



**MALMÖ HÖGSKOLA**  
**Hälsa och samhälle**

# **”ÄR DU FÖR SNÄLL INFÖR EN SMÄLL”**

EN LITTERATURSTUDIE OM  
SJKSKÖTERSORS UPPFATTNING OCH  
BEMÖTANDE GENTEMOT KVINNOR SOM  
UTSÄTTTