

Philosophical Communications, Web Series 58

ISSN 1652-0459

*Etiska aspekter på rutinfrågor om våldsutsatthet
i hälso- och sjukvården samt socialtjänsten*



UNIVERSITY OF GOTHENBURG
PHILOSOPHY, LINGUISTICS & THEORY OF SCIENCE

*Etiska aspekter på rutinfrågor om våldsutsatthet i hälso- och
sjukvården samt socialtjänsten*

Rapport beställd av Socialstyrelsen, 2012

Niklas Juth

*Universitetslektor i medicinsk etik,
Centrum för hälso- och sjukvårdsetik
Karolinska institutet*

Christian Munthe

*Professor i praktisk filosofi,
Institutionen för filosofi, lingvistik och vetenskapsteori
Göteborgs universitet*

Philosophical Communications, Web Series 58 (2012)
ISSN 1652-0459



UNIVERSITY OF GOTHENBURG
PHILOSOPHY, LINGUISTICS & THEORY OF SCIENCE

Förord

Föreliggande rapport är utarbetad på uppdrag av Enheten för vägledning 3 vid Socialstyrelsen och föredrogs för personal vid Socialstyrelsen i Stockholm vid ett internt seminarium den 9 november, 2012. Syftet med rapporten är att tillstålla ett grundläggande underlag vad gäller begreppsliga och etiska frågeställningar för Socialstyrelsens arbete med implementeringen av förslag att inom hälso- och sjukvården respektive socialtjänsten ställa, eller ha en beredskap att ställa, rutinmässiga frågor om våldsutsatt.

Författarna ansvarar själva för innehållet i rapporten.

1. Inledning

Författarna har av Socialstyrelsen fått i uppdrag att undersöka två frågor:

- 1) ”om det är att betrakta som screening att rutinmässigt ställa frågor om våldsutsatthet till alla i hälso- och sjukvården samt socialtjänsten” samt
- 2) ”om det är etiskt försvarbart att rutinmässigt ställa frågor om våldsutsatthet i hälso- och sjukvården samt socialtjänsten, särskilt med fokus på konsekvensetiska aspekter”.

I det följande behandlas dessa frågor i den ordning de här har presenterats. Analysen baseras på material om förslag till att inom hälso- och sjukvård och/eller socialtjänst rutinmässigt ställa frågor om våldsutsatthet, vetenskaplig empirisk litteratur om erfarenheter av detta samt relevanta teoretiska arbeten gällande screening-begreppet och etiska aspekter av screeningprogram.

2. Rutinfrågor om våldsutsatthet – screening?

Huruvida en verksamhet är att betrakta som screening eller inte är till en begreppslogisk eller terminologisk fråga, dvs. frågan får olika svar beroende på hur ordet faktiskt används eller, då ingen enhetlig användning finns, hur det tilldelas en bestämd innebörd i ett bestämt sammanhang genom en s.k. *stipulativ definition*. En lämplig definition av screening kan alltså vara antingen en som korrekt beskriver vad de flesta brukare av språket normalt lägger i begreppet (en s.k. *språkbruksdefinition*), eller en där den som använder en term, själv avgör dess betydelse och uttryckligen förklarar vad hon därigenom lägger i begreppet. I vetenskapliga sammanhang används ofta en mellanform, där man utifrån vad som är en allmänt vedertagen men ofta oklar innebörd preciserar vad man själv menar med ett uttryck i ett bestämt sammanhang (en s.k. *explikativ definition*).¹ En språkbruksdefinition kan förstås utvärderas på basis av språkvetenskapliga kartläggningar och förutsätter för att kunna vara rimlig ett någorlunda enhetligt språkbruk. Då en definition innehåller stipulativa inslag måste definitionen (också) utvärderas mot bakgrund av hur väl den tjänar de syften som stipulationen är tänkt att tjäna. Sådana syften handlar ofta om att i någon visst sammanhang underlätta diskussioner, undersökningar, formulerandet av teorier, m.m. I föreliggande sammanhang kan detta preciseras till att gälla etiska diskussioner och utvärderingar.

I den medicinska och medicinsk-etiska litteraturen förekommer en stor uppsättning olika förslag till definitioner av termen "screening", så något mer välbestämt allmänt språkbruk står här inte att finna (Juth och Munthe 2012, ss. 6-11). Vissa definatoriska kännetecken förekommer dock oftare än andra i olika förslag. Den kanske vanligaste och ur just etisk synvinkel viktigaste av dessa är att screeningprogram är hälsorelaterade undersökningar som inte utförs efter initiativ av den individ som undersöks, utan att *det är en samhällelig institution* (vanligtvis hälso- och sjukvården) som tar initiativet till undersökningen. Även om screening utförs på personer som kanske sökt vård, så erbjuds eller genomförs undersökningen alltså oberoende av de symptom

¹ För mer om denna och andra typer av definitioner, se Næss 1959, kap II.

eller skäl som fått individen att uppsöka vården. Undersökningar kan vara ett resultat av ett individuellt initiativ antingen därför att en person efterfrågar det direkt, eller för att det är ett rutinmässigt verktyg för diagnostik av en person som söker vård för vissa hälsorelaterade problem. Om en undersökning påbörjas som ett resultat av patientens eget initiativ på någon av dessa sätt, så rör det sig alltså *inte* om screening (som begreppet vanligtvis används). Alltså är *screening ett sätt att organisera erbjudandet och användet av hälsorelaterade undersökningar*, och vilken undersökningsmetod som helst (biopsier, röntgen, ultraljud, kroppsvätske- eller serumprov, visuell och annan inspektion, strukturerad utfrågning, m.m.) kan således ingå i en screening.

En relaterad egenskap hos screening, som ofta anges i definitioner, är att de som undersöks *inte behöver förenas av en initial misstanke om eller oro för förhöjd risk* för det man screenar för. Denna definitoriska egenskap kan gälla både de människor som erbjuds undersökning i ett screeningprogram och sjukvården och dess representanter. I båda fallen är det dock uppenbart att denna egenskap ska förstås som en *gradfråga*: för viss screening finns det ingen identifierad riskhöjning alls, som exempelvis screening av nyfödda för PKU och liknande tillstånd (Juth och Munthe 2012, s 42-53). Rutinmässig undersökning av bröstcancer brukar dock anses vara screening, även om undersökningen görs först efter en viss ålder och risken ökar med åldern (Juth och Munthe 2012, s 114-122). Vidare räknas rutinmässig undersökning för ärftliga sjukdomar hos vissa etniciteter där risken för sjukdomen i fråga är högre som screening (exempelvis screeningprogrammet för thalassemi bland cyprioter, Ioannou 1999). Man kan säga att det handlar om mer eller mindre renodlad screening beroende på hur stor risken är för den undersökta populationen i relation till en större jämförelsepopulation. Samma graduella förhållande gäller förekomsten av en initial misstanke eller oro inom den undersökta populationen. Ibland finns varierande grader av sådana misstankar hos människor, ibland inte och förekomsten av dessa kan många gånger vara oberoende av sjukvårdens syn på riskbilden. Det viktiga att poängtera är att screening karaktäriseras av att undersökningen görs *rutinmässigt, oberoende av vilka problem patienten själv söker för och den oro patienten själv har*.

Av ovanstående framgår att en screening antas vara riktad till en mer eller mindre *stor population*, snarare än en specifik, individuell patient. Även denna egenskap är en gradfråga; ingen definition av screening har angivit hur stor populationen måste vara för att det ska röra sig om screening. Idén om att screening riktar sig mot förhållandevis stora populationer (exempelvis alla nyfödda eller alla kvinnor i ett visst ålderssegment) hänger dock ihop med den ursprungliga målsättningen med screening som ett instrument för att befrämja folkhälsan (Wilson och Jungner 1968). Denna målsättning lever fortfarande kvar och påverkar, som vi ska se, den etiska diskussionen om screening.

Ingen har förmodligen påverkat bilden av vad screening är så mycket som Wilsons och Jungners (1968) klassiska skrift för WHO, *Principles and Practices for Screening for Disease* (vi återvänder till deras kriterier för screening nedan). För dem var det viktigt att påpeka att screening i första hand är en *filtreringsmekanism*, dvs. ett sätt att identifiera de individer i en

population där det är lämpligt att gå vidare med *ytterligare undersökningar eller behandlingar*. För att det ska vara fråga om en screening ska det alltså finnas en uppföljning med en bestämd målsättning (i termer av minskad prevalens av tillståndet man screenar för och/eller bättre (folk)hälsa i andra avseenden).

Dessa egenskaper är de vanligaste att nämna när man definierar screening och kan sammantaget formuleras i följande explikativa definition av screening²:

Screening är en hälsoundersökning initierad av vården/samhället som identifierar vissa individer för vidare undersökning eller behandling ur en större population som inte behöver förenas av en på förhand identifierad eller misstänkt förhöjd risk (med avseende på det som undersöks).

Enligt denna definition faller en verksamhet med rutinmässiga frågor om våldsutsatthet till exempelvis alla gravida kvinnor reservationslöst under begreppet screening: frågan ställs till samtliga gravida kvinnor, oavsett om kvinnan själv har en initial oro om detta, tar initiativ till samtalet eller visar symptom som föranleder frågan; dessa kvinnor förenas inte av att tillhöra en viss riskgrupp och behöver heller inte uppleva sig göra det och svaren de ger kan användas som grund för beslut om eventuella vidare undersökningar eller uppföljningar. Däremot behöver det, enligt denna definition, inte räknas som screening att utfråga gravida kvinnor som påvisar någon av alla de kliniska tillstånd där det finns ett belagt samband till våldsutsatthet, som migrän, huvudvärk, ryggont, artrit, ätstörningar, magsår, irritabel tarm, dyspepsi, diarré, förstoppning, matsmältningsproblem, magsmärtor, höftsmärtor, sexuellt överförbara sjukdomar, vaginal blödning, vaginal infektion, urinvägsinfektion, depression, missbruk, självmordsbenägenhet, posttraumatiskt stresssymptom samt yttre skador.³ Om patienten söker vården för specifika problem och vårdpersonalen på basis av kännedom om dylika samband och en bedömning av den individuella patienten anser det befogat att tillfråga patienten om våldsutsatthet för att kunna ställa diagnos och rekommendera uppföljning, så rör det sig inte om screening. Om frågan istället regelmässigt ställs oberoende av en individuell bedömning så rör det sig om screening, enligt denna definition.

Screeningdefinitioner i diskussionen om rutinfrågor för våldsutsatthet

Även i den specifika diskussionen om rutinfrågor för våldsutsatthet förs de redan nämnda egenskaperna fram som utmärkande för screening. I US Preventive Services Task Force (USPSTF) översikt över evidensen för screening för våldsutsatthet i nära relationer karakteriseras screening som en standardiserad undersökning som utförs på *asymptomatiska*

² Detta är en något förenklad översättning av den mer detaljerade och precisa engelska definition som i syfte att diskutera just etiska frågor presenterats i Juth och Munthe (2012, ss. 10-11): "The use of medical investigation or testing methods at the initiative of health care or society for the purpose of investigating the health status of individuals with the aim of selecting some of these for possible further treatment from a large population of people that is not united by previously recognized risk or symptoms of disease".

³ Se Klevens och Saltzman 2009, s 144 för vidare referenser angående detta.

individer i preventivt syfte, dvs. för att förhindra (ytterligare) våldsutsatthet (US Preventive Services Task Force 2004).⁴ Tanken är alltså att det rör sig om screening när frågan ställs rutinmässigt oavsett den individuella patientens symptom, i enlighet med ovanstående karaktäristik.

En liknande definition används av Spangaro et al (2010), som karaktäriserar screening som systematiskt frågande av alla kvinnor om våldsutsatthet utan att det finns ”uppenbara indikatorer”. Detta innebär just att det är vården som tar initiativet till undersökningen snarare än individen och att detta initiativ tas oberoende av förekomsten av eventuella särskilda misstankar. En annan av de definitioner Spangaro et al (2009) använder sig av tar uttryckligen fasta på den patient-relaterade sidan av denna egenskap hos screening, och definierar screening som undersökningen av ett tillstånd ”bland personer som inte har sökt medicinsk hjälp på grund av symptom för detta tillstånd” (Pencheon et al, 2001). Även MacMillan et al (2009) tar fasta på denna egenskap i sin definition av screening som en rutinmässig undersökning ”oavsett deras [patienternas] skäl för att uppsöka medicinsk hjälp”.

