

Ställ frågan om våldsutsatthet till alla

Att propagera för att ensidigt fråga kvinnor om våldsutsatthet är för mig som ung läkare rent ut sagt skrämmande. Det rimmar mycket illa med en jämlik vård för alla, en sjukvård på lika villkor.

Det engelska uttrycket »domestic violence« ska till svenska korrekt översättas »våld i nära relationer«, men i svensk litteratur och i vårdprogram och regeringsdokument används sedan 20 år tillbaka oftast det missvisande uttrycket »mäns våld mot kvinnor«. Detta betyder att problemet underskattas med hälften. Internationell forskning visar att våld i nära relationer är ett betydande allmänmänskligt problem och att lika många män som kvinnor blir slagna av sin partner varje år [1-5].

Anna Berglund vid Nationellt centrum för kvinnofrid, Uppsala universitet, hör till dem som påtalat bristen på forskning kring denna problematik i Sverige. Hittills finns endast svensk forskning vad gäller våldsutsatta kvinnor. Det mest citerade alstret, »Slagen dam« [6], fick dessutom mycket hård kritik år 2005, när undersökningen granskades på uppdrag av rektorn vid Uppsala universitet i samband med anklagelser om vetenskaplig oseriöshet mot en av huvudförfattarna [7].

Kvinnor står för hälften av våldet i nära relationer men skadas 2-3 gånger så ofta på grund av mäns större styrka. De blir också oftare utsatta för upprepad misshandel, men villigheten att initiera våld är dock densamma hos bägge könen [4]. Våldsutsatta män är

till stor del osynliga i samhället, medan hundratals miljoner kronor satsas av regeringen varje mandatperiod för att hjälpa våldsutsatta kvinnor.

Antologin »Att fråga om våldsutsatthet som en del av anamnesen« är en del i den senaste miljörapporten, »Handlingsplan för att bekämpa mäns våld mot kvinnor, hedersrelaterat våld och förtryck samt våld i samkönade relationer« (Skr 2007/08:39), som uttryckligen inkluderar män endast som förövare, inte som våldsutsatta [8]. Undantaget är om mannen lever i en samkönad relation eller är av utländsk härkomst.

Utsatthet för våld i en nära relation kan leda till negativa hälsoeffekter för både kvinnor och män. De personer som utsätts drabbas i betydligt högre grad än andra av bland annat ångest, depression och sömnsvårigheter, men även av somatiska besvär som mag-tarmsymtom och olika smärttillstånd.

Att undersöka och börja ställa frågan om våldsutsatthet inte bara på akuten när patienten kommer med uppenbara skador utan som en naturlig del av anamnesupptagandet i den dagliga verksamheten borde kunna leda till stora vinster för både individen och sjukvården. Patienter får hjälp och stöd med det bakomliggande problemet, och sjukvården slipper onödiga besök och utredningar som inte leder någon vart. Detta är också ett av budskapen man vill föra fram med antologin.

En annan viktig aspekt på våld i nära relationer är att det just sker i när relationer, såsom familjer, där det också förekommer barn. Att barn finns med i bilden är en betydande anledning till att den våldsutsatte stannar i den våldsamma relationen och har svårt att ta sig ur. Både våldsutsat-

ta män och våldsutsatta kvinnor kan uppleva ett starkt behov av att skydda barnen från den våldsamma partnern, och de känner rädsla för att förlora kontakten med barnen om de försöker bryta upp.

Att växa upp i en miljö där pappa eller mamma blir utsatt för våld, övergrepp och förnedring är ur barnets perspektiv ett problem i sig. Självklart måste det bli rutin att fråga patienter om våldsutsatthet, men att propagera för att ensidigt fråga kvinnor, som Anna Berglund och Gun Heimer gör i Läkartidningen (LT 42/2011, sidan 2082), i den aktuella antologin och tidigare på DN-debatt [9], är för mig som ung läkare rent ut sagt skrämmande. Det rimmar mycket illa med en jämlik vård för alla, en sjukvård på lika villkor.

