



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

Att fråga om våldsutsatthet inom hälso- och sjukvården kräver utbildning

Annika Björck

Att fråga om våldsutsatthet inom hälso- och sjukvården kräver utbildning

Annika Björck

Hälso- och sjukvården har ett ansvar att upptäcka och identifiera våldsutsatta kvinnor och ge ett adekvat medicinskt och psykosocialt omhändertagande. Detta tydliggörs i hälso- och sjukvårdslagens definition av "en god vård".¹ Våld mot kvinnor förekommer i alla samhällsklasser och kan ta sig många olika uttryck vilket innebär att kvinnorna kan söka hjälp överallt i vården. Vårdkonsumtionen är ofta omfattande och kontakten med hälso- och sjukvården kan vara den enda myndighetskontakt kvinnan har. Hälso- och sjukvårdens personal utgör därför en nyckelgrupp när det gäller att upptäcka och identifiera våldet.

Att kommunicera om våldsutsatthet

Att vara våldsutsatt kan innebära ett hinder i kommunikationen mellan patient och vårdgivare. För många våldsutsatta kvinnor är det svårt att berätta om våldet varför kommunikationsansvaret vilar på sjukvårdspersonalen. Varsamt och noggrant frågande är nödvändigt för att tidigt kunna identifiera våldet och förhindra ytterligare lidande.² En förutsättning är förstås att personalen har grundläggande kunskap om våldet och dess konsekvenser. Kunskap är också nödvändig för att bedriva förebyggande arbete, tillskapa resurser och förändra attityder i samhället.

Brist på kunskap – ett problem

Bristen på kunskap har i flera utredningar och skrivelser påtalats som ett av de stora problemen i arbetet med att synliggöra och motverka våldet mot kvinnor. Kvinnovåldskommissionen (1993) visade att mäns våld mot kvinnor som område behandlades ytterst lite i yrkesutbildningar.³ I den efterföljande *Kvinnofrids-*

propositionen (1998) betonades det att personer som arbetar med frågorna måste ha tillräcklig utbildning och kompetens för att upptäcka våldet i tid och ge ett bra bemötande. I propositionen föreslogs en satsning på att öka kunskaperna hos de yrkesgrupper som handlägger ärenden eller på annat sätt kommer i kontakt med våldsutsatta kvinnor. Det framhölls även att yrkesutbildningarnas examensordning borde förtydligas i syfte att säkerställa att jämställdhetsfrågor och frågor om våld mot kvinnor blev belysta i relevanta yrkesutbildningar.⁴

Andra utredningar såsom *Slag i luften* (2004), statens offentliga utredning av kvinnofridspropositionen, visade på att det fortfarande fanns brister hos tjänstemän på myndigheterna när det gäller kunskap om våldet och det menade utredarna kunde härledas till obefintliga eller svaga insatser inom området på grundutbildningar.⁵ Kvinnofridspropositionen följdes även upp av Högskoleverket (HSV) som i rapporten *Genusperspektiv och mäns våld mot kvinnor* (2004) utvärderade hur mäns våld mot kvinnor beaktades i elva utbildningar.⁶ I rapporten framhölls faktorer för en framgångsrik undervisning. Som exempel menade utredarna att undervisningen borde bestå av obligatoriska kurser som vilar på en formell grund och att den inte borde vara beroende av enskilda lärares engagemang i frågan. Genom att skriva in mäns våld mot kvinnor i kursplanen menade HSV att undervisningen skulle få en långsiktig och stabil grund att stå på. Lärarnas kompetens och utbildning lyftes också fram som en viktig faktor samt att studenterna borde få en möjlighet att samverka med andra aktörer som dagligen arbetar med mäns våld mot kvinnor. Högskoleverkets rekommendationer var bland annat att regeringen borde överväga att införa kunskap om mäns våld mot kvinnor som ett krav i examensordningar samt utbildning av lärare vid universitet och högskolor i dessa frågor.