Flera definitioner nämner också att det ska finnas en *intervention* som resultat av ett positivt svar på frågan om våldsutsatthet (Spangaro et al 2009, 2010). Det är dock oklart om man menar att det är ett definitoriskt krav att det finns *en bestämd intervention som är lika för alla* eller att det räcker med att det finns *någon* uppföljning eller beredskap för stöd för de kvinnor som rapporterar att de är utsatta för våld. Om man inför det förstnämnda som en del av begreppet blir det givetvis mycket färre fall av förekommande rutinundersökningar för våldsutsatthet som kommer att räknas som screening, eftersom det är sällsynt att man i sådana sammanhang har en specificerad intervention att erbjuda alla våldsutsatta kvinnor som upptäcks i och med screeningen. Samtidigt kan förstås mycket väl gälla att exakt samma utvärderingskriterier och kvalitetskrav bör ställas på ett sådant undersökningsprogram som på ett som vore screening enligt den aktuella definitionen, till exempel vad gäller förekomsten av en tillräckligt verkningfull och säker intervention, behandling, vidare undersökning, eller liknande. Vi återkommer till den frågan i nästa huvudavsnitt.

Det förekommer också i litteraturen en diskussion om det lämpliga i att kalla rutinfrågor om våldsutsatthet för screening. Ett argument för att inte använda denna term är att undersökningsmetoden sällan är så standardiserad som i de flesta fall av biomedicinsk screening (Spangaro et al 2009). Vad gäller exempelvis s.k. PKU-screening används samma test på alla nyfödda, men frågan om våldsutsatthet kan ställas, och ställs ofta, på flera sätt (även om standardiserade frågor också används). Som vi sett finns det dock ingenting i det allmänna screening-begrepp som kan urskiljas på basis av litteraturen som utesluter att ett program med rutinmässiga hälsoundersökningar av mindre välbestämd karaktär är screening (i den mån som

⁴ För en diskussion av USPSTFs definition i jämförelse med andra, se Kleven och Saltzman 2009.

detta program har de övriga kännetecken som nämnts tidigare). Det är *organisationen av programmet*, snarare än undersökningens tekniska egenskaper, som avgör den frågan.

Ett annat argument mot att kalla rutinfrågor om våldsutsatthet för screening är att ”våld mot kvinnor inte är en sjukdom” och ”att screening är en metod för att fastställa sjukdomsdiagnos” (Stenson et al 2008).⁵ Detta är ett betydligt snävare screening-begrepp än det som presenterats ovan på basis av den allmänna litteraturen om screening. Det är också snävare än det som används av de flesta i den internationella debatten om rutinfrågor för våldsutsatthet. De författare som för fram detta argument verkar också vara eniga med alla andra om att våldsutsatthet i nära relationer är ett allvarligt hälsoproblem. Till detta kommer att ett undersökningsprogram för detta som har de övriga egenskaper som ovan framhållits som kännetecknande för screening tycks väcka precis samma etiska frågeställningar som ett som innefattar en undersökning som fastställer en specifik, etablerad diagnos. Mer om detta i nästföljande avsnitt.

En variant av ovanstående begreppsliga manöver är att istället för screening kalla rutinfrågor om våldsutsatthet för ”en del av anamnesen”.⁶ Anamnes förstås traditionellt som sjukdomshistoria och refererar då till patientens (eller närståendes) egna redogörelse för aktuella och tidigare besvär, vilken inhämtas av vårdprofessionen som grund för utredning, diagnostik, förskrivning och vidare rådgivning, remiss e.d. Man skulle då kunna hävda att det inte är fråga om sjukdomshistoria om det inte finns en (eller flera) sjukdom(ar) att diagnosticera. Graviditet kan knappast heller ses som en sjukdom (om nu frågan exempelvis ska ställas till alla gravida kvinnor). Resonemanget största brist är emellertid att det förutsätter att en screening inte kan använda sig av den traditionella formen för att inhämta anamnes (nämligen att ställa frågor till patienten och lyssna på svaren) som undersökningsmetod, vilket den naturligtvis kan. Att anamnes ofta inhämtas i sammanhang som inte är screening motsäger inte detta – detsamma gäller även t.ex. blod- och urinprov.

Det finns anledning att efter denna korta exposé över försök att komma framåt med hjälp av olika stipulativa definitioner eller terminologiska förslag stanna upp och fråga sig vad som kan åstadkommas denna väg. Som vi sett påverkas inte på något vis grunden för en etisk, medicinsk eller annan utvärdering av vilket språkbruk man väljer att tillämpa. Möjligen kan elliptiska (som när anamnes underförstått förutsätts utesluta screening) eller ovanliga terminologier krångla till de begreppsutredningar som behöver göras preliminärt, för att resultatet av nämnda utvärderingar

⁵ Stenson och medarbetare hänvisar till WHO:s definition, vilket är förvånande, eftersom Wilson och Jungner (som är upphovsmän till WHO:s definition) uttryckligen skrev att ett ”...screening test is not intended to be diagnostic. Persons with positive or suspicious findings must be referred to their physician for diagnosis and necessary treatment.” (Wilson och Jungner 1968, s 11)

⁶ Detta är det i Sverige vanligast förekommande alternativa förslaget till att använda screening, se t.ex. Stenson et al 2008. Så har Nationellt Centrum för Kvinnofrid (NCK) döpt sin skrift till *Att fråga om våldsutsatthet som en del av anamnesen* (Heimer och Berglund 2010). I den internationella diskussionen har man också föreslagit ”routine inquiry” (Spangaro 2009, s 56), dvs. rutinfråga, rutinmässig undersökning eller liknande (detta föreslås också i nämnda antologi av Berglund och Tønnesen 2010). Detta torde vara tillräckligt neutralt och används därför i regel i föreliggande text.

ska bli tydliga. Men i övrigt kan de utvärderingar som begreppsbildningen syftar till att möjliggöra i princip alltid genomföras alldeles oavsett val av ord.

Huruvida rutinfrågor om våldsutsatthet kan kallas för screening beror alltså sammanfattningsvis på två saker: 1) vad den som använder begreppet screening lägger i det, samt 2) hur verksamheten med rutinfrågor om våldsutsatthet utformas närmare bestämt.

Vad gäller 1) så finns det alltså uppenbarligen olika förslag på vad ordet "screening" ska anses betyda. Det verkar dock finnas en betydelsekärna som alla som använder begreppet tycks vara relativt överens om, vilken fångas av ovan nämnda allmänna definition (det är alltså så nära en språkbruksdefinition man kan komma). Om man utöver detta lägger till ytterligare krav så är det en stipulation man väljer att göra, men det går fortfarande att diskutera frågan i vad mån en verksamhet som därmed på rent definitoriska grunder inte är screening ändå ska utvärderas på samma grunder som en screening.

Vad gäller 2) så finns det en mängd möjliga sätt på vilka man kan ha och bedriva en verksamhet att rutinmässigt ställa frågor om våldsutsatthet i nära relationer. Man kan exempelvis ha en eller flera områden i hälso- och sjukvården samt socialtjänsten i åtanke. Vad gäller hälso- och sjukvården har det exempelvis föreslagits att frågan om våldsutsatthet ska ställas rutinmässigt inom: primärvården, mödrahälsovården (i samband med graviditet), akutvården,⁷ gynekologin, samt psykiatrin.⁸ Enligt den vedertagna begreppsbildningen följer att ju mindre de som uppsöker verksamheten förenas av en på förhand misstänkt risk för våldsutsatthet i nära relationer, desto mer handlar det om renodlad screening. Exempelvis skulle det vara mer av renodlad screening att tillfråga alla som uppsöker primärvården än att tillfråga alla som söker inkomststöd i socialtjänsten, givet att det funnes ett belagt samband mellan sökande av inkomststöd och våldsutsatthet i nära relationer. Att det skulle röra screening i båda fallen är dock tveklöst, eftersom initiativet till undersökningen kommer från verksamheten till alla oavsett skäl att uppsöka verksamheten.

Vidare kan man ha olika förslag på *vilka* inom dessa områden som ska tillfrågas. Ett alternativ är att mena att *alla* bör tillfrågas. Även detta kan behöva preciseras; man kan exempelvis mena alla som uppger att de har en partner (kanske oavsett kön) inom exempelvis primärvården, eller alla gravida kvinnor inom exempelvis mödrahälsovården. Enligt detta förslag skulle rutinfrågor om våldsutsatthet tydligt hamna under det allmänna screening-begreppet definierat ovan.

Ett annat alternativ är att man tillfrågar *alla de, men enbart de, som har ett identifierat hälsoproblem* (identifierat antingen genom att de själv uppger det eller för att en representant för

⁷ De nämnda tre områdena verkar vara de vanligaste för redan existerande program, åtminstone i den anglosaxiska världen (Spangaro et al 2009).

⁸ De nämnda fem områdena ha Nationellt Centrum för Kvinnofrid (NCK) i åtanke, då dessa uttryckligen nämns i deras utbildningsmaterial *Att ställa frågan om våld – ett utbildningsmaterial för hälso- och sjukvården*.

professionen identifierar det), *oavsett vilket*. Även enligt detta förslag skulle verksamheten falla under det allmänna screening-begreppet definierat ovan, även om det skulle röra sig om mindre renodlad screening. Det kan vara så att de som har hälsoproblem har högre initial risk för våldsutsatthet än de som inte har det. I så fall skulle denna typ av program mer likna screening för thalassemi bland cyprioter än PKU-screening av alla nyfödda.

Ytterligare ett alternativ är att man tillfrågar alla de, men enbart de, som har ett (eller fler) hälsoproblem där det finns ett belagt samband mellan problemet och våldsutsatthet. Som nämnts gäller detta en lång rad hälsoproblem. Eftersom det i så fall skulle handla om en undersökning initierad på grundval av en av vården uppfattad förhöjd risk skulle en sådan verksamhet vara en mindre renodlad screening än tidigare exempel. Dock kan fortfarande gälla att andra centrala kännetecken på screeningprogram förekommer i hög grad, t.ex. att patienterna inte förenas av en medvetenhet om nämnda riskökning och att denna därför inte är deras skäl att söka kontakt med vården. Även om man skulle vilja dra de terminologiska gränserna så att en sådan verksamhet inte benämns med ordet "screening", skulle det således fortfarande gälla att det är en i allra högsta grad screening-liknande verksamhet. Man kan som alternativ välja att uttrycka det som att det handlar om en screening av mindre renodlat slag. Valet kommer dock inte att förändra hur man på grundval av detta sedan kan gå vidare och diskutera det lämpliga eller olämpliga i att starta en verksamhet av denna typ.

Huruvida rutinfrågor om våldsutsatthet är screening eller inte beror alltså på vilken definition man väljer att utgå från i kombination med vilket preciserat förslag om hur verksamheten ska se ut man utgår ifrån: förenklat kan man säga att ju vidare definition och ju fler som omfattas, desto mer tillämpligt är screening-begreppet och tvärtom. Egentligen är det dock inte *antalet* personer i sig som tillfrågas som är relevant, utan verksamhetens organisering: ju mer det handlar om att fråga oavsett patientens egna hälsoproblem eller eget skäl för att vara i kontakt med hälso- och sjukvården eller socialtjänsten, desto rimligare är det att kalla det screening som begreppet normalt används och förstås av experter och debattörer på området.

Är det viktigt att avgöra om rutinfrågor om våldsutsatthet är screening?

Vi har ovan upprepade gånger understrukt och illustrerat att valet av terminologi på detta område inte påverkar någon annan fråga än just huruvida en viss företeelse betecknas av termen "screening" eller inte. Frågor om olika medicinska fakta kring en verksamhet, som enligt någon viss terminologi blir "screening" och någon annan inte, påverkas inte av valet mellan olika terminologier och detsamma gäller en etisk utvärdering om det försvarbara i att bedriva eller införa denna verksamhet. Varför har det då uppstått en diskussion om vad screening "egentligen" är och huruvida detta är ett lämpligt namn på en verksamhet där man ställer rutinfrågor om våldsutsatthet i vården och/eller socialtjänsten? Misstanken uppstår att olika debattörer eller verksamhetsföreträdare tror sig göra förslagen mer eller mindre försvarbara genom att tillämpa en viss term snarare än en annan på dem. Det är en inte helt ovanligt förekommande manöver i

medicinetiska diskussioner att på detta vis försöka göra etiska frågor till terminologiska.⁹ Men givetvis måste man ta ställning till styrkorna och svagheter i ett visst förslag på hur sjukvård och/eller socialtjänst ska organiseras oavsett vilket namn man väljer att ge detta förslag.

Därmed är frågan om huruvida rutinfrågor om våldsutsatthet är screening eller inte, vid närmare påseende, inte en viktig fråga att besvara när det gäller frågor om det är en bra eller försvarbar typ av verksamhet. Det viktiga är huruvida verksamheten att ställa rutinfrågor om våldsutsatthet har sådana kvaliteter som gör den försvarbar, oavsett vad den kallas. För att ta ställning till detta måste man först precisera hur man tänker sig att verksamheten ska se ut närmare bestämt med avseende på just sådana egenskaper som är viktiga att bedöma ur kvalitativ synvinkel. Några av dessa kan handla om faktorer av det slag som tagits upp ovan; vilken del av vården eller socialtjänsten och vilken population med avseende på denna del som ska inkluderas, men också andra viktiga frågor som hur detta närmare bestämt ska gå till och hur olika responser på ställandet av rutinfrågorna ska följas upp.

