

Partnervåld mot kvinnor är ett samhälls- och folkhälsoproblem med allvarliga konsekvenser [1–5]. Det har föreslagits att det kan vara motiverat att rutinmässigt inkludera frågor om våld till kvinnor vid besök inom hälso- och sjukvården, utan att kvinnan uppvisar några symtom på att vara utsatt för våld (screening, fråga på rutin). Syftet med det är att kunna identifiera våldsutsatta kvinnor och erbjuda hjälp- och stödinsatser samt minska våldsförekomst.

Kommenterad rapport

O'Doherty L, Hegarty K, Ramsay J, Davidson LL, Feder G, Taft A. Screening women for intimate partner violence in healthcare settings (Review). *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2015, Issue 7. Art. No.: CD007007. DOI:10.1002/14651858.CD007007.pub3.

Publicerad: 2016-02-16 • Senaste sökning: 2015-02-17

Sammanfattning

Enligt Cochraneöversikten leder ett screeningförfarande inom hälso- och sjukvården till att identifiera fler kvinnor som utsatts för partnervåld. Däremot är det oklart om screeningförfarandet leder till fler hänvisningar till hjälp- och stödinsatser, till bättre hälsa för kvinnorna eller till minskat våld. Inom mödrahälsovården tenderar screening att öka andelen identifierade våldsutsatta kvinnor mer än inom andra verksamheter, men mer forskning behövs för att säkerställa detta resultat.

Det är oklart om screeningförfarandet medför några negativa effekter för kvinnorna. Det är också oklart i vilken utsträckning det leder till falskt positiva eller falskt negativa utfall.

I översikten framhålls att det behövs fler effektstudier om våldsutsatta kvinnors hälsa i ett längre tidsperspektiv. Likaså behövs studier som jämför en generell insats såsom screening med individbaserade insatser, som stöd från kvinnojour eller psykoterapeutisk behandling.

SBU:s kommentarer

- ▶ Det är osäkert om screening för partnervåld mot kvinnor leder till att fler våldsutsatta kvinnor remitteras (hänvisas) till exempelvis stödinsatser eller annan behandling. Fortsatt forskning behövs för att ta reda på om screening ökar möjligheten för våldsutsatta kvinnor att få adekvat stöd.
- ▶ Samtliga granskade studier undersöker hälso- och sjukvård i höginkomstländer och i sammanhang där det både finns utvecklad lagstiftning och politik i övrigt för att bekämpa våld mot kvinnor. Överförbarheten av resultaten till ett svenskt sammanhang borde därför vara god.
- ▶ Screening för partnervåld mot kvinnor uppfyller inte Socialstyrelsens modell och generella bedömningskriterier för screening [6] vilka i sin tur bygger på Världshälsoorganisationens principer för screening [7]. Screeningmetoden ska bland annat ha god förmåga att upptäcka problem när sådana finns och tillförlitligt kunna utesluta förekomst av problem hos kvinnor som inte har det. Vidare förutsätter screening att det finns en effektiv åtgärd att erbjuda dem som identifieras och att åtgärden är kostnadseffektiv. Undersökningen ska vara acceptabel för målgruppen, vilket inte alltid är fallet. En del kvinnor som besöker mödrahälsovården upplever obehag av att screenas och barnmorskor kan uppleva en ökad tidspress [8]. Kvinnorna i de studier som ingick i översikten var dock positiva till att inom ramen för hälso- och sjukvården bli tillfrågade om våldsutsatthet.
- ▶ Det är viktigt att långsiktigt undersöka följderna kring medvetenheten av screening för partnervåld mot kvinnor och om det leder till mer våld eller om kvinnorna inte söker vård för att slippa svara på frågan.

Sammanfattning av originalrapporten

Om studierna i originalrapporten

Den systematiska översikten inkluderade 13 studier, 11 randomiserade kontrollerade studier (RCT) och 2 kvasirandomiserade studier, som undersökte effekten av screening av kvinnor inom hälso- och sjukvården för våld i nära relationer (Faktaruta 1).

Av de ursprungliga 13 studierna exkluderades 5 från analysen då de inte rapporterade data på ett tillförlitligt sätt. Av de kvarvarande åtta studierna, var tre studier utförda i Kanada, fyra studier USA och en studie Portugal.

Bedömningen om kvinnor utsatts för våld i nära relationer gjordes av vårdpersonal i hälso- och sjukvården genom samtal.

Artiklarnas individuella bedömningar av risk för systematiska fel vägdes in i bedömningen av det vetenskapliga underlaget. Enligt författarna var det brister i blindningen som utgjorde störst problem för tillförlitligheten.