Det kanske viktigaste att komma ihåg är dock att antologin inte i första hand handlar om den sönderslagna patienten på akuten.

Det handlar om den vanliga avdelnings- och mottaningspatienten och vikten av att upptäcka det våld som leder till sjukdom men vars direkta effekter inte för patienten till sjukvården.

Vi talar om ett problem som drabbar kvinnor och

män i lika stor utsträckning. Att upptäcka detta är viktigt, inte minst för barnen i dessa relationer.

Barnens möjligheter att få hjälp, ska och får inte heller vara beroende av om det är mamma eller pappa som är den våldsutsatta. Än värre blir det när orsaken till att endast vissa barn får hjälp är att vi läkare slutat ta till oss forskningsresultat och i stället fattar beslut på ideologisk grund om att endast fråga kvinnor och mammor.

I antologin ägnas ett helt kapitel åt att argumentera för att man inte ska ställa frågan till män. Kapitlet sammanfattas: »Vad gäller frågan om huruvida enbart kvinnor ska tillfrågas om våld argumenterades för att detta kan motiveras av evidens, det vill säga forskning som belagt att våld i nära relationer i huvudsak utgörs av mäns våld mot kvinnor« [10].

Detta är ur ett vetenskapligt perspektiv osanning. Det finns ingen evidens för påståendet, däremot finns en hel del forskning om motsatsen. Den referens som ges är återigen den kritiserade »Slagen dam«, som nu döpts om till den svenska omfångsundersökningen. En enda undersökning utgör inte evidens,



RUTGER STJERNSTRÖM
ST-läkare, kirurgi,
kirurgkliniken,
Blekingesjukhuset
rutger.stjernstrom@
gmail.com



Våldsutsatta män är till stor del osynliga i samhället, hävdar Rutger Stjernström.

särskilt inte om det centrala resultatet av undersökningen inte har stöd i egna data och att slutsatsen borde vara den rakt motsatta utifrån dessa data [7].

Att avstå från att fråga en patient om våldsutsatthet enbart på grund av könstillhörighet är ur ett humanistiskt och läkarettiskt perspektiv helt förkastligt.

Som Anna Berglund och Gun Heimer skriver är att fråga om våldsutsatthet inte ett screeningtest utan en intervention som startar en process hos den utsatta.

Med detta resonemang blir att argumentera för att enbart fråga kvinnor, att propagera för att avstå intervention, endast baserat på kön. Även om en större andel av gruppen våldsutsatta kvinnor kan sägas vara hårdare utsatta får vi inte glömma bort att enskilda män kan vara mycket utsatta och att det ofta finns barn med i bilden. Ställ frågan till alla!

■ **Potentiella bindningar eller jävsförhållanden:** Inga uppgivna.

REFERENSER

1. Haaland T, Clausen SE, Schei B. Vold i parförhold – ulike perspektiver. Oslo: Norsk institutt for by- og regionforskning; 2005. NIBR-rapport 2005:03.
2. Mirrlees-Black C. Domestic violence: Findings from a new British crime survey self-completion questionnaire. British Home Office Research Study 191. London: Home Office; 1999.
4. McKeown K, Kidd P. Men and domestic violence: What research tells us. Dublin: Department of health & Children; 2002.
7. Hallberg M, Abrahamsson P. Granskning av professor Eva Lundgrens forskning i enlighet med Uppsala universitets regler avseende förfarandet vid anklagelse om vetenskaplig ohederlighet. Uppsala: Samhällsvetenskapliga fakulteten, Uppsala universitet; 2005.
10. Att fråga om våldsutsatthet som en del av anamnesen. Uppsala: Nationellt centrum för kvinnofrid, Uppsala universitet; 2004. NCK-rapport 2010:4. <http://viewer.zmag.com/publication/e94cf46a#/e94cf46a/1>

Läs mer Fullständig referenslista Lakartidningen.se

Lika behandlas lika också i palliativ vård

Palliativ vård innebär alltid största möjliga samråd och fortlöpande dialog om symtomlindring och biverkningar. Detta är vad patienter i min kliniska vardag önskar.