Sedan får man undersöka vad som talar för respektive emot det preciserade förslaget. Som nämnts kan då frågan väckas om de faktorer som är relevanta för att ta ställning i denna fråga är samma typ av faktorer som är relevanta för att ta ställning till typiska screeningprogram i allmänhet enligt den terminologi som tidigare skisserats. Som framgår av diskussionen om rutinfrågor om våldsutsatthet, vilket kommer att märkas i det följande, är svaret på den frågan jakande.

3. Rutinfrågor om våldsutsatthet – etiskt försvarbart?

Etik är det ämne inom vilket man systematiskt studerar frågor om vilka handlingssätt som är rätt och fel, vilka typer av tillstånd eller händelser som är bra och dåliga, osv. Förslag till svar på sådana frågor är det som brukar kallas (moraliska) normer respektive värderingar. Inom *empirisk etik* studeras vilka värderingar och normer som faktiskt är spridda inom en viss grupp vid en angiven tid. När man frågar om en viss verksamhet är (eller skulle vara) försvarbar ställer man emellertid inte en fråga om vad vissa eller de flesta för tillfället tycker, utan en fråga om vad som är rimligt, försvarbart eller välgrundat att tycka. Denna typ av frågor studeras inom det område av moralfilosofin som kallas *normativ etik*.

I normativ etik är därmed huvudfrågan: vad *bör* göras? Denna fråga kan vara mer eller mindre generell: den kan ställas om våra liv (hur bör vi leva?) om samhället i sin helhet (hur bör vi inrätta samhället?) eller om mer specifika förhållanden (t.ex. bör jag sluta äta kött? bör vi rutinmässigt fråga patienter om våldsutsatthet? i så fall hur?). I samtliga fall rör dock frågan en slags *sammantagen* bedömning, där andra faktorer (gällande exempelvis ekonomi, uppgifter om

⁹ Exempelvis förekommer det omfattande diskussioner om man kan kalla hälsorådgivning inom screeningprogram för "behandling" (Juth och Munthe 2012, 75-77, 110) eller överbehandling i samband med mammografi för "skada" eller enbart "biefekt" (Juth och Munthe 2012, 117-118).

förväntade konsekvenser, verksamhetens uppläggning, kunskapsbasens kvalitet, m.m.) tas i beaktande och vägs mot varandra i ljuset av en samling grundläggande normer och värderingar. Därmed är frågan om huruvida och i vilken utsträckning rutinfrågor om våldsutsatthet är *etiskt* försvarbart densamma som frågan om rutinfrågor om våldsutsatthet är *försvarbart*, punkt.

Det är kanske överflödigt att påpeka att detta (i likhet med flesta frågor av samma slag) är en svår fråga att besvara, eftersom en rad komplicerade överväganden kan vara relevanta för att ta ställning – medicinska, politiska, sociala, ekonomiska, psykologiska, osv. Alltså kan det krävas undersökningar inom en rad områden som inte faller under etiken för att ta ställning i den etiska frågan. Men att på detta vis säga att en viss typ av övervägande är *relevant* för att avgöra om rutinfrågor om våldsutsatthet är försvarbart är samtidigt ett etiskt ställningstagande, eftersom det implicerar att denna typ av övervägande *bör spela roll för* vårt ställningstagande. Det en etisk *analys* kan göra är att försöka säga något om denna senare typ av antaganden, dvs. vilka typer av överväganden som är relevanta och hur de kan vägas samman för att nå ett beslut. Det är alltså i första hand detta som vi kommer att göra i det följande.

Analysen grundas på teoretiska grundmodeller för att etiskt värdera verksamheter inom hälso- och sjukvården, samhälleliga omsorger, m.m. I synnerhet tillämpas modeller som utvecklats för att utvärdera sådana verksamheter som utgör eller delar etiskt relevanta egenskaper med typiska screeningprogram (i enlighet med den begreppsbildning som beskrevs i föregående avsnitt). För att genomföra analysen beaktas argumentation som presenterats för respektive mot förslaget att inom hälso- och sjukvården respektive socialtjänsten på ett eller annat sätt ställa rutinfrågor om våldsutsatthet.

Ibland har i diskussionen kring förslag att ställa rutinfrågor om våldsutsatthet specifikt anförts vad olika organisationer påstås rekommendera. Det har exempelvis hävdats att WHO rekommenderar rutinfrågor om partnervåld i samband med graviditetsvård (Högberg och Edin 2008, Stenson et al 2008(i)). WHO skriver dock inte uttryckligen detta, utan enbart att mödrahälsovården är särskild lämpad att handskas med problematiken och därför bör göra information om problemet tillgänglig för alla kvinnor samt ha en väl utbyggd beredskap för att upptäcka och hjälpa dem som har problem (WHO 2008). Det finns dock professionella organisationer som rekommenderar att alla gravida kvinnor tillfrågas om våldsutsatthet, exempelvis Royal College of Midwives (2006). Andra organisationer avråder dock från detta, med hänvisning till bristen på evidens för de positiva effekterna därav, exempelvis US Preventive Services Task Force (Nelson et al 2003) och Canadian Task Force on Preventive Health Care (Wathen och MacMillan 2003). Vi nämner denna aspekt av debatten i detta sammanhang främst för att understryka att den utgör ett stickspår. Huruvida det är lämpligt att inom vården eller socialtjänsten införa en viss åtgärd inte på något vis är beroende av huruvida den ena eller andra organisationen uttalat sig för eller mot detta, utan på vilka argument som i sak kan framföras för att införandet av åtgärden har olika för- eller nackdelar.

Målsättning – grundläggande värden

För att motivera införandet av rutinfrågor om våldsutsatthet i vården, eller vilken verksamhet som helst, måste man förstås ange vad det är bra för, dvs. vilka värden som därmed skulle gynnas. Man måste med andra ord ange en *målsättning* för verksamheten och dessutom förklara varför målsättningen är önskvärd eller värdefull: vad är det man vill uppnå och varför är detta värt att uppnå?

Införandet av rutinåtgärder i hälso- och sjukvård brukar, liksom allt annat inom detta område, motiveras med hänvisning till gynnandet av någon av följande tre generella värden:¹⁰

1. Patienternas/klienternas fysiologiska hälsa.
2. Patienternas/klienternas psykiska välbefinnande.
3. Patienternas/klienternas autonomi, dvs. möjligheten att planera, kontrollera och leva sitt liv i enlighet med sina egna önskemål och värderingar.

Det traditionella målet för hälso- och sjukvården har varit att förbättra patientens hälsa, framför allt genom att bota eller förebygga sjukdom, eller att bromsa eller lindra dess symtom. Som ibland påpekats är våldsutsatthet ingen sjukdom (Stenson et al 2010). Följaktligen kan man mena att samhällsliga institutioner som har andra uppgifter än sjukdomsbekämpning bör inkluderas i en verksamhet som syftar till förebyggandet av våld i nära relationer, t.ex. socialtjänsten eller polisen. Samtidigt har våldsutsatthet uppenbara konsekvenser för individens hälsa.¹¹ Därmed kan man mena att det bör ingå i hälso- och sjukvårdens åtaganden att, i mån av förmåga, delta i arbetet för att förebygga våldsutsatthet, precis som man menat att vården har i uppgift att försöka påverka andra determinanter för hälsa, som motion, kostvanor, rökning och alkoholkonsumtion. Frågan är snarast *hur* detta ska göras. En typ av åtgärd är alltså att på något sätt använda sig av rutinfrågor om våldsutsatthet. Som ovan nämnts finns det ett rad sätt på vilka en sådan verksamhet kan införas i hälso- och sjukvården samt socialtjänsten. Varje sådant sätt utgör ett alternativt förslag, som behöver granskas på sina egna villkor. En grund för en sådan granskning utgörs alltså av hur väl det når målet att förbättra hälsan hos (faktiskt eller potentiellt) våldsutsatta genom att reducera eller förebygga våldsutsatthet i nära relationer.

Ett program riktat mot våldsutsatthet kan emellertid tänkas förbättra hälsan eller välbefinnandet hos dem som inkluderas i programmet även utan att våldsutsattheten minskar (eller kan påvisas minska). Exempelvis skulle möjligheten att tala om sin situation som våldsutsatt kunna ha en terapeutisk effekt därigenom att samtal som uppstår till följd av frågorna kring den utsatta situationen kan vara emotionellt avlastande. En annan möjlighet skulle kunna vara att en verksamhet med rutinfrågor förmår de patienter som varit eller riskerar att bli utsatta

¹⁰ Detta överensstämmer också med de alltmör spridda fyra principerna för medicinsk etik: autonomi, göra gott, inte skada och rättvisa. Punkt 1 och 2 är olika sätt på vilka man kan göra gott, icke-skada är en restriktion på åtgärder snarare än en motivering att införa åtgärder, medan punkt 3 kan spela båda dessa roller. Vi återvänder till rättvisa.

¹¹ Se t.ex. Heimer och Berglund för vidare referenser, i synnerhet kapitel 1-3 samt 5-7.

för våld i nära relationer att mer öppet berätta om bakgrunden och sammanhanget och därmed underlätta för mer adekvat vård och bättre rådgivning angående eventuella framtida händelser. Sammantaget har vi alltså tre sätt att avgöra värdet hos ett program för rutinfrågor om våldsutsatthet: med hänvisning till dess förmåga att minska våldsutsatthet, med hänvisning till dess förmåga att förbättra hälsa i allmänhet och med hänvisning till dess förmåga att förbättra subjektivt välbefinnande. I synnerhet det förstnämnda, men även de andra båda målen kan, i den mån de förverkligas, även antas förbättra en persons möjlighet att styra sitt eget liv enligt sina egna planer och värderingar och därigenom befrämja autonomin.¹²

Det är dock inte tillräckligt att ett program för rutinfrågor om våldsutsatthet håller sig med en eller fler av dessa målsättningar. Om programmets förmåga att leva upp till målsättningarna ska handla om mer än fromma förhoppningar, måste det också gå att påvisa att programmet *förverkligar* målsättningarna. Med andra ord måste det finnas tillräckligt goda belägg eller evidens för programmets gynnsamma effekter.

Vidare måste det påvisas att ett specifikt förslag lever upp till målsättningarna *bättre än alternativa specifika förslag*. Frågan måste således specificeras i termer av en bestämd uppsättning konkreta förslag – t.ex. kan frågeställningen vara om man rutinmässigt ska fråga alla gravida kvinnor *snarare än* att fråga när det finns misstanke från vårdens sida (grundat på samband mellan symptom och våldsutsatthetsrisk), eller att fråga då en sådan oro eller tanke indikeras av patienten själv. Precis som när man utvärderar medicinska screeningprogram av traditionellt snitt är det alltså sällan frågan om att antingen inte göra en undersökning alls eller göra den rutinmässigt på alla i en population, utan snarare ett val mellan om man ska göra den på basis av någon grad av individuell misstanke eller initiativtagande från patientens sida eller rutinmässigt (Juth och Munthe 2012). Då är det också dessa alternativ som ska jämföras för att få belägg för att ett upplägg med rutinunderökningar är bättre.

En verksamhet kan mycket väl uppnå goda mål och dessutom göra det bättre än sina alternativ, men likväl vara högst olämplig att införa. Detta i och med att den också kan ha olika nackdelar som gör att den inte är försvarbar på det hela taget. Sådana nackdelar kan dels handla om hur verksamheten jämför sig med alternativen (exempelvis vad gäller nytto-kostnadsförhållanden), dels om huruvida relationen mellan måluppfyllelse och negativa bieffekter är tillräckligt god. Detta är särskilt viktigt när det gäller omfattande verksamheter som berör många människor och där dessa som regel är oförberedda på och/eller inte själva initierat att den tillämpas på dem, eftersom negativa bieffekter i dessa fall kan anta mycket stora proportioner.

¹² Ytterligare en fördel som ibland framhålls med rutinfrågor om partnervåld är att det kan höja det allmänna medvetandet om problematikens förekomst (MacMillan och Wathen 2005, Rådestam et al 2008). Detta argument, taget i isolation, är förstås väldigt svagt. Om detta dock i sin tur kan visas innebära att fler vågar ta itu med det, så problemets omfattning minskas eller dess konsekvenser lindras, så är det värt att ta på allvar. Då är vi dock åter tillbaka till de redan nämnda grundläggande värdena.

Det räcker alltså inte med att ett program för rutinfrågor uppnår sitt mål bättre än alternativerna och att detta går att påvisa. Vidare måste fördelarna i tillräckligt hög grad uppväga nackdelarna. När detta undersöks kan resultatet ofta bli svårtolkat, då det handlar om att väga samman en stor mängd olika partikulära effekter av såväl negativ som positiv karaktär. Om exempelvis ett program för rutinfrågor om våldsutsatthet påvisas medföra en liten hälsovinst, men leder till ett stort obehag hos de tillfrågade så kvarstår frågan om fördelarna uppväger nackdelarna.