Resultat

Författarna till rapporten vägde samman resultaten enligt graderingssystemet GRADE och kom fram till följande (observera att det är författarnas bedömning):

Med *moderate quality evidence* drogs slutsatsen att screening inom hälso- och sjukvården identifierar fler kvinnor som utsatts för våld i nära relationer jämfört med om screening inte genomförs, oddskvot (OR) 2,95 (95 % konfidensintervall (KI), 1,79 till 4,87); 8 studier (n=10 074), screening 259 av 5 006 (5,2 %) jämfört med kontroll 86 av 5 068 (1,7 %).

Med subgruppsanalys drog författarna slutsatsen med *moderate quality evidence* att screening inom följande delar av sjukvården identifierar fler kvinnor som utsatts för våld i nära relationer:

- Mödravård (Antenatal clinics) OR 4,53 (95 % KI, 1,82 till 11,27); 2 studier (n=663), screening 24 av 317 (7,6 %) jämfört med kontroll 6 av 346 (1,7 %).
- Mödravård (Maternal health services) OR 2,36 (95 % KI, 1,14 till 4,87); 1 studie (n=829), screening 51 av 594 (8,6 %) jämfört med kontroll 9 av 235 (3,8 %).
- Akutsjukvård 2,72 (95 % KI, 1,03 till 7,19); 3 studier (n=2 608), screening 71 av 1 218 (5,8 %) jämfört med kontroll 36 av 1 390 (2,6 %).

Dock visade inte den enda, mycket begränsade studien inom primärvården att fler kvinnor, som utsatts för våld, identifieras med screening 1,53 (95 % KI, 0,79 till 2,94); 1 studie (n=293), screening 25 av 144 (17,4 %) jämfört med kontroll 18 av 149 (12,1 %).

Med *low quality evidence* drogs slutsatsen att screening leder till fler remisser till stödinsatser för våldsutsatta, direkt efter identifiering, jämfört med praktik utan screening (utan statistiskt säkerställd signifikans). OR 2,24 (95 % KI, 0,64 till 7,86); 2 studier (n=1 298), screening 7 av 555 (1,3 %) jämfört med kontroll 4 av 743 (0,5 %).

Med *moderate quality evidence* drogs slutsatsen att upptäckt av våld vid screening genom fysiska möten inte skiljer sig åt jämfört med screening som är dator- eller skrivbaserad. OR 1,12 (95 % KI, 0,53 till 2,36); 13 studier (n=2 765), screening 139 av 806 (17,2 %) jämfört med kontroll 247 av 1 959 (12,6 %).

Inga studier utvärderade ekonomi.

Originalrapportens slutsatser

- På grund av brister i underlaget, vilket i de flesta fall berodde på studier med små undersökningsgrupper, bedömdes forskningsstödet för att screening ledde till att ett ökat antal kvinnor identifierades, som *moderate quality evidence*.
- Mot bakgrund av det uppskattade antalet kvinnor med våldserfarenhet, bedömdes dock ökningen av identifierade kvinnor vara begränsad.
- Kvinnorna var positiva till att inom ramen för hälso- och sjukvården bli tillfrågade om våldsutsatthet, oavsett vilken specifik frågeteknik som användes.
- Forskarna lyckades endast identifiera två studier (en från primärvård och en från akutmottagningar) som undersökte screening i förhållande till remittering till stödinsatser. Studiernas resultat bedömdes som osäkra bland annat för att den ena studien endast undersökte remisser till socialt arbete och inte andra typer av remisser.
- Det är oklart om screening inom hälso- och sjukvården leder till minskad våldsförekomst.
- Bristande definitioner av å ena sidan hälso- och sjukvårdspersonalens beteenden som en del av konsultationen och å andra sidan våldsutsatta kvinnors nyttjande av hälso- och sjukvården var

ett stort hinder i forskargruppens försök att skapa en syntes av befintliga forskningsresultat.

- Screeningförfarandet medförde inte några negativa effekter för kvinnorna (inga rapporterade när detta mättes). Det går dock inte att utesluta att screening kan ha negativa effekter för kvinnor som befinner sig i andra sociala situationer än kvinnor i höginkomstländer. En riskbedömning måste därför vägas in i studier som genomförs globalt.
- I de flesta studier som ingår i rapporten uttrycktes ingen medvetenhet om att screening är en komplex intervention i en komplex kontext. Bland de inkluderade studierna fanns också en stor variation i beskrivningar av den organisatoriska kontexten för screeningförfarande och av hur utbildningen och handledningen av personal sett ut.

Även om forskningsstödet för screening visade sig vara svagt, uttalade forskarna en svag optimism avseende möjligheterna för att ett screeningförfarande skulle kunna ha positiva effekter om det tydligt koppades samman med hjälp- och stödinsatser, rådgivning och behandling.

