *Journal of Emergency Nursing*. 27:2, s. 141–149.
- ⁵ WHO (2005). *Multi-country Study on Women's Health and Domestic Violence against Women. Initial results on prevalence, health outcomes and women's responses*. www.who.int hämtat 2010-12-20.
- ⁶ Lundgren E, Heimer G, Westerstrand J & Kalliokoski A-M (2001). *Slagen dam; Mäns våld mot kvinnor i jämställda Sverige – en omfångsundersökning*. Umeå: Brottsoffermyndigheten.
- ⁷ Brismar B, Bromark A-M, Corbo V, Holm S, Leander K, Lindberg S, Runeson B, Rydelius P-A, Seflin G & Öhlén G (2003). Fokusrapport – Akut omhändertagande av misshandlade kvinnor och deras barn. Stockholm: Stockholms läns landsting.
- ⁸ Wijma B, Schei B, Swahnberg K, Hilden M, Offerdal K, Pikarinen U, Sidenius K, Steingrimsdottir T, Stoum H & Halmesmäki E. (2003). Emotional, physical and sexual abuse in patients visiting gynecology clinics: A Nordic cross-sectional study. *Lancet*. June 21;361, s. 2107–13.
- ⁹ Anglin D & Sachs C (2003). Preventive care in the emergency department: screening for domestic violence in the emergency department. *Acad Emerg Med*. 10(10), s. 1118–27.
- ¹⁰ MacMillan H, Wathen N, Jamieson E, Boyle M, McNutt L-A, Worster A, Lent B & Webb M (2006). Approaches to Screening for Intimate Partner Violence in health Care Settings. *JAMA*. 296:5. s. 530.
- ¹¹ Stenson K, Saarinen H, Heimer G & Sidenvall B (2001). Women's attitudes to being asked about exposure to violence. *Midwifery*. 17 (1); s. 2–10.
- ¹² Erickson MJ, Hill TD & Siegal RM (2001). Barriers to domestic Violence Screening in the Pediatric Setting. *Pediatrics*. 108, s. 98–102.
- ¹³ Bonomi AE, Anderson ML, Reid RJ & Rivara FP (2009). Medical and Psychosocial Diagnoses in Women With a History of Intimate Partner Violence. *Arch Intern Med*. 169 (no18), s. 1692–1697.
- ¹⁴ Heimer G, Björck A & Högmark S (2006). Att möta kvinnor som utsatts för misshandel och våldtäkt – Ett utbildningsmaterial för hälso- och sjukvårdens personal.
- ¹⁵ Anglin D & Sachs C (2003). Preventive care in the emergency department: screening for domestic violence in the emergency department. *Acad Emerg Med*. 10(10), s. 1118–27.
- ¹⁶ [Lawoko, et al., 2010, submitted].
- ¹⁷ Skoger U, Edlund K & Leander K (2005). *Handlingsprogram; omhändertagande av våldsutsatta kvinnor*. Stockholm: Stockholms läns landsting, Centrum för folkhälsa.