I det följande ska vi göra en kort genomgång av vad det för närvarande verkar finnas för belägg gällande för- och nackdelar med att ställa rutinfrågor om våldsutsatthet i allmänhet respektive i de fall vården på någon grund fattar misstanke, jämfört med att exempelvis ha en beredskap att tala om detta ämne i det fall det aktualiseras av patienten. Efter det ska vi gå in på aspekter av det tredje värdet, autonomi, som hittills inte behandlats.

Belägg för fördelarna

Som första kriterium av tio för screening angav Wilson och Jungner att ”det undersökta tillståndet måste vara ett viktigt hälsoproblem” (Wilson och Jungner 1968, s 26). Ingen torde tvivla på att våld i nära relationer lever upp till detta krav. Dels finns det indikationer på att prevalensen av relationsvåld, även om den varierar något mellan olika studier, är tillräckligt hög för att vara värd seriös uppmärksamhet.¹³ Dels är det ett synnerligen allvarligt problem för de individer som drabbas av våld i nära relationer. Inte bara är det allvarligt och plågsamt i sig, utan det sammanhänger dessutom som regel med andra problem för den som är utsatt: som redan nämnts finns det ett väl belagt samband mellan våldsutsatthet i nära relationer och en lång rad hälsoproblem. Problemets allvar understryks ytterligare av att även andra än den som utsätts för våldet kan drabbas av våldets konsekvenser, som exempelvis barn till våldsutsatta (Wood och Sommers 2011).

Problemets allvar gör att det är angeläget att åtgärda. Dock kvarstår frågan om *hur* det ska åtgärdas. Från att problemet är angeläget att få bukt med följer ju icke att varje åtgärd som relaterar till, faktiskt handskas med eller syftar till att komma tillrätta med problemet därmed är berättigad. Det är dock tyvärr alltför vanligt i de svenska diskussionerna om våldsutsatthet i nära relationer att man från problemets ovedersägliga allvar omedelbart drar den normativa slutsatsen att någon form av program för rutinfrågor om våldsutsatthet är berättigat.¹⁴ Påståendet att en rutinundersökning bör införas kräver emellertid ytterligare argument, inte minst i form av belägg för att detta är en effektiv, tillräckligt oskadlig och på andra vis försvarbar metod. Som nämnts

¹³ För att något ska räknas som en folksjukdom räcker det med en prevalens över 1 %. I en omfattande svensk studie angav 28 % av tillfrågade kvinnor att de *någon gång* blivit utsatta för våld av fysiskt våld av en partner och 7 % av sin nuvarande partner (Lundgren et al 2001). I en annan studie uppgav dock endast 0.7 % uppgav att de utsatts för våld i en nära relation det senaste året (Scheffer Lundgren et al 2010). En bra sammanfattning av nationella och internationella studier finns i Berglund 2010.

¹⁴ Exempel på denna typ av felsslut finns i Stenson et al 2008 samt i nästan samtliga bidrag i Berglund och Stenson 2010.

innefattar detta en analys som även beaktar olika risker och nackdelar och som dessutom kan påvisa att metoden i dessa avseenden är bättre än alternativa förslag.

Det råder stor enighet i den internationella litteraturen om att det saknas evidens för att rutinundersökning¹⁵ av våldsutsatthet skulle leda till minskat våld eller ökad hälsa (Feder et al 2005; Klevens och Saltzman 2009; Spangaro et al 2009; MacMillan et al 2009). Diskussionen om evidensläget i den internationella litteraturen bygger i stor utsträckning på tre översiktsartiklar som publicerades under första delen av 2000-talet och som alla visar att den då tillgängliga evidensen inte påvisade nämnda effekter av rutinundersökningar, dvs. varken i termer av minskat våld, bättre hälsa eller bättre välbefinnande.¹⁶

Det har också gjorts en del studier som eventuellt kan bedömas som indirekt relevanta för att ta ställning till rutinundersökningars måluppfyllelse. En studie påvisar ett samband mellan att tala med hälsopersonal om våldsutsatthet och en ökad sannolikhet för att använda en intervention och en i sin tur ökad sannolikhet för att lämna ett förhållande i vilket man utsätts för våld (McCloskey et al 2006). I denna studie jämfördes dock inte rutinförfrågning med uppföljningar på grundval av ett spontant avslöjande, så studien kan inte användas för att säga rutinundersökningar fungerar bättre än undersökning på basis av misstanke eller patientens eget initiativ (Spangaro et al 2009).

MacMillan et al (2009) publicerade nyligen resultaten från en klinisk randomiserad studie som just jämförde en grupp som rutinmässigt fick frågan med en grupp som inte fick det (utan där diskussionen bara togs upp vid misstanke). I denna studie påvisades en liten signifikant skillnad i utfall i termer av minskat våld och bättre livskvalitet till rutingruppens fördel, en skillnad som dock försvann när man räknade in bortfallsfrekvensen. En av författarnas slutsatser är att undersökningen försvårades av att den grupp där bortfallet är störst sannolikt också är den grupp som är mest våldsutsatt,¹⁷ dvs. den grupp som man helst vill nå. Detta visar inte bara på det svåra att undersöka våldsutsatthet utan att fjärma dem som har mest behov av det, utan också på ett metodologiskt problem med att undersöka företeelsen våldsutsatthet utan att göra förhandsantaganden av mer spekulativ natur.

Ett annat metodologiskt problem med att undersöka effekterna av rutinmässig förfrågan om våldsutsatthet är att kontrollgruppen själva utfrågas om våldsutsatthet när man ska försöka

¹⁵ I meningen att man frågar alla inom ett visst område i vården (exempelvis i samband med graviditet), oavsett anledningen för deras besök, dvs. att rutinundersökningarna lever upp till ovan definierad innebörd av screening.

¹⁶ De olika artiklarna koncentrerade sig på olika saker; Ramsay et al 2002 fokuserade på bristen på effektiva interventioner eller uppföljningar samt bristen på evidens för förbättrat välbefinnande, Nelson et al 2004 samt Wathen och MacMillan 2003 på bristen på evidens för minskat våld och Nelson et al 2004 för bristen på evidens för förbättrad självkänsla och produktivitet, som är relevans för att bedöma förbättringar i termer av autonomi (Rawls 1972).

¹⁷ Detta bl.a. eftersom bortfallet var störst bland lågutbildade och ogifta, vilka är faktorer som man från andra undersökningar vet samvarierar med våldsutsatthet i hemmet.

avgöra effekterna av den rutinmässiga frågan: för att kunna avgöra om rutinfrågor vid ett vårdbesök påverkar våldsutsatthet måste både experiment- och kontrollgrupp tillfrågas om och i vilken utsträckning de utsattes för våld innan vårdbesöket och om och i vilken utsträckning de gjorde det en tid efter (Spangaro et al 2009). Visserligen kan detta problem i viss mån undvikas genom att kontrollgruppen får frågan *efter* vårdbesöket, till skillnad från experimentgruppen (dvs. de som rutinmässigt får frågan under vårdbesöket), eftersom det man är intresserad av är om rutinfrågor vid vårdbesöket gör skillnad för våldsutsatthet.¹⁸ Då måste man emellertid förlita sig på minnet hos individerna i kontrollgruppen, dvs. att de korrekt återger situationen innan besöket m.a.p. våldsutsatthet.

Oavsett de metodologiska problemen är det för att kunna påvisa effekt nödvändigt att jämföra olika förslag mot varandra. Endast på det visat är det möjligt att erhålla evidens för att det ena förslaget *är bättre* med avseende på önskvärda utfall än det andra. Alltså är studier som jämför situationen där våldsutsatthet undersöks rutinmässigt med situationen där den inte gör så de som kan ge den pålitligaste typen av belegg för att det ena leder till högre grad av måluppfyllelse än det andra. Här saknas det alltså än så länge evidens. Vidare bör denna typ av studier vara randomiserade för att undvika att andra faktorer spelar in i resultatet och om möjligt även kontrollera för sådana faktorer i analysen. Här skiljer sig inte detta område från något annat när det gäller forskning om hälsoeffekterna av någon föreslagen procedur.

Resultat från flera studier är att vänta. Exempelvis undersöker amerikanska motsvarigheten till smittskyddsinstitutet (Centers for Disease Control and Prevention, CDC) rutinfrågor om våldsutsatthet och väntas publicera sina resultat under 2012 (Klevens och Saltzman 2009). Diskussionen om de eventuella positiva effekterna av rutinfrågor om våldsutsatthet lär alltså fortsätta.

Belägg för nackdelarna

För att ta ställning till försvarbarheten i ett förslag angående rutinfrågor om våldsutsatthet, så måste man som nämnts också se till de möjliga negativa konsekvenserna och väga fördelarna mot nackdelarna. En viktig del av en sådan undersökning är att fråga sig vilka *möjliga* nackdelar rutinfrågor om våldsutsatthet skulle medföra. En följdfråga är sedan hur *sannolikt* det är att dessa nackdelar förverkligas och i vilken omfattning. För att ta ställning i den sistnämnda frågan krävs empiriska belegg, precis som vad gäller potentiella fördelar. Vi börjar med frågan om vilka möjliga nackdelar rutinfrågor om våldsutsatthet skulle kunna medföra.

Följande potentiella nackdelar finns nämnda i litteraturen på området:¹⁹

1. *Kränkning av autonomi eller integriteten.* Normalt har patienter själva rätten att avgöra vilka undersökningar de vill genomgå och vilka frågor de vill svara på. Det kan emellertid upplevas som svårt att avstå från att svara på frågor om våldsutsatthet utan att

¹⁸ MacMillan et al 2009 försöker lösa problemet på detta sätt.

¹⁹ Samtliga potentiella nackdelar finns omnämnda i Rådestad et al 2008.

samtidigt ge upphov till intrycket att man försöker dölja något (Andersson 2004). Detta är problematiskt ur autonomisynpunkt och är ett allmänt problem med undersökningar som rutinmässigt initieras av vården eller socialtjänsten. Vi återkommer till detta nedan när vi diskuterar autonomi.

2. Frågan i sig kan ge upphov till *obehag*, speciellt om den upplevs som integritetskränkande och ställs till en person som inte utsatts för våld i nära relation. Den kan dock också uppfattas som obehaglig av någon som har utsatts för våld, då den kan väcka obehagliga minnen (Spangaro et al 2010).
3. Om man är våldsutsatt och partner får reda på att man svarat på frågan kan *våldet öka* i frekvens och brutalitet.
4. Om det finns en medvetenhet om att frågan ställs rutinmässigt inom en verksamhet kan den person som vill undvika att få eller svara på frågan också *undvika verksamheten* i fråga med möjliga negativa konsekvenser: om det exempelvis rör sig om mödrahälsovården kanske inte komplikationer upptäcks i tid, om det rör sig om primärvården att välbehövlig behandling uteblir och socialtjänsten att välbehövligt ekonomiskt bidrag eller annat stöd uteblir.
5. Om det inte finns tillräcklig och adekvat uppföljning och stöd som ett resultat av ett avslöjade om våldsutsatthet så uteblir inte bara potentiella fördelar; det kan också resultera i *misstroende* gentemot hälso- och sjukvården eller socialtjänsten.
6. Man måste vara beredd att ägna tid åt att ställa frågan och diskutera de svar som uppkommer. Om frågan ska ställas vid alla besök i verksamheten riskerar detta att *ta tid* som kunde ägnas åt mer angelägna frågor för patienten eller klienten i fråga. Detta är förstås ett problem i första hand för de som inte är utsatta för våld.
7. *Resursåtgången* generellt måste alltid vägas in vid implementeringen av en ytterligare rutinåtgärd (Juth och Munthe 2012, s 10). Alla i debatten är exempelvis överens om att utbildning krävs för att detta ska kunna införas på ett försvarbart sätt (se t.ex. Berglund och Stenson 2010, s 27). Att exempelvis vidareutbilda alla inom primärvården eller mödrahälsovården är ett omfattande åtagande resursmässigt.

Dessutom brukar två nackdelar anföras som är specifika för rutinundersökning av våldsutsatthet inom mödrahälsovården i samband med graviditet:

8. Det hävdas ibland att frågan bör ställas utan partners närvaro för att patienten eller klienten ska kunna svara fritt (Stenson et al 2005). Detta kan dock medföra att *partners delaktighet i mödrahälsovården störs*, vilket kan minska hans eller hennes mentala förberedelse på det kommande föräldraskapet. Vidare kan detta medföra att partnern känner sig åsidosatt eller misstänkliggjord (Rådestad et al 2008).
9. Ofta ställs frågan vid upprepade tillfällen i mödrahälsovården (Stenson et al 2001), vilket kan leda till att kvinnor får *sämre förtroende* för sin barnmorska om de svarat nej och ändå får upprepade frågor om våld (Rådestad et al 2008).