Behov av framtida forskning enligt originalrapporten

För att det ska vara möjligt att dra säkra slutsatser om screeningens effektivitet och hur dess effektivitet kan variera mellan olika verksamheter, krävs ytterligare studier.

En studie analyserade frågan om hur falska positiva och falska negativa utfall av screeningen ska hanteras och hur bra screeningen är.

Andra insatser än remittering till stödinsatser och behandling kan vara lämpliga efter att våldsutsatta kvinnor identifierats genom screening. Dessa åtgärders ändamålsenlighet behöver utvärderas. Det kan till exempel vara viktigt att studera säkerhetsplanering och uppföljning, inklusive mätningar av säkerhetsbeteende och grad av närvaro vid uppföljningsmöten.

Fortsatta studier behöver skilja mellan hälso- och sjukvårdspersonalens beteenden som är en del av konsultationen (såsom remittering, säkerhetsplanering, känslomässigt stöd, boka in uppföljningsmöten etc.) och hur kvinnor tar emot hänvisningar till andra, liksom deras nyttjande av hälso- och sjukvården mer allmänt. Bristande definitioner av sådana olika processer och resultat var ett stort problem i forskargruppens försök att skapa en syntes av befintliga forskningsresultat.

Det behövs fler studier för att det ska gå att dra säkra slutsatser om i vilken grad screening bidrar till att minska våld och begränsa våldets skadeverkningar. För att det ska vara möjligt att förstå screeningens betydelse för att minska våld behöver screening också undersökas i förhållande till andra insatser, till exempel rådgivning för våldsutsatta, socialt stöd och hälso- och sjukvårdspersonalens insatser.

SBU:s granskning av originalrapporten

Vid SBU:s genomgång av originalrapporterna användes en granskningsmall för systematiska översikter som kallas AMSTAR [9]. Granskningen visade att litteratursökning, studieurval och dataextraktion uppfyller i AMSTAR definierade kvalitetskrav för systematiska litteraturoversikter.

Lästips

- Hedtjärn G, Hultmann O, Broberg AG. Att fråga mammor till barn som är aktuella på BUP om de varit utsatta för våld av sin partner. *Läkartidningen* 2009;106:3242-7.
- Hultmann O, Möller J, Ormhaug SM, Broberg AG. Asking routinely about intimate partner violence in a child and adolescent psychiatric clinic: A qualitative study. *J Fam Violence* 2017;27: 67-78.

Faktaruta 1 Kvasirandomiserad studie.

En kvasirandomiserad studie innebär att studiedeltagarna inte fördelas till experimentgrupperna med en slumpmässig (random) randomiseringsmetod, utan till exempel utifrån dagar då de sökt vård eller efter visst födelsedatum.

Faktaruta 2 Våld i parrelationer.

I Sverige dödas varje år 13 kvinnor och 3 män av en nuvarande eller tidigare partner. Mångfald flera utsätts för icke-dödligt våld [3]. Fyra omfattande svenska nationella inventeringar tyder på att mellan 0,5 till 2,9 procent kvinnor och mellan 0,5 till 2,0 procent män årligen utsätts för fysiskt våld av en partner eller tidigare partner [1–5]. Eftersom svarsfrekvensen bara är drygt 50 procent är resultatet osäkert. Om psykiskt våld (kränkning, förtryck, förnedring, mobbing etc.) tas med ökar andelen till 7,0 procent för kvinnor och 6,7 procent för män.

Faktabruta 3 Hälso- och sjukvårdens ansvar.

Till skillnad från socialtjänstområdet finns det ingen särskild reglering i lagstiftningen för hälso- och sjukvård när det gäller arbetet med brottsoffer eller våldsutsatta kvinnor. I den senaste nationella tillsynen från Inspektionen för vård och omsorg (IVO) om våldsutsatta kvinnor och barn som bevittnat våld ingick alla landsting [10]. Tillsynen visade att landstingen hade tagit fram olika riktlinjer, rutiner och planer inom området. Dessa var dock i olika omfattning kända eller användes i olika grad i de verksamheter som granskades. Mål, statistik och kartläggning inom området saknades ofta. IVO lyfte fram att det systematiska kvalitetsarbetet behövde utvecklas och att vårdgivaren i liten omfattning verkade följa upp verksamheternas arbete inom området våldsutsatta kvinnor och barn.

- Juth N, Munthe C. [Etiska aspekter på rutinfrågor om våldsutsatthet i hälso- och sjukvården samt socialtjänsten](#). Institutionen för filosofi, lingvistik och vetenskapsteori & Centrum för personcentrerad vård vid Göteborgs universitet; 2012.
- Juth N, Munthe C. The ethics of screening in health care and medicine. Dordrecht: Springer; 2012.
- Nationellt centrum för kvinnofrid/NCK, Att fråga om våldsutsatthet som en del av anamnesen, Uppsala: Nationellt centrum för kvinnofrid/NCK. NCK-rapport 2010:4.
- Socialstyrelsen. Att vilja se, vilja veta och att våga fråga. Vägledning för att öka förutsättningarna att upptäcka våldsutsatthet. Stockholm: Socialstyrelsen; 2014.