Vikten av utbildning har även aktualiserats genom regeringens *Handlingsplan för att bekämpa mäns våld mot kvinnor, hedersrelaterat våld och förtryck samt våld i samkönade relationer* (2007). I handlingsplanen är ett av de prioriterade insatsområdena ökad kunskap om våldet och dess bakomliggande mekanismer. Handlingsplanen betonar även vikten av utbildning för att öka kompetensen hos dem som i yrket kan komma att möta våldsutsatta kvinnor och förövare.⁷ I de grundutbildningar vid universitet och högskolor som leder till yrken inom hälso- och sjukvården beaktas i dag kunskapsområdet mäns våld mot kvinnor i skiftande grad. Det finns stora variationer både mellan de olika programmen och mellan lärosätena.⁸ Många studenter som examineras till yrken inom hälso- och sjukvården där man med stor sannolikhet kommer att möta mäns våld mot kvinnor har liten eller ingen kunskap och är därmed dåligt förberedda. Detta innebär att arbetsgivaren har ett stort ansvar för fortbildning av berörd personal.

Attityder och värderingar

Mäns våld mot kvinnor är i hög grad förknippat med emotioner. Attityder och värderingar och rena fördomar om våldet kan ha sin grund i brist på kunskap.

Många bär på föreställningar om såväl förekomsten av våld som vem som utsätts och vad våldet får för konsekvenser. En attityd definieras inom socialpsykologin som en mental beredskap att reagera mer eller mindre medvetet i positiv eller negativ riktning på en företeelse eller en grupp av företeelser, utifrån de värderingar om fenomenet och om gruppen som vi har i botten. Attityder är avgränsade och specifika i förhållande till ett fenomen eller en grupp människor och är tämligen stabila över tid.

Det finns tre komponenter i en attityd:

1. Den kognitiva är de kunskaper vi har i en viss fråga och består av begrepp och föreställningar och bygger på kunskaper och erfarenheter eller – i brist på detta – på myter och uppfattningar som inte är underbyggda. Till förståelsen av ett fenomen knyts andra likartade begrepp som bildar en förståelseram till företeelsen.
2. Den affektiva eller känslomässiga komponenten innehåller våra känslor kring begreppet eller gruppen berörda människor. Känslorna, eller emotionerna, berör både de direkt inblandade och dem som bara är åskådare. Dessa olika emotionella reaktioner har betydelse för vilka handlingsalternativ vi förespråkar för oss själva och för samhället.
3. Handlingskomponenten som bygger på den kognitiva och affektiva komponenten syftar på det faktiska agerandet eller vilket beteende vi lutar åt i förhållande till företeelsen i fråga.

Enligt teorin om kognitiv dissonans strävar man alltid efter att få kunskapsdelen i en attityd att vara i harmoni med sig själv. En kognitiv dissonans uppstår alltså när vissa intellektuella element i vår förståelse står i logisk opposition till andra.

Att enbart öka informationsflödet och kunskapen leder inte automatiskt till en positiv förändring av attityder. När vi blir medvetna om detta upplever vi en konflikt, dissonans, inom oss som leder till en strävan att återfå den inre balansen. Samtidigt som dissonansen ökar så tilltar också trycket att minska den och då prövar vi olika åtgärder för att återfå harmoni inombords. Genom att undvika eller omtolka information kan vi uppnå en slags balans inom oss själva. Är det känslomässiga engagemanget mindre går det antagligen lättare att förändra någons attityd. En insikt om egna attityder är alltså nödvändig för att kunna använda kunskaper om mäns våld mot kvinnor.⁹

Utbildning om mäns våld mot kvinnor

Vad måste man ha för kunskap för att fråga och vilka behöver kunskap?

Behöver vissa personalkategorier eller vissa områden inom hälso- och sjukvården speciell kunskap/spetskompetens för att fråga om våld? Egentligen inte. Vårds-

utsatta kvinnor och deras barn kan söka hjälp överallt även om besöken är vanligare vid vissa enheter som till exempel akutsjukvården, psykiatri, primärvården och kvinno- och barnsjukvården.

Detta innebär att all sjukvårdspersonal som möter patienter behöver ha en grundkunskap för att kunna ställa frågor om och identifiera våldet. I grundkunskapen ingår att känna till våldets omfattning och hälsokonsekvenser. Därtill behövs särskild kunskap om våld i nära relationer – den process som leder till att våldet normaliseras och försvårar uppbrottet. Ökad självinsikt hos vårdpersonalen måste också till för att kunna bearbeta attityder och förändra beteendet. Då kan personalen också hjälpa kvinnorna – både att våga prata om det våld de varit utsatta för och att våga lita på att hälso- och sjukvården kan hjälpa dem mot en förändring som kan leda till ett liv utan våld.