Punkterna 2-9 berör samtliga potentiella negativa konsekvenser i termer av hälsa och/eller välbefinnande. Detta gäller även resursfrågorna 6-7, eftersom resurser alltid kan läggas på olika ställen, där de kan medföra olika mycket välfärdsvinster eller -förluster. Föreslagna åtgärder bör alltså överväga *alternativkostnaden* av åtgärden.

Vad finns det då för belägg för att dessa negativa konsekvenser verkligen skulle realiseras om rutinfrågor för våldsutsatthet implementeras? En rad undersökningar av relevans för att besvara denna fråga har gjorts. I en studie angav en minoritet (8 %) att de ansåg det delvis eller helt "oacceptabelt" att frågan ställdes (Stenson et al 2001).²⁰ I denna undersökning gjordes dock ingen jämförelse mellan att rutinmässigt ställa frågan eller att ställa den på basis av exempelvis ohälsa, något konkret symptom eller annan misstanke eller rentav på initiativ av patienten.

I den redan nämnda randomiserade studien (MacMillan et al 2009) gjordes en sådan jämförelse. Där skiljde man också på olika typer av negativa konsekvenser som ett resultat av att tillhöra gruppen som rutinmässigt tillfrågades. Det visade sig att dessa inte upplevde psykologisk stress eller obehag (punkt 2), utsattes för förnyat våld (punkt 3) eller problem i familjen (punkt 8) i större utsträckning. Detta bekräftar resultat i tidigare studier.

Överlag pekar den mesta empirin på att en överväldigande majoritet av tillfrågade kvinnor upplever frågan om våldsutsatthet som åtminstone acceptabel (Ramsay et al 2002) – det är snarare vårdpersonalen själva som kan uppfatta det som besvärande att fråga. Det finns till och med belägg för att patienter är mer positiva till att frågor om våldsutsatthet ställs efter att de själva har blivit tillfrågade än innan, vilket kan tyda på att många kvinnor inte bara anser att rutinundersökning om våldsutsatthet är acceptabelt, utan att den bör utföras och att de uppskattar att bli tillfrågade (Spangaro et al 2010). Beviskraften i dessa resultat är dock samtidigt inte särskilt stark, då de kommer från en icke-randomiserad studie med enbart 363 deltagare.

Sammanfattningsvis verkar de belägg som för närvarande finns tala för att de möjliga negativa konsekvenserna av att rutinmässigt fråga om våldsutsatthet inte kommer att förverkligas i någon omfattande utsträckning. Frågan om vad som är en tillräckligt omfattande utsträckning för att göra rutinmässiga förfrågningar problematiska kvarstår dock (se nästa stycke). Det är vidare värt att poängtera att de undersökningar som gjorts inte berör alla möjliga negativa konsekvenser, utan bara vissa (framför allt 1-3 ovan). Inget av det som sagts berör punkt 4-7. Det finns t.o.m. stöd för att punkt 5 är mer än ett potentiellt problem (mer om det under Uppföljningen nedan). Det bör också framhållas att bevisläget än så länge är delvis ganska svagt, då en del mindre och icke-kontrollerade eller icke-randomiserade studier ingår i underlaget.

Vidare bör man vara försiktig med att dra bestämda normativa slutsatser från empiriska undersökningar. På basis av att vissa upplever obehag av att tillfrågas om våldsutsatthet går det inte att direkt dra slutsatsen att *frågan inte bör ställas*; vinsterna av att fråga kan överväga obehaget som drabbar vissa. Lika lite kan man på basis av att det är en liten minoritet som verkar

²⁰ Egentligen tillfrågades kvinnorna i undersökningen om hur de *kände* inför att bli tillfrågade om våldsutsatthet, även om svaren kategoriserades utifrån om det uppfattades som acceptabelt. Egentligen handlar detta om två olika saker: man kan känna obehag inför att få frågan men ändå tycka att det är acceptabelt att den ställs och tvärtom.

se det som problematiskt eller uppleva det som obehagligt att få frågan dra slutsatsen att *frågan bör ställas*. Det handlar återigen om att väga denna typ av nackdelar mot fördelar med att fråga. Att göra det är att ge uttryck för en värdering, som behöver stöd från mer generella värdeprinciper. Det är ett etiskt ställningstagande och inte ett empiriskt. Detsamma gäller de krav man ställer på vilken mängd och typ av evidens som ska krävas för att göra ett försvarbart ställningstagande.

Autonomi

Värdena hälsa och välbefinnande hör till sjukvårdens klassiska mål och är som sådana sällan ifrågasatta. Att som mål för sjukvården ställa upp en strävan att befrämja eller öka individens autonomi är däremot av betydligt senare datum och dessutom mer omstritt. Vad som däremot är mindre omstritt numera är det etiska kravet att *respektera* autonomi, dvs. att inte utsätta (vuxna och beslutskompetenta) människor för oönskade åtgärder. Det sistnämnda är också en i dagens Sverige allmänt accepterad konsekvens av Hälso- och sjukvårdslagens § 2. Själva begreppet autonomi har i olika moralfilosofiska sammanhang givits delvis olika innebörd.²¹ Ovan nämnda betydelse – att en person är mer autonom i ju högre grad hon förmår leva sitt liv i enlighet med sina egna mål, planer, ideal etc. för detta liv (och mindre autonom ju lägre denna grad är) – kan dock användas för att formulera samtliga konkurrerande läror angående *värdet* av och *moraliska förpliktelser* med avseende på autonomi och ger även utrymme för den dimension som kommit att kallas "relationell autonomi".²² Det är framför allt två etiska läror vad gäller autonomi som är av relevans för föreliggande diskussion.

Den ena är den idag dominerande idén om autonomi i den medicinska etiken som anförs till stöd för ovan nämnda starka krav på s.k. *respekt* för patienters autonomi eller självbestämmande (Beauchamp och Childress 2009). Med detta avses i första hand ett krav på att "beslutskapabla"²³ patienter tillskrivs en närapå oinskränkt grundläggande moralisk rätt att avstå från sjukvårdsinsatser, både i form av undersökningar och behandlingar, hur allvarliga konsekvenser detta än kan anses få för deras eget liv och välbefinnande. Eftersom möjligheten att utöva denna rätt i sin tur beror på patientens kunskap om sin rätt, vilka val han eller hon står inför och vilka de förväntade konsekvenserna av olika val är, brukar denna rätt att säga nej till vård i praktiken också anses medföra ett starkt krav på s.k. *informerat samtycke* för att en vårdinsats ska vara etiskt motiverad, dvs. att sjukvården har en förpliktelse att så gott det går upplysa patienter om dessa faktorer. Skulle patienten dock vägra även sådan upplysning, dvs. säga nej till erbjuden

²¹ För en översikt, se Juth (2012), kap III.

²² Det vill säga, begreppet erkänner och innefattar det uppenbara faktum att vi alla är inlemmade i ett intrikat nätverk av personliga och sociala relationer, som inbegriper allt från våra allra närmaste till hela det samhälle och den kultur som vi lever i. Våra mål, planer, ideal etc. är i kraft av detta dels alltid utsatta för påverkan, dels innefattar de omsorg om, likaväl som aversion mot, samt känslor av förpliktelse gentemot andra människor eller samhälleliga företeelser. Det är också viktigt att observera att autonomibegreppet är graduellt, dvs. att det tillåter att vi är mer eller mindre autonoma, exempelvis kan detta skifta beroende på vilka situationer det gäller.

²³ Såväl grunderna som gränserna för begrepp som "beslutskapacitet", "beslutskompetens", "beslutsförmåga", osv., kan i sin tur problematiseras, se t.ex. Kim (2010).

vårdinsats utan att ge möjlighet för vårdgivaren att försäkra sig om att detta val är välinformerat, gäller dock åter, enligt denna standardidé, rätten att säga nej.²⁴

Enligt denna autonomilära så blir alla förslag på rutinundersökningar av våldsutsatthet potentiellt problematiska. Skälet är att det kan vara svårt för individen att utöva sin rätt att säga nej till att besvara frågan, en rätt som man enligt denna idé har. Det finns vissa kvalitativa data som antyder att åtminstone vissa individer känner sig pressade att besvara frågan trots att de inte vill eller trots att de anser att det var olämpligt att den ställdes från början – de känner att en underlåtelse att besvara frågan misstänkliggör dem i vårdprofessionens ögon (Andersson 2004). Detta är inte bara problematiskt ur autonomisynpunkt, utan riskerar också att undergräva det ömsesidiga förtroendet och relationen vårdgivare-patient.

Detta är en instans av det generella autonomi-problem (Juth & Munthe 2012, ss. 25-27), som finns med all slags föreslagen screening eller rutinundersökning: den företas inte på initiativ eller uttryckt behov av individen själv (vilket är just det som karaktäriserar rutinundersökningar). Det är istället ett institutionaliserat sätt att söka fånga en generell problematik oberoende av individers intressen eller upplevda behov. Normalt tänks respekt för patientens autonomi inte enbart innefatta den formella rätten att säga nej till erbjudna undersökningar och behandlingar, utan också rätten att inte motvilligt pressas till att acceptera vårdåtgärder. Det är svårt att undvika en sådan press om deltagande rutinemässigt förutsätts och man dessutom riskerar att känna sig misstänkliggjord om man inte svarar på frågor.

Ett sätt att till viss del undvika denna problematik är att ha skriftliga frågor som patienten kan välja att besvara (eller inte besvara) i lugn och ro, snarare än muntliga frågor direkt från vårdpersonalen, som kan upplevas som mer uppfostrande (Höglund 2010). Detta visar att den press individen i praktiken utsätts för är en gradfråga och att respekten för individens autonomi kan ges större eller mindre utrymme beroende på hur undersökningarna organiseras i detalj. Sådana variationer skulle således behöva redovisas då jämförelser görs mellan olika förslag, så att oberättigat eller onödigt starka påtrykningsupplägg därmed kan undvikas.

Ett annat sätt att se på autonomi är att det är ett värde som ska befrämjas snarare än som bara en rättighet som ska respekteras; vi har skäl att stärka människors möjligheter att styra över sina liv. Enligt denna idé kan autonomi användas som grund för att en viss undersökning ska (börja) erbjudas.²⁵ Tanken är då att vissa insatser kan ha en positiv inverkan på patienternas/klienternas autonomi, dvs. deras framtida möjlighet att planera och leva sitt liv i enlighet med sina egna önskemål och värderingar – i den internationella diskussionen används ofta begreppet ”empowerment” för att uttrycka denna tanke.

²⁴ Kravet på respekt för patienters autonomi kan i sin tur motiveras på två huvudsakliga vis: dels utifrån tanken att den är en etiskt grundläggande mänsklig rättighet som gäller oinskränkt oavsett konsekvenserna (som hos Nozick 1974), dels på grundval av idéer om den individuella såväl som samhälleliga nyttan av att upprätthålla en sådan rätt på det praktiska planet (som hos Tännsjö 2002).

²⁵ Till skillnad från synsättet att autonomi är en rättighet som ska respekteras, eftersom detta inte innebär en målsättning att förverkliga utan endast en begränsning av de medel som är godtagbara för att befrämja mer traditionella vårdmål (som hälsa och välbefinnande).

Denna autonomiidé utgör dock inte någon solid grund för ett försvar för rutinfrågor om våldsutsatthet, åtminstone inte idag. Till att börja med är det väldigt svårt att insamla belägg för att en viss åtgärd verkligen gynnar autonomin. Detta eftersom grad av autonomi eller självbestämmande är väldigt svårt att mäta (Juth 2005, s 199-209) och befintliga försök att göra detta tillämpar regelmässigt inadekvata metoder.²⁶ Det finns visserligen egenskaper som rimligtvis hänger intimt samman med autonomi som går att undersöka empiriskt, exempelvis grad av självkänsla. Dessa är dock osäkra indikatorer på autonomi och har inte kunnat påvisas vara befrämjade av program med rutinfrågor (Nelson et al, 2004).

Det är vanligt att integritetsaspekter nämns eller diskuteras i samband med autonomi (Höglund 2010). Integritetsbegreppet används ofta för att benämna vissa aspekter av personen som anses särskilt skyddsvärda, som kroppen eller särskilt känslig eller intim information om personen. Att berätta om eventuell våldsutsatthet kan förstås vara särskilt känsligt eller intimt för den som tillfrågas; om någon upplever att frågan ”går för nära in på livet” går det alltså att formulera som ett problem ur integritetssynpunkt. Det är dock svårt att utforma tydliga, formella regler med avseende på detta, eftersom olika människor upplever olika saker som intima och känsliga. Det finns också, som nämnts, gott om belägg för att den stora gruppen tillfrågade kvinnor inte upplever frågor om våldsutsatthet som problematiska ur integritetssynpunkt (vilket inte innebär att det inte finns de som upplever det så och att detta inte bör tas på allvar vid utformandet av de frågeinstrument som är menade att tillämpas i en praxis på detta område). Åter kan det spela roll *hur frågan ställs* och hur man handskas med svaren. Detta är något som ska tas upp nedan under undersökning och uppföljning.