I sin debattartikel i LT 43/2011 (sidorna 2132-3) presenterar Niels Lynøe två patientfall och pekar på likheterna. Det är ett rimligt mål att alla patienter ska bemötas på ett rättvist sätt, vilket i exemplen skulle tala för att en döende patient ska kunna begära och få sövande behandling som för resten av livet helt utsläcker möjligheten till omvärdering. Jag har invändningar mot resonemanget.

När urologen i fall 1 bjuder in till gemensamt beslutsfattande efter information om för- och nackdelar med tänkbar behandling är det inte tal om att patienten ska kunna välja en behandling som saknar medicinsk indikation. Det patienten måste ges möjlighet att bestämma om är att eventuellt avstå från en möjligen livsförlängande behandling för att därmed slippa dess biverkningar. Urologen vet att i fallet med prostatacancer är möjligheten till en påtaglig förlängning av livet begränsad. Det är i det sammanhanget rimligt att noga diskutera biverkningsbilderna.

I fall 2 handlar det inte om att erbjuda medicinskt indicerad livsförlängande behandling och låta patienten avgöra om nyttan uppväger biverkningsrisken. I stället önskar patienten en behandling som saknar vetenskaplig förankring eller rekommendation i vårdpro-

gram och liknande konsensusdokument [1]. Inom bland annat onkologi och palliativ medicin vet läkare att plågsamma symtom som förekommer i livets slutskede ska analyseras och behandlas med målet att uppnå god effekt med så lite biverkningar som möjligt. Permanent ned-sövning är tänkbar först när andra lindrande behandlingsmetoder är prövade, då patienten erbjudits intermitterande palliativ sedering om lindrande metoder inte hjälpt och om symtombilden även efter denna behandling är oacceptabel. Även här uppkommer valsituationer när patientens värdering av nytta ställt mot risken för biverkningar har största betydelse för val av behandling. Då patienter väljer att avstå från lindrande medicinsk behandling ska detta analogt med fall 1 respekteras.

Ett tredje fall kan tydliggöra att principen »lika bör behandlas lika« gäller även i palliativ vård. Patienten är en 63 år gammal beslutskapabel kvinna med gynekologisk cancer. Trots fyra behandlingssomgångar med olika cytostatika progredierar sjukdomen. Ytterligare onkologisk behandling är inte indicerad. Läkaren har informerat om att behandlingen nu inriktas på symtomlindring. Kvinnan och hennes närstående vill att ytterligare en cytostatikaregim som de hört talas om via vänner i utlandet prövas. Kvinnan är beredd att stå ut med de biverkningar behandlingen kan ge. För henne är detta ett sätt att behålla livsmodet, att avstå från fortsatt behandling skulle beröva henne all livskvalitet. Patienten är välinformerad och förstår konsekvenserna av den behandlingsplan hon vill att sjukvården ska verkställa. I detta fall uttryckte läkaren förstäelse för kvinnans stånd-



Illustration: Airi Iljiste

»Lika bör behandlas lika« innebär inte att patienten själv kan ordinera medicinsk behandling.

punkt men avböjde att ge behandling med hänvisning till att den inte var medicinskt motiverad och förenad med risk för sänkt livskvalitet.

Fallen belyser tydligt en av sjukvårdens grundprinciper; att patienten ska informeras om de tänkbara behandlingsoptionerna och i största möjliga utsträckning bjudas in att delta i beslutsprocessen, att patienten har rätt att tacka nej till behandling (även livsförlängande) men att patienten inte kan begära att få medicinsk behandling som enligt läkarens bedömning, vetenskap och beprövad erfarenhet saknar medicinsk indikation. Niels Lynøes fall 2 måste som i fall 3 avslutas med att läkaren efter dialog och samråd ger patienten den behandling som är medicinskt motiverad, inte den behandling patienten begär. Den goda principen »lika bör behandlas lika« innebär inte att patienten själv kan ordinera medicinsk behandling. Palliativ vård innebär alltid största möjliga samråd och fortlöpande dialog om symtomlindring och biverkningar [2]. Detta är vad patienter i min kliniska vardag önskar.