Den yrkesspecifika kunskap som dessutom behövs innefattar rutiner och metoder kopplade till de egna arbetsuppgifterna. Varje enhet inom vården måste utifrån sina områden utforma egna rutiner när det gäller att gå vidare i vård och behandling. För akutsjukvården kan det till exempel vara att säkerställa hur skadedokumentation går till. Kunskapsområdet innefattar även samverkan mellan myndigheter och organisationer. Ofta blir flera aktörer involverade i hjälpkedjan och det ställer särskilda krav på samarbete som måste fungera på ett sådant sätt att brottsoffret inte hamnar mellan stolarna. Att bara ha kunskap inom det egna yrkesområdet blir då otillräckligt. Man måste också känna till andra myndigheters (polis, socialtjänst) möjligheter och begränsningar för att kunna ge ett optimalt omhändertagande.¹⁰

Vad ger utbildning för effekter?

Effekter av utbildningsinsatser

Studier om utvärderingar av utbildningsinsatser inom grundutbildningar och fortbildning inom hälso- och sjukvårdssektorn har visat att viljan ställa frågor om våld generellt sett ökar och att tendensen att skuldbelägga offret minskar. Då ökar också troligen empatin i mötet med den våldsutsatta kvinnan. En annan effekt är att en stor del av de myter kring våld mot kvinnor som florerar tenderar att minska. Medvetenheten om våldets förekomst i alla socioekonomiska grupper ökar också möjligheten att upptäcka fler våldsutsatta kvinnor som söker hjälp utan att direkt ange våldet som orsak. Studier kring attitydförändringar visar en större tendens bland studenter att förändra sina attityder jämfört med andra individer, vilket gör det än mer viktigt att redan under grundutbildningar introducera undervisning gällande våldsproblematiken. Det finns få studier som testat långsiktig inlärningseffekt. De som genomförts visar att en viss långtidseffekt uppnås men att en del av kunskapen också faller bort med tiden och återgår till

nivån före undervisningen. Vilken kunskap som blir långsiktigt bestående beror på hur man utformar utbildningen, vad man lägger tyngdpunkten på och vilka diskussioner som berörs under utbildningen.¹¹

Andra studier kring visar också att utbildning i kunskapsområdet leder till ökad förmåga att identifiera våldsutsatta kvinnor. NCK genomförde i ett projekt med Primärvården inom Landstinget i Uppsala län en enkät avseende personalens erfarenheter av våldsutsatta kvinnor som patienter. Studien visade att många kvinnor sökte hjälp inom primärvården och att vårdgivarna kände att de hade bristfälliga kunskaper. En bred utbildningssatsning med fokus på bemötande och kunskap om brottsoffers reaktioner på våld i nära relationer genomfördes och erbjöds samtliga yrkeskategorier. En ny enkätstudie genomfördes därefter som visade en 30-procentig ökning av antalet handlagda fall kring våldsutsatta kvinnor. För kvinnliga läkare och mottagningssköterskor var ökningen 60 respektive 70 procent. Den självskattade kompetensen ökade generellt och särskilt bland personal som själva handlagt våldsärenden.¹²

En svensk studie om våldserfarenheter bland kvinnlig sjukvårdspersonal vid ett universitetssjukhus visade att utbildning var den enda faktor som hade betydelse i mötet med våldsutsatta kvinnor och att det var viktigare än den egna våldserfarenheten. Kunskap var också avgörande för att man skulle ställa frågor om våld.¹³

Sjuksköterskeprogrammet vid Uppsala universitet är det första och enda i landet som på ett strukturerat sätt infört undervisning om våld mot kvinnor. Från och med höstterminen 2006 ingår kompetensområdet mäns våld mot kvinnor som en "strimma" i programmet. Undervisningen knyter an till olika kurser såsom vårdvetenskap, etik, folkhälsovetenskap och gynekologi och obstetrik under terminerna 1, 2, 4 och 6 och består av föreläsningar och diskussionsuppgifter. Studenterna examineras inom ordinarie kurstentamen. De två första avgångsklasserna har utvärderats genom enkäter och fokusgrupper. Resultatet visar att studenterna anser att våld mot kvinnor är ett viktigt kunskapsområde som ska vara ett självklart inslag i sjuksköterskeprogrammet. Kunskaper från första undervisningstillfället fanns kvar efter tre år – särskilt den kunskap som berör våld i nära relationer. Studenterna anser vidare att det är viktigt att aktivt fråga kvinnliga patienter om våldserfarenheter och inser att kunskap liksom rutiner är viktigt för att man ska våga fråga. Återkommande undervisning som en strimma genom programmet upplevs positivt och bidrar till att flera av studenterna känner sig förberedda att ställa frågor om våld.