Rättvisa

Rättvisa är liksom autonomi ett omstritt begrepp, med flera olika konkurrerande etiska läror som förhåller sig till det.²⁷ Alla rättviseideal delar emellertid en gemensam betydelsekärna – ibland kallad *formell rättvisa* – som består i ett krav på frånvaro av omotiverad särbehandling (eller, annorlunda uttryckt, likabehandling i avsaknad av relevanta skäl som talar för något annat). Olika ideal skiljer sig sedan åt med avseende på vilka skäl som kan vara relevanta och, därigenom, *vad* som kan räknas som *motiverad* särbehandling.

Det finns i litteraturen försök att använda rättviseargument till förmån för screening och andra rutinundersökningar: om det är en fördel att få ta del av undersökningen, så bör den komma alla till godo (och inte bara de som har kunskap och resurser att aktivt uppsöka undersökningen), kan argumentet sammanfattas. Detta resonemang vilar dock på förutsättningen att det verkligen är en fördel för dem som ingår i programmet ifråga att få undersökningen, dvs. att redan nämnda fördelar aktualiseras i tillräcklig utsträckning för tillräckligt många, men att inte nackdelarna gör det. Det förutsätter vidare att ett eventuellt gynnsamt förhållande mellan undersökningens

²⁶ Munthe et al (2012), Munthe (2012).

²⁷ För en introduktion på svenska, se Hansson 2001.

fördelar och nackdelar inte rubbas av att erbjudandet om den organiseras som en screening (eller rutin). Denna sistnämnda förutsättning kan dock inte tas för givet, eftersom det kan följa speciella effekter i termer av såväl hälsa som välbefinnande, autonomi och kostnadseffektivitet, av ett utvidgat erbjudande på samhällets initiativ där flera kommer att vara oförberedda och kan antas undersökas "i onödan". Med andra ord kan rättvisöverbäganden av nyss anförda slag på sin höjd vara ett tilläggsargument för rutinundersökningar endast om redan nämnda faktorer redan s.a.s. är på plats (Juth och Munthe 2012, ss. 27-29).

Rättvisöverbäganden är i grunden fördelningsfrågor och det innebär att det finns en annan aspekt av hur rättvisöverbäganden kan kopplas till bedömningen av (föreslagna) verksamheter, t.ex. inom hälso- och sjukvården. För alla sådana verksamheter finns anledning att ställa frågan om resurserna kan fördelas på ett bättre sätt. Finns något annat att lägga resurserna på som vore bättre än den verksamhet eller åtgärd som bedöms? Rättvisöverbäganden av denna typ kan utgöra kraftfulla invändningar mot verksamheter, men (i enlighet med vad som nyss sagts) i positiv anda tala till deras fördel endast som ett tillägg till andra argument. En egenhet med screeningprogram är att de har stor volym och behov av en komplicerad organisation (t.ex. för att tillgodose krav på respekt för autonomi, åstadkomma standardiseringar av undersökningen, utveckla kompetens att handha dess följder och andra åtgärder vilka som regel är nödvändiga för att kvalitetssäkra verksamheter av den omfattning som det här handlar om) och att de därför i utgångsläget tyngs av den uppenbara nackdelen att vara mycket kostsamma. Därmed inte sagt att de aldrig kan motiveras, men det innebär att det ofta är svårt att motivera tänkbara sådana program i termer av tillräckligt stora fördelar (i termer av de värden som nämnts), då dessa behöver kunna uppväga betydande kostnader (Juth och Munthe 2012, ss. 147-149).

Bevisbörda, beviskrav och försiktighet

Det finns således en rad skäl i termer av grundläggande värden som gör att screeningprogram, eller andra rutinmässiga undersökningsprogram som delar ett screeningprograms huvudsakliga egenskaper bör betraktas med särskild initial försiktighet från samhällets sida. Denna bedömning vilar inte på att sådana verksamheter bedöms efter någon annan måttstock än andra åtgärder inom vården. Generellt (i regleringar och styrdokument, uttryckt i termer av krav på god kvalitet, överensstämmelse med vetenskap och beprövad erfarenhet, kostnadseffektivitet, behovsanpassning, m.m.) gäller ju att samhället tillämpar en initial tveksamhet inför *alla* föreslagna åtgärder och verksamheter inom vårdens ram. Vad vi har framhållit här är att screeningprogram och liknande verksamheter i kraft av typiska egenskaper med avseende på verksamhetens omfattning, organisation och komplexitet redan från början tyngs av nackdelar i dessa avseenden, vilka behöver balanseras av en rad olika och omfattande fördelar för att verksamheten ska bli möjlig att berättiga. På samma vis som samhället, baserat på erfarenheter om det delikata i den typen av verksamhet, iakttar särskild försiktighet när det gäller användningen av läkemedel förefaller det således finnas grund för att tillämpa ett besläktat tänkesätt när det gäller förslag på att starta screeningprogram eller att på bred front inleda rutinmässiga undersökningsverksamheter som liknar renodlade screeningprogram i viktiga avseenden.

Till detta kommer en ytterligare faktor, som har att göra med att just verksamheter av det slag som vi talar om här är inlemmade i en organisatorisk och institutionell "logik", som samhället behöver förhålla sig till (Juth och Munthe 2012, ss. 2, 135-137, 147-149). Denna har två sidor. Dels finns en välbelagd och uppenbar attraktionskraft i idén om ha en screening, vilken inte bara kan härledas till de ambitioner att göra gott och förebygga elände som förstås motiverar de vårdprofessionella som föreslår verksamheter av detta slag. Rent organisationsteoretiska och andra strukturella krafter har på detta område, liksom andra där det handlar om stora volymer och värden (exempelvis introduktion av nya läkemedel), en tydlig tendens att påverka såväl enskildas som grupperingars bedömningar utöver vad tydliga saksäl motiverar. Den andra sidan handlar om den praktiska möjligheten att "vrida klockan tillbaka" i det fall beslut i efterhand visar sig ha varit mindre välöversvägda. Just verksamheter med stor omfattning, som berör många personer, omsätter mycket pengar och påverkar viktiga värden är välkända för att vara ytterst svåra att stoppa eller reducera då de en gång har startats, även då påfallande brister framkommer i efterhand. I dessa lägen kan i stället uppstå långdragna "dragkamper" mellan förespråkare och motståndare, där patienter inte sällan dras in som stödtrupper och slagträn medan kvaliteten på den vetenskapliga diskussionen stadigt sjunker. Ett praktexempel på en sådan process utgörs av utvecklingen av diskussionen kring screeningprogram för bröstcancer med mammografi (Juth och Munthe 2012, 114-122).

Det finns således både mer praktiska/pragmatiska och mer renodlat etiska skäl att tillämpa extra försiktighet inför beslut om att starta eller utvidga screeningprogram samt verksamheter som delar väsentliga egenskaper med screeningprogram. Bevisbördan ligger på den som vill införa programmet och det som behöver bevisas är en rad faktorer som gör det tillräckligt sannolikt att programmet skulle uppväga olika möjliga nackdelar och risker i tillräckligt hög grad. Skälen för extra försiktighet innebär att denna sannolikhet och denna grad behöver vara påfallande och väl underbyggd. Självfallet bör inte denna försiktighet drivas till absurda längder – försiktighet har också ett pris som måste balanseras mot behov av att agera inom viktiga områden (Munthe 2011), vilket illustreras av att även godkända läkemedel tillåts ha risker, osäkerheter och biverkningar. Men utgångsläget för bedömningen bör alltså vara att det i avsaknad av starka skäl för motsatsen alltid är lämpligt att avvisa förslag på screening eller screening-liknande verksamheter.

En vanlig ordning är att inledningsvis pröva en, som man hoppas, lovande undersökning i ett mindre ambitiöst format än en screening, men där man fortfarande gör det möjligt att utvärdera resultatet så att frågan om en utvidgning mot screening är lämplig eller inte kan utredas vidare. Fram till dess att övertygande skäl för en utvidgning framkommer kan verksamheten med undersökningen i det mer begränsade formatet fortgå. I föreliggande fall skulle detta kunna vara att se till att personal som möter kvinnor i vården utbildas till att ha en generellt och likvärdigt god beredskap att känna igen, följa upp och hantera de situationer där en kvinna *själv indikerar* att hon är eller riskerar att bli våldsutsatt, genom exempelvis utsaga, tecken eller symptom. Det vill säga, innan frågan om screening och rutinfrågor väcks bör en verksamhet byggd på patientens/klientens initiativ i enlighet med standardförfarandet för hur vård och omsorg erbjuds

vara noggrant utprövad och utvärderad. Huruvida en utvidgning mot något som mer kommer att likna en ren screening är lämplig eller inte får sedan ställas och prövas vidare på basis av detta.

Några hållpunkter för tillämpning vid en utvärdering av förslag om att ställa rutinfrågor om våldsutsatthet

En argumentation och bevisföring i syfte att ge skäl för ett screeningprogram (eller relevant likartad verksamhet) behöver förstås starta med den fråga som inleder Wilsons och Jungners kravlista: huruvida det handlar om ett (tillräckligt) allvarligt hälsoproblem. Denna fråga har vi redan initialt ovan besvarat jakande och således funnit anledning att gå vidare till nästa steg i en granskning.

1. Population, indikationer, inklusion och exklusion

För att komma vidare krävs nu att programmets eller alternativa programs upplägg beskrivs tillräckligt detaljerat för att tillåta utvärdering på de grunder som tidigare redovisats. Vi har nämnt hur program kan variera med avseende på en rad egenskaper som kopplar till hur "screening-liknande" upplägget är (dvs. vilken population det är, vilka indikationerna för att ställa frågorna är, vad som kan antas om de som rekryteras till programmet med avseende på förhandsuppfattning i frågan, m.m.). I uppgiften att klarlägga dessa aspekter ingår också en central fråga, som särskilt framhålls i Wilsons och Jungners (1968) åttonde krav, nämligen att det finns tydliga exklusions- och inklusionskriterier för programmet, både när det gäller undersökning och uppföljning (det kan vara andra som inkluderas i den senare fasen än i den förra).

Men det är mer som behöver klarläggas. Att ställa frågor om våldsutsatthet i nära relationer kan förstås göras på många olika sätt och dessa behöver klarläggas för att en ordentlig utvärdering ska kunna göras. Vi kommer här kort illustrera med några saker som behöver göras tydligt i förhållande till dels det tänkta frågandet, dels hur detta är menat att följas upp, dels hur processen för en slutlig värdering av ett förslag kan se ut.

2. Frågan

I litteraturen poängteras ofta att *hur* frågan ställs förmodligen har stor betydelse för villigheten att svara ärligt och en eventuell uppkommen nytta för patienten. Här finns det många olika saker att beakta.

För det första, en *viss* grad av standardisering är nödvändig för att det över huvud taget ska gå att tala om ett program, för att kvalitetsuppföljning ska vara möjlig, och så vidare. Men man måste överväga *hur* standardiserade *formuleringen av frågorna* ska vara. Även instruktioner om *frågeställarens sätt att framföra en viss formulering* kan vara mer eller mindre detaljerade. Här

är ett kontinuum av möjligheter öppna. På ena ändan så finns det program där man åtminstone efterstävar att frågan ställs efter en på förhand fastlagd formulering som är lika för alla och med likartade instruktioner angående tonläge, val av introduktion till att ställa frågan, m.m., något man ofta eftersträvar när man testar rutinfrågor i en klinisk randomiserad studie (MacMillan et al 2009). På andra ändan uppmanar man personalen att ställa frågan på ett som sätt de själva finner för gott, både vad gäller formulering och framförande (Berglund och Stenson 2010). I denna frågeställning ingår också i viss utsträckning överväganden om hur följdfrågor ska ställas, motfrågor och andra reaktioner besvaras och hanteras, m.m. (en del av detta kan också räknas till uppföljningsdelen av programmet).

En del av problematiken ovan försvinner om frågan ställs i skriftlig form (genom att patienten eller klienten fyller i en enkät eller ett formulär), men då måste man förstås undersöka om denna form är att föredra fram för en muntlig. Det går att hitta skäl som kan tala för att den skriftliga formen är en hjälp för människor att öppna sig (Höglund 2010), men det kan också tolkas som att denna form manipulerar människor att meddela mer om sig själva än vad de annars skulle ha velat göra. Den skriftliga formen medger också i högre utsträckning än den muntliga att patienten eller klienten får tillfälle att ta ställning till om hon alls vill medverka i undersökningen, vilket kan ses som både en fördel (ur autonomisynpunkt) och en nackdel (då det kan minska programmets kostnadseffektivitet). En skriftlig undersökning som ger vid handen att våld föreligger bör som regel också följas upp muntligen (Berglund och Stenson 2010). Det kvarstår alltså en rad oklarheter angående i vilken utsträckning (och i så fall hur) man bör standardisera presentationen av ett eventuellt frågeformulär.