Referenser

1. Andersson T, Heimer G, Lucas S. Violence and health in Sweden. A national prevalence study on exposure to violence among women and men and its association to health: National Centre for Knowledge on Men's Violence Against Women (NCK), Uppsala University; 2014.
2. BRÅ. Brotts i nära relationer. En nationell kartläggning; 2014.
3. BRÅ. Det dödliga våldet i Sverige 1990–2014. En beskrivning av utvecklingen med särskilt fokus på skjutvapenvåldet; 2015.

4. FRA. Violence against women: an EU-wide survey. Main results. European Union Agency for Fundamental Rights. Publication Office of the European Union, Luxembourg; 2014.
5. WHO. Global and regional estimates of violence against women: prevalence and health effects of intimate partner violence and nonpartner sexual violence; 2013.
6. Socialstyrelsen. [Nationella screeningprogram; Modell för bedömning, införande och uppföljning \(2016-11-11\)](#). Socialstyrelsen; 2014.
7. Wilson JM, Jungner YG. Principles and practice of mass screening for disease. Bol Oficina Sanit Panam 1968;65:281-393.
8. Rådestad I, Rubertsson C, Hildingsson I. [Screening inom mödrahälsovården för partnervåld. Nytt måste balanseras mot skada](#). Läkartidningen 2008;105:807-8.
9. Shea BJ, Grimshaw JM, Wells GA, Boers M, Andersson N, Hamel C, et al. Development of AMSTAR: a measurement tool to assess the methodological quality of systematic reviews. BMC Med Res Methodol 2007;7:10.
10. IVO. Våldsutsatta kvinnor och barn som bevittnat våld. Slutrapport från en nationell tillsyn 2012–2013. Stockholm: Inspektionen för vård och omsorg/IVO; 2014.

Projektgrupp

Sakkunnig

Maria Eriksson, Professor i socialt arbete, forskningsledare, co-editor Nordic Social Work Research, Mälardalens högskola, Akademin för hälsa, vård och välfärd

SBU

Göran Bertilsson, projektledare
Knut Sundell, sakkunnig i socialt arbete
Jenny Stenman, projektadministratör

Granskare

Margareta Hydén, Professor, Linköpings universitet
Lars Sandman, professor i hälso- och sjukvårdsetik, Prioriteringscentrum, Linköpings universitet

Bindningar och jäv

Sakkunniga och granskare har i enlighet med SBU:s krav inlämnat deklARATION rörande bindningar och jäv. Dessa dokument finns tillgängliga på SBU:s kansli. SBU har bedömt att de förhållanden som redovisas där är förenliga med kraven på saklighet och opartiskhet.

SBU utvärderar sjukvårdens och socialtjänstens metoder

SBU, Statens beredning för medicinsk och social utvärdering, är en statlig myndighet som utvärderar hälso- och sjukvårdens och socialtjänstens metoder. SBU analyserar metodernas nytta, risker och kostnader och jämför vetenskapliga fakta med praxis inom svensk vård och socialtjänst. Målet är att ge ett bättre beslutsunderlag för alla som avgör hur vården och omsorgen ska utformas.

SBU Kommenterar och sammanfattar utländska kunskapsöversikter inom medicin och socialtjänst. SBU granskar översikten men inte de enskilda studierna. Forskning som förändrar kunskapsläget kan ha tillkommit.

SBU Kommenterar nr 2016_08

SBU:s rapporter finns i pdf på www.sbu.se. Kontakta 08-779 96 85 eller sbu@strd.se för beställning.

Ansvarig utgivare: Susanna Axelsson, GD SBU
Programsamordnare: Mikael Nilsson, SBU
Grafisk produktion: Åsa Isaksson, SBU

SBU – Statens beredning för medicinsk och social utvärdering
Telefon: 08-412 32 00
E-post: registrator@sbu.se
Webbplats: www.sbu.se

Innehållsdeklaration

- Relevansgranskning
- ✓ Kvalitetsgranskning
- Sammanvägning av resultat
- Evidensgradering gjord av SBU
- Evidensgradering gjord externt
- ✓ Baseras på en systematisk litteraturoversikt
- Konsensusprocess

- ✓ Tas fram i samarbete med sakkunniga
- Patienter/brukare medverkar
- Etiska aspekter
- Ekonomiska aspekter
- ✓ Godkänd av SBU:s prioriterings- och kvalitetsgrupp
- Godkänd av SBU:s nämnd