Sammanfattning

Våldsutsatta kvinnor kan söka överallt i hälso- och sjukvården och har rätt att kräva ett professionellt omhändertagande såväl medicinskt som psykosocialt. Att vara utsatt för våld innebär ofta att man känner både skam och skuld för det man

varit utsatt för och även rädsla för vad som ska hända om våldet avslöjas. Självkänslan liksom tilliten till andra människor och myndigheter är också ofta svårt skadad. Hälso- och sjukvårdspersonal måste ta kommunikationsansvaret och ställa direkta frågor om våld.

En förutsättning är att man har en grundkunskap om våldets förekomst och konsekvenser, andra myndigheters ansvar och inte minst om egna värderingar och attityder till våld mot kvinnor. Utvärderingar av utbildningsinsatser visar att kunskap om våldets effekter ökar viljan och förmågan att ställa frågor om och identifiera våld.

I dagsläget ingår inte kunskapsområdet som en obligatorisk del i grundutbildningar som leder till yrken inom hälso- och sjukvården där man kommer att ställas inför problematiken. Arbetsgivaren måste därför ansvara för att personalen får grundläggande utbildning. Därtill behövs specialkunskap och rutiner som är kopplade till arbetsuppgifter vid varje specialitet. Då ökar inte bara möjligheterna att synliggöra våldet och ge enskilda våldsutsatta kvinnor hjälp och stöd utan också att bidra till en förbättrad kvinnohälsa generellt och på lång sikt medverka till att våldet mot kvinnor upphör.

¹ Hälso- och sjukvårdslagen (HSL) SFS-nr 1982:763.

² Heimer G & Sandberg D (2008). *Våldsutsatta kvinnor samhällets ansvar*. Kapitel 5. Lund: Studentlitteratur.

³ SOU 1995:60 *Kvinnofrid*.

⁴ Prop. 1997/98:55 *Kvinnofrid*.

⁵ SOU 2004:121 *Slag i luften. En utredning om myndigheter, mansvåld och makt*.

⁶ Högskoleverket (2004.) *Genusperspektiv och mäns våld mot kvinnor. Ett regeringsuppdrag*. Stockholm: Högskoleverket.

⁷ Regeringens skrivelse 2007/08:39 *Handlingsplan för att bekämpa mäns våld mot kvinnor, hedersrelaterat våld och förtryck samt våld i samkönade relationer*.

⁸ Nationellt centrum för kvinnofrid. (2010). *Nationell kartläggning av hur mäns våld mot kvinnor, hedersrelaterat våld och förtryck samt våld i samkönade relationer beaktas i grundutbildningar vid universitet och högskolor*. NCK-rapport 2010:3. Uppsala: Nationellt centrum för kvinnofrid, Uppsala universitet.

⁹ Rikskvinnocentrum. (2004). *Rikskvinnocentrums utbildningsverksamhet 1994–2004*. Uppsala: Rikskvinnocentrum.

¹⁰ Heimer G & Sandberg D (2008). *Våldsutsatta kvinnor samhällets ansvar*. Lund: Studentlitteratur

¹¹ Rikskvinnocentrum. (2004). *Rikskvinnocentrums utbildningsverksamhet 1994–2004*. Uppsala: Rikskvinnocentrum.

¹² Tønnesen E, Lundh C & Heimer G (2002) *Primärvårdens erfarenheter av våldsutsatta kvinnor 1998–2000*. Uppsala: Rikskvinnocentrum.

¹³ Stenson K & Heimer G (2008). Prevalence of experiences of partner violence among female health staff. Relevance to awareness and action when meeting abused women patients. *Women's Health Issues*. 18 (2008) s. 141–149.