För det andra kan *den situation* i vilken man ställer frågan vara mer eller mindre standardiserad. Man kan exempelvis utforma ett program för rutinfrågor om våldsutsatthet så att frågan alltid ställs på samma ställe (exempelvis ett särskilt mottagningsrum) vid första besöket. Det minst standardiserade alternativet är att helt lämna det till den individuella vårdgivaren eller socialtjänstemannen att efter eget gottfinnande välja på vilken plats och i vilket läge man ska ställa frågan.

För det tredje kan situationen i sin helhet där frågan ställs se olika ut. Exempelvis kan frågan ställas i samband där man också har ambitionen att ställa *andra* frågor rutinmässigt. Som redan nämnts har det exempelvis diskuterats om man alltid ska tillfråga patienter i primärvården om kost-, alkohol-, tobaks- och motionsvanor. I ett sådant sammanhang uppkommer då frågan om vilka gränser som ska dras för vilka frågor som ska ställas rutinmässigt, eftersom det finns många faktorer som kan vara relevanta för en hälsobedömning. För att svara på gränsdragningsfrågan måste man bl.a. undersöka hur ett obligatoriskt batteri av frågor påverkar mötet vårdpersonal-patient.

För det fjärde finns det anledning att överväga om man ska se till att frågan ställs när partnern är frånvarande eller inte. Det finns vissa svaga kvalitativa belegg för att barnmorskor upplever att ett av de viktigaste hindren för att tillfråga kvinnor om våldsutsatthet är partners närvaro; helst

skulle barnmorskan vilja tillfråga kvinnan när hon är utan sin partner (Stenson et al 2005). Det är inte heller orimligt att i allmänhet anta att det blir svårare för en våldsutsatt att prata om problemet om den person som utsätter en för våld är närvarande. Det är dock oklart hur standardiserat ett ”partnerfritt” möte kan åstadkommas t.ex. i mödravården i samband med graviditet, utan att olika nackdelar därmed skapas. Att inte ha det som rutin kan göra att de som verkligen har problem inte känner att de har tillfälle att berätta om det. Å andra sidan kanske denna grupp drar sig för att dyka upp på de partnerfria mötena, samtidigt som partners i de fall där det inte finns en våldsutsatthet (vilket kan förmodas vara flertalet) upplever sig oberättigat utestängda, m.m. på ett sätt som kanske t.o.m. kan störa parets gemensamma förberedelser inför förlossning.

Det finns säkerligen fler dimensioner inom vilka man kan tänka sig högre eller lägre grader av specificitet, standardisering, m.m. som är av betydelse för en utvärdering. Det ankommer på den som vill påvisa det lämpliga med ett program att ge en preciserad beskrivning av detta även i dessa avseenden.

3. Uppföljningen

Valet av uppföljningsstrategi är förstas av stor betydelse i samtliga fall av medicinska och andra hälsorelaterade undersökningar, men ju mer screening-liknande ett program är desto viktigare blir det att ha bestämda och på förhand utformade uppföljningsstrategier och tydliga kriterier för när de ska och inte ska tillämpas (Juth och Munthe 2012, ss. 72-73). Betydelsen av detta i fallet med att ställa rutinfrågor om våldsutsatthet har också framhållits i den internationella diskussionen (Klevens och Saltzman 2009). Det finns vissa belägg för att brist på beredskap för hur man ska hantera kvinnor som vill tala om våldsutsatthet är ett av de största problemen med att tillfråga dem: vårdpersonalen kan upplevas som besvärad, för lite engagerade, ifrågasättande eller oförstående (Gerbert et al 1996, Hamberger et al 1998). Det är förmodligen därför det råder total enighet om att utbildning på bred front krävs för att effektivt kunna handskas med våld i nära relationer, oavsett vilken strategi för uppföljning man väljer. Att *någon* strategi måste tillverkas dock obestridligt; personalen behöver veta hur de ska handskas med problematiken när den uppkommer.

Valet av uppföljningsstrategi måste självfallet styras av de två faktorerna i vad mån de där våldsutsatthet indikeras får den hjälp de behöver och i vad mån de som inte indikerar detta men på andra sätt påverkas av utfrågningen på andra sätt får adekvat stöd för att inte extra negativa effekter ska uppstå i onödan. Som nämndes ovan finns här en glidande skala från vilken beredskap som finns att ta hand om följdfrågor, förvånande svar och andra reaktioner på ett bra sätt till rutiner för att sätta igång helt nya processer där t.ex. kvinnojourer, socialtjänst och polis kopplas in. Av särskilt vikt är förstas att fastslå hur oklara eller tveksamma fall ska hanteras, hur patienten och klienten ska involveras, med mera.

I den svenska diskussionen på området har dock inga sådana förslag preciserats. Istället har man försökt göra gällande att själva frågandet om våldsutsatthet *som sådant* kan vara fördelaktigt. Det går dock att tolka utsagorna om vari detta fördelaktiga skulle kunna bestå på lite olika sätt. Ibland uttrycks det som att ställandet av frågor om våldsutsatthet är *fördelaktigt i sig*. Ibland verkar det snarare som att man tänker sig att frågandet har *fördelaktiga konsekvenser*.

Det vanliga sättet att försvara att frågandet om våldsutsatthet kan vara fördelaktigt i sig är genom att hävda att man genom att ställa denna fråga *ger uttryck* för en viktig ståndpunkt eller värdering från vårdens sida gentemot den tillfrågade. Låt oss därför kalla detta för det *expressiva argumentet* (för att rutinmässigt fråga om våldsutsatthet). Exempelvis antyds ibland att man genom att fråga *ger uttryck* för att man tillmäter problemet med våldsutsatthet den vikt som hälsoproblem som det förtjänar: ”Om man ställer frågan tidigt *visar man* att frågan är en viktig del i bedömningen av patientens ohälsa.” (Berglund och Stenson 2010, s 20, vår kurs.)²⁸ En annan variant är att hävda att man genom att fråga *ger uttryck* för att man tar avstånd från våld i nära relationer: ”Genom att ställa frågor om våld och berätta om konsekvenserna för hälsan *visar hälso- och sjukvården att våld är ett oacceptabelt beteende* och kan på så sätt bidra till att våld i nära relationer minskar.” (Berglund och Stenson 2010, s 26, vår kurs.)

Att försvara rutinmässig undersökning av våldsutsatthet *enbart* med hänvisning till att man från vårdens eller socialtjänstens sida vill ge (och eventuellt också *ger*) uttryck för vissa aldrig så välgrundade och sunda ståndpunkter eller värderingar är dock uppenbart otillräckligt. Detta i och med att de bästa av avsikter är fullt förenliga med de sämsta av resultat, oavsett i vad mån de uttrycks eller inte. De skrivningar som citerats ovan ska kanske inte heller tas alltför bokstavligt. Som det sista citatet antyder hoppas man förmodligen att det uttryckta avståndstagandet faktiskt också bidrar till *fördelaktiga konsekvenser*, genom att ”bidra till att våld i nära relationer minskar” eller på annat sätt förbättra kvinnors hälsa. Då är man tillbaka i frågan om vilka belägg det finns för att frågan verkligen har sådana konsekvenser och för att närmare granska den förefaller det nödvändigt att studera program som även innefattar preciserade uppföljningsstrategier.

Avslutningsvis kan det finnas anledning att påminna om att det är en synnerligen vanlig retorisk figur i medicinska och andra vårdssammanhang att, i likhet med citaten ovan, om nya åtgärder eller strategier säga att de "kan" eller "skulle kunna" ha den ena eller andra gynnsamma effekten. Sådana uttalanden görs vanligen för att understödja idéer om att det finns anledning att arbeta vidare med att utveckla, utvärdera och därmed satsa pengar på den sak som det gäller. Från detta är dock steget mycket långt till att ha erhållit något som liknar ett skäl för att kliniskt *använda* åtgärden eller strategin ifråga. Än mindre finns i sådana påståenden något som talar för att på bred front tillämpa åtgärden som *rutin* eller screening.

4. Utvärderingen

²⁸ Citatet antyder dock att frågan enbart ska ställa i samband med *bedömning av ohälsa*, vilket inte ger stöd för att ställa frågan rutinmässigt vid exempelvis graviditet.

Då det finns ett eller flera preciserade förslag på ett program för rutinfrågor om våldsutsatthet, vilka också inkluderar tydliga uppföljningsmoment, då dessa har prövats i mer begränsade omfattningar under en tillräckligt lång period och data samlats in om resultaten av dessa prövningar, så kan man nå den punkt då det blir möjligt att börja utvärdera förslaget att utvidga verksamheten till något mer screening-liknande eller rutinmässigt. En sådan utvärdering måste då ske genom att olika versioner av idén om program av detta slag jämförs med varandra samt med en version där frågor om våldsutsatthet ställs, men inte som en generell rutin eller allmän screening, utan i den mån som patienter eller klienter aktualiserar ämnet. Som nämnts kan en sådan aktualisering vara mer indirekt, genom att symptom eller problem som patienten eller klienten söker för, eller som uppmärksammas i samband med en sökt undersökning, osökt ger anledning att överväga våld som en möjlig del av anamnesen.

Även denna sistnämnda variant kräver omfattande träning och utbildningsinsatser, kanske också åtgärder för att bättre samordna vård, socialtjänst och polis. Men de mer screening-liknande varianterna kommer förstås att ta än mer resurser i anspråk. Därför finns alltid anledning att i utvärderingen också ställa frågan om något av förslagen, inklusive det mest blygsamma, kan sägas utgöra en god användning av hälso- och sjukvårdens begränsade resurser. Vad än vården väljer att lägga sina resurser på, så medför alltid sådana val s.k. alternativkostnader i termer av att det då inte finns resurser att göra vissa andra vällovliga saker. Med andra ord måste alltid frågan ställas vad som skulle kunna göras med resurserna i stället för att inrätta ett program med någon form av rutinfrågor om våldsutsatthet och huruvida dessa alternativa verksamheter eventuellt vore bättre i termer av de värden som tidigare nämnts.