■ **Potentiella bindningar eller jävsförhållanden:** Inga uppgivna.

REFERENSER

1. Smärtbehandling i livets slutskede. Läkemiddelsverkets expertmöte 5-6/5 2010. <http://www.lakemedelsverket.se/malgrupp/Allmanhet/Att-anvanda-lakemedel/Sjukdom-och-behandling/Behandlingsrekommendationer---listan/Smartbehandling-i-livets-slutskede/>
2. Eckerdal G. Samråd förutsättning vid palliativ sedering. Nära dialog grundar för god symtomlindring och trygghet. Lakartidningen. 2009;106:2694-5.



GUNNAR ECKERDAL överläkare, Kungsbacka, diplomerad i palliativ medicin gunnar.eckerdal@regionhalland.se

EDS och hypermobilitetssyndromet

Vanlig orsak till nedsatt arbetsförmåga

EDS-HT/HMS måste bli känd som en vedertagen och vanlig orsak till nedsatt arbetsförmåga.

Ehlers-Danlos' syndrom (EDS) omfattar en grupp ärftliga bindvävsjukdomar som kännetecknas av olika defekter i stödjevåvnaden. De genetiska och biokemiska mekanismerna har till stor del kartlagts. EDS omfattar sex typer, enligt senaste nosologin [1]. Överrörlighetstypen eller hypermobilitetstypen (här förkortad EDS-HT) är vanligast. Den saknar till skillnad från de övriga etiologisk kartläggning, utom i ett mycket fåtal fall. Specifika diagnostiska metoder saknas, varför man tvingas förlita sig på kliniska fynd och anamnes.

Överrörlighet med minst 5 av 9 poäng enligt Beighton-skalan samt mjuk, sammetslen, eventuellt något tójbar, hud utgör huvudkriterier [2]. Bland bikriterier som stöder men inte krävs för diagnos nämns luxationer, positiv hereditet, kronisk smärta, benägenhet för blåmärken, tarmstörning och cirkulatoriska besvär. Dominant autosomal ärftlighet brukar framgå av familjeanamnesen. Ej sällan träffar man då på individer med misstänkt EDS-HT som aldrig blivit diagnostiserades. Patienter med EDS-HT är en mycket heterogen grupp med skiftande symtomyttringar och svårighetsgrad. Överlappning mot övriga EDS-typer förekommer. Kvinnor drabbas i regel hårdare än män.

Hypermobilitetssyndromet HMS (synonymt med JHS och BJHS) beskrevs 1967 av

reumatologer [3] som en klinisk diagnos för patienter med överrörliga leder och smärtproblematik där inga andra diagnoser kunde ställas. Man ville markera att överrörlighet ibland orsakar svåra smärtor, medan den i de flesta övriga fall är både vanlig och harmlös.

Diagnosen HMS ställs med hjälp av de s k Brightonkriterierna [4], där huvudkriterier är överrörlighet med minst 4 av 9 Breghtonpoäng samt smärtor till minst fyra leder i 3 månader. Bikriterier som liknar de vid EDS-HT ingår, liksom alternativa kombinationer. Det har föreslagits att HMS hör hemma bland de ärftliga bindvävsjukdomarna tillsammans med bl a Ehlers-Danlos' syndrom, Marfans syndrom, osteogenesis imperfecta, Sticklers syndrom m fl [5]. Dessutom föreslås att HMS och EDS-HT ska betraktas som samma tillstånd. Denna uppfattning har debatterats i många år men har nu blivit sanktionerad av internationellt ledande genetiker och kliniker [6].

Det finns stor anledning att lyfta fram diagnosen, oavsett benämning. Det är en relativt stor grupp patienter som i dag ofta upplever misstro, förnedring och anklagelser i kontakten med sjukvården [7, 8]. Många förblir odiagnostiserade länge på grund av att många läkare som träffar patienter med svårtolkade smärtor inte känner till EDS-HT/HMS-begreppet [9].

Symtom kan uppstå i princip överallt där bindväv förekommer, vilket gör tillståndet till en utpräglad multisystem sjukdom [10]. Det är inte ovanligt att patienterna hamnar hos olika specialister, som missar att se sökorsaken som del i ett större sammanhang [11, 12].

Kliniken domineras av belastningsbetingade ledsmär-

tor som kan debutera redan vid unga år, men oftare uppstår senare i livet med inskränkt arbetsförmåga som följd [13, 14]. Ledinstabilitet och sublaxationer förekommer ofta i både stora och små leder som t ex fingerleder och käkleder. Av smärtorna följer sömnproblem, svår trötthet och försämrad livskvalitet [15]. Ofta lider patienterna även av funktionella mag- och tarmstörningar och har kardiovaskulära problem [16].

Listan över associerade symtom som är överrepresenterade är lång [17]: exempelvis huvudvärk, migrän, sväljningssvårigheter, blåsrubbning, yrsel, tinnitus, minnesproblem, neuropati, muskelsvaghet. Dessa symtom avfärdas ofta som enbart psykosomatik. Situationen för patienterna är dock ofta sådan att psykologiska problem också lätt tillstöter och grumlar bilden.

Läkare som möter dessa patienter måste först överväga andra bakomliggande orsaker [18], men med ingående kunskap om EDS-HT/HMS kan många gånger ett tydligt mönster urskiljas och diagnosen ställas. För patienten innebär det en stor lättnad att till slut få känna sig betrodd och få en förklaring på sina symtom, även om inget enkelt botemedel kan erbjudas. Med insikt om mekanismerna bakom symtomen finns det ändå effektiva behandlingsmetoder. Helst bör omhändertagandet ske hos ett team med förankring i flera discipliner [19].

Behandlingen strävar till att stärka muskulaturen och därmed ledstabilitet, träna in optimala arbetsställningar och hantera smärtan på ett adekvat sätt. Ortoser och hjälpmedel underlättar vardagen och förebygger artrosutveckling. Anpassning av arbetsmiljön med möjlighet



Foto: Colourbox

Möjlighet till regelbundna återhämtningspauser ökar arbetsförmågan vid EDS-HT/HMS.

till regelbundna återhämtningspauser ökar arbetsförmågan. Medicinering har ofta begränsad effekt. Svåra smärtor på grund av artros bör åtgärdas kirurgiskt [20]. All behandling måste följas upp under lång tid, vilket ställer krav på vårdgivaren.

EDS-HT/HMS måste bli känd som en vedertagen och vanlig orsak till nedsatt arbetsförmåga. Rehabiliteringspotentialen är stor om kvalificerat omhändertagande erbjuds i tid. Större kunskap och medvetenhet kan leda till besparingar för samhället, men framför allt till upprättelse och bekräftelse för en mycket försummad patientgrupp.

■ *Potentiella bindningar eller jävsförhållanden: Inga uppgivna.*

REFERENSER

- Levy HP. Ehlers-Danlos syndrome, hypermobility type. GeneReviews. Seattle: University of Washington; 2009 [uppdaterat 14 dec 2010]. <http://www.genetests.org/>
- Grahame R, Bird HA, Child A. The revised (Brighton 1998) criteria for the diagnosis of benign joint hypermobility syndrome (BJHS). *J Rheumatol*. 2000;27(7):1777-9.
- Tinkle BT, Bird HA, Grahame R, Lavalley M, Levy HP, Silience D. The lack of clinical distinction between the hypermobility type of Ehlers-Danlos syndrome and the joint hypermobility syndrome (a.k.a. hypermobility syndrome). *Am J Med Genet A*. 2009;149A(11):2368-3.
- Adib N, Davies K, Grahame R, Woo P, Murray KJ. Joint hypermobility syndrome in childhood. A not so benign multisystem disorder? *Rheumatology (Oxford)*. 2005;44(6):744-50.
- Ross J, Grahame R. Joint hypermobility syndrome. *BMJ*. 2011;342:c7167.



ERIC RONGE
överläkare, barn-
medicinska kliniken,
Kärnsjukhuset,
Skövde
eric.ronge@vregion.se

Läs mer Fullständig referenslista Lakartidningen.se