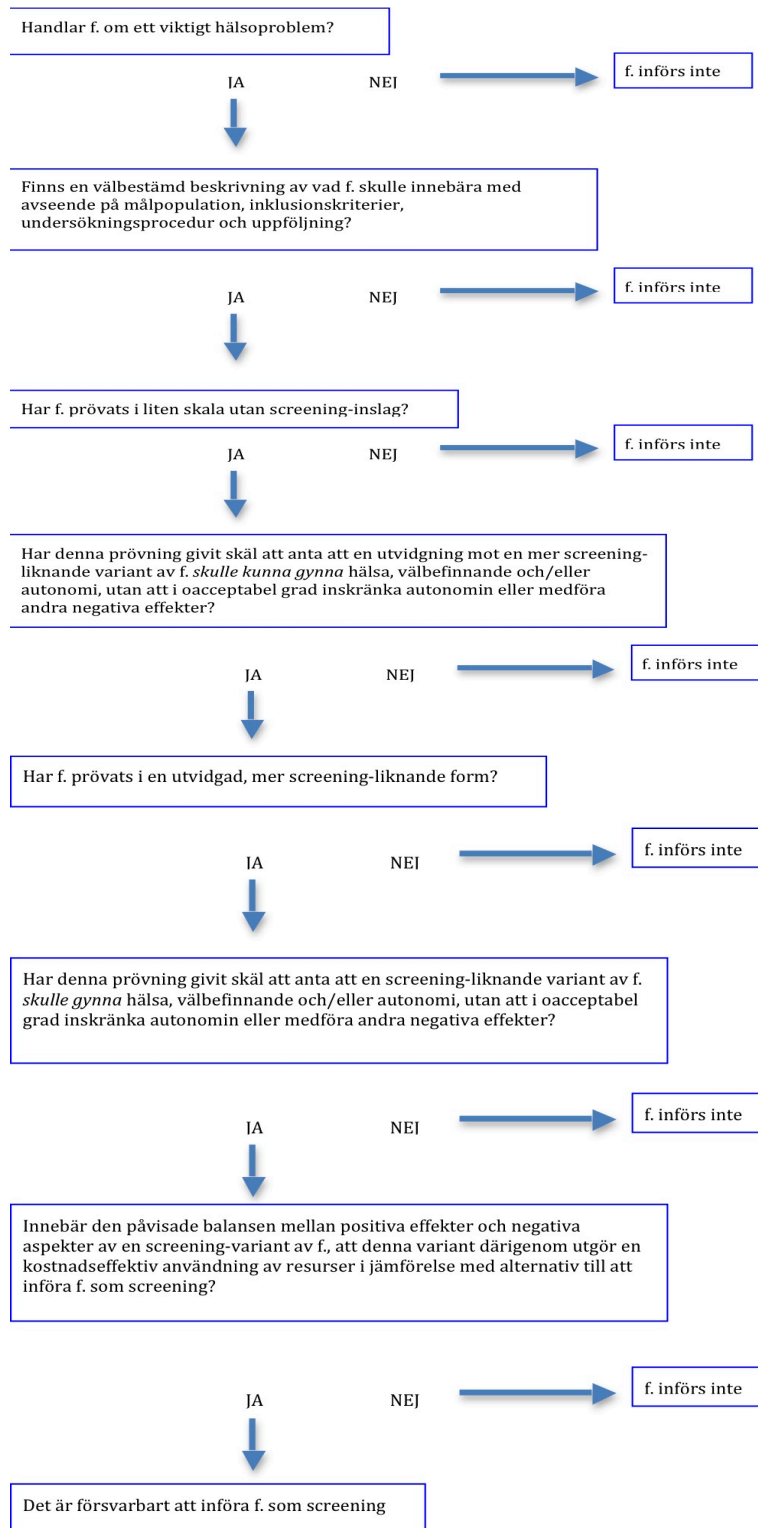
4. Lathund och avslutning

Huruvida en verksamhet att rutinmässigt ställa frågor om våldsutsatthet till patienter inom hälso- och sjukvården och/eller klienter inom socialvården utgör ett screeningprogram eller inte är en terminologisk fråga. Enligt en internationellt vida omfattad betydelsekärna som förenar olika förslag på definitioner av termen "screening" utgör en sådan verksamhet screening om *hälsoundersökningen initieras av vården/samhället och riktas mot en större population, oavsett individuell misstanke om problem med tillståndet i fråga*. Enligt denna definition är exempelvis förslag som innebär att alla gravida kvinnor ska tillfrågas om våldsutsatthet alltså screening. Som framhölls i avsnitt 2 ovan går det utmärkt för den som så önskar att göra en egen definition som får andra resultat än detta, men sådana val av ord saknar betydelse för en närmare utvärdering av om en verksamhet av indikerat slag vore försvarbar eller inte.

I den sistnämnda frågan har vi i avsnitt 3 gått igenom dels sådana grundläggande värden som kan och bör läggas till grund för en bedömning av att ställa rutinfrågor om våldsutsatthet i vården och/eller socialtjänsten och dels vilka faktorer bedömningen av ett förslag om att införa en rutin av nämnt slag behöver innefatta för att förslaget ska kunna berättigas. Detta är kärnan i vad en

etisk analys kan åstadkomma. Vi har dock i samband med denna analys kort kommenterat hur forskningsläget ser ut vad gäller påverkan på sådana värden och faktorer. Vi vill dock påminna om begränsningarna i vad en etisk analys kan åstadkomma på den senare punkten: en etisk analys kan inte ensam avgöra evidensfrågan. Däremot kan en etisk analys ta ställning till vilken evidens som *bör* krävas, eftersom det uppenbart är en normativ fråga. Vi har i den frågan fört fram olika skäl för att förslag om att införa rutinundersökningar bär en tung bevisbörda. I ljuset av det är vår egen bedömning att det i dagsläget förefaller vara ganska långt ifrån att något sådant förslag skulle vara i närheten av ett berättigande. Detta utesluter dock inte att läget kan komma att ändras framöver allteftersom beskrivningarna av olika förslag förfinas och utvecklas (på denna punkt finns idag brister som påtalats ovan) och prövas stegvis i enlighet med den vanliga ordningen för att studera och utvärdera nya metoder inom vården.

Som avslutning presenterar vi på nästkommande två sidor en förenklad "lathund" som presenterar ett flödesschema enligt vilket en prövning av förslag på screening program eller andra verksamheter där undersökningar organiseras på ett screening-liknande sätt kan göras steg-för-steg. Utgångspunkten för detta schema är frågeställningen om ett sådant förslag, "f." bör införas som screening/rutin eller inte och de olika frågor som ställs i de olika stegen ska tolkas i linje med sådana påpekanden som gjorts i avsnitt 2 och 3.



Referenser

- Andersson, K. 2004. Mödravården måste motivera varför man ställer rutinfrågor om våld och övergrepp. *Läkartidningen* 101:132-3.
- Beauchamp T.L., and J.F. Childress. 2009. *Principles of biomedical ethics*. 6th edition. New York, Oxford: Oxford University Press.
- Berglund, A. 2010. Förekomsten av våld mot kvinnor i Sverige och internationellt. In *Att fråga om våldsutsatthet som en del av anamnesen*, eds. Heimer, G., and A. Berglund. Uppsala: NCK-rapport 2010:4.
- Berglund, A. and K. Stenson. 2010. Att ställa frågan om våld. In *Att fråga om våldsutsatthet som en del av anamnesen*, eds. Heimer, G., and A. Berglund. Uppsala: NCK-rapport 2010:4.
- Berglund, A. and E. Tønnesen. 2010. Varför ska frågan om erfarenhet av våld ställas? In *Att fråga om våldsutsatthet som en del av anamnesen*, eds. Heimer, G., and A. Berglund. Uppsala: NCK-rapport 2010:4.
- Feder G., C. Griffiths, and H. MacMillan. 2005. Zero tolerance for domestic violence. *The Lancet* 365: 120.
- Gerbert B., K. Johnston, N. Caspers, T. Bleecker, A. Woods, and A. Rosenbaum. 1996. Experiences of battered women in health care settings: A qualitative study. *Women's Health* 24: 1–17.
- Hamberger L.K., B. Ambuel, A. Marbella, and J. Donze. 1998. Physician interaction with battered women: The woman's perspective. *Archives of Family Medicine* 7: 575–582.
- Hansson, S.O. 2001. Rättvisa och effektivitet: en idéanalys. Stockholm: Fritzes offentliga publikationer: Finansdep., Regeringskansliet, Graphium/Norstedt.
- Heimer, G., and A. Berglund. 2010. *Att fråga om våldsutsatthet som en del av anamnesen*. Uppsala: NCK-rapport 2010:4.
- Högberg, U. and Edin K. 2008. Fråga om våld i mödravården – inte ett antingen eller. *Läkartidningen* 20: 1505-1506.
- Höglund, A.T. 2010. Etiska aspekter på att rutinmässigt fråga om erfarenheter av våld i nära relationer. In *Att fråga om våldsutsatthet som en del av anamnesen*, eds. Heimer, G., and A. Berglund. Uppsala: NCK-rapport 2010:4.
- Ioannou, P. 1999. Thalassaemia prevention in Cyprus. Past, present and future. In *The ethics of genetic screening*, eds. R. Chadwick, et al. Dordrecht: Kluwer Academics Publishers.
- Juth N. 2012. *Genetic information: Values and Rights. The morality of presymptomatic Genetic Testing*. Saarbrücken: Lap Lambert Academic Publishing GmbH & Co.
- Juth, N., and C. Munthe. 2012. *The ethics of screening in health care and medicine*. Dordrecht: Springer.
- Kim, S.Y.H. 2010. *Evaluation of capacity to consent to treatment and research*. New York: Oxford University Press.
- Klevens, J. and L. E. Saltzman. 2009. The controversy on screening for intimate partner violence: a question of semantics? *Journal of women's health* 18:143-145.
- Lundgren E., G. Heimer, J. Westerstrand, and A-M. Kalliokoski. 2001. *Slagen dam; Mäns våld mot kvinnor i jämställda Sverige – en omfångsundersökning*. Umeå: Brottsoffermyndigheten.

- MacMillan H.L., and C.N. Wathen. 2005. Family violence research. Lessons learned and where from here? *JAMA* 294: 618-620.
- MacMillan H.L., C.N. Wathen, E. Jamieson et al. 2009. Screening for intimate partner violence in health care settings: a randomized trial. *JAMA* 302: 493–501.
- McCloskey, L., E. Lighter, C. Williams, M. Gerber, E. Wittenberg, and M. Ganz. 2006. Assessing intimate partner violence in health care settings leads to women’s receipt of interventions and improved health. *Public Health Reports* 121: 435-443.
- Munthe C., L. Sandman, D. Cutas. 2012. Person centered care and shared decision making: implications for ethics, public health and research. *Health Care Analysis*, 20 (3): 231-249.
- Munthe, C. 2011. *The Price of Precaution and the Ethics of Risk*. Dordrecht, Heidelberg, London & New York: Springer.
- Munthe C. 2012. Challenges for empirical study of patient autonomy, self-determination and co-decision making. Poster presented at *Thinking Ahead: Bioethics for the Future, the Future of Bioethics – Challenges, Changes, Concepts. 11th World Congress of the International Association of Bioethics*. Rotterdam, June 26-29, 2012. Online access: <http://gup.ub.gu.se/records/fulltext/159822.pdf>
- Nationellt Centrum för Kvinnofrid (NCK) *Att ställa frågan om våld – ett utbildningsmaterial för hälso- och sjukvården*.
- Nelson, H., P. Nygren, Y. McInerney, and J. Klein. 2004. Screening women and elderly adults for family and intimate partner violence: A review of the evidence for the US Preventive Services Taskforce. *Annals of Internal Medicine* 140: 387-396.
- Nozick, R. 1974. *Anarchy, State and Utopia*. New York: Basic Book.
- Pencheon, D., C. Guest, D. Melzer, and M. Gray. 2001. *Oxford handbook of public health practice*. Oxford, UK: Oxford University Press.
- Ramsay, J., J. Richardson, Y. Carter, L. Davidson, and G. Feder. 2002. Should health professionals screen women for domestic violence? Systematic review. *British Medical Journal* 325: 314-336.
- Rawls, J. 1972. *A Theory of Justice*. London: Oxford University Press.
- Rådestad, I., Rubertsson, C., and Hildingsson, I. 2008. Nyttan måste balanseras mot skada. *Läkartidningen* 11: 807-808.
- Scheffer Lindgren, M., J. Bergkvist, M. Dufort, and A. Tengström. 2010. Inventering av vårdbehov och utvärdering av Socialtjänstens insatser för våldsutsatta kvinnor. Rapport Forskningscentrum för psykosocial hälsa: http://www.forumforskning.se/sites/default/files/images/Socialtj%C3%A4nststudien%20slutversion%2020110104_0.pdf
- Spangaro J., A.B. Zwi, and R.G. Poulos. 2009. The elusive search for definitive evidence on routine screening for intimate partner violence. *Trauma Violence & Abuse* 10: 55–68.
- Spangaro J., A.B. Zwi, R.G. Poulos, and W.Y. Man. 2010. Six months after routine screening for intimate partner violence: attitude change, useful and adverse effects. *Women and Health* 50:125-143.

- Stenson K., H. Saarinen, G. Heimer, and B. Sidenvall. 2001. Women's attitudes to being asked about exposure to violence. *Midwifery* 17:2-10.
- Stenson K., B. Sidenvall B, and G. Heimer. 2005. Midwives' experiences of routine antenatal questioning relating to men's violence against women. *Midwifery* 21:311-21.
- Stenson, K., M. Öberg, Å. Witkowski, and G. Heimer. 2008 (i). Oansvarigt att inte fråga. *Läkartidningen* 20: 1507.
- Stenson, K., M. Öberg, Å. Witowski, G. Heimer, U. Högberg, and K. Edin. 2008. Hur frågar vi för att identifiera utsatta kvinnor? *Läkartidningen* 22: 1694.
- The Royal College of Midwives. 2006. Domestic abuse: pregnancy, birth and the puerperium. Guidance Paper. www.rcm.org.uk/info/docs/GP5_Domestic_abuse_1.doc.
- Tännsjö, T. 2002. *Tvångsvård: om det fria valets etik i hälso- och sjukvård*. Stockholm: Thales.
- US Preventive Services Task Force. 2004. Screening for family and intimate partner violence: Recommendation statement. *Annals of Internal Medicine* 140:382–386.
- Wathen, N., and H. MacMillan; Canadian Task Force on Preventive Health Care. 2003. Prevention of violence against women: recommendation statement from the Canadian Task Force on Preventive Health Care. *CMAJ* 169: 582-584.
- Wathen, N., and H. MacMillan. 2003. Interventions for violence against women: Scientific review. *Journal of the American Medical Association* 289: 589-599.
- 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. www.who.int/gender/violence/who_multicountry_study/summary_report/chapter6/en/index4.html. Geneva: WHO.
- Wilson, J.M.G., and G. Jungner. 1968. Principles and practice of screening for disease. *Public Health Papers* WHO No. 34, Geneva.
- Wood, S.L., and M.S. Sommers. 2011. Consequences of intimate partner violence on child witnesses: a systematic review of the literature. *Journal of Child and Adolescent Psychiatric Nursing* 24: 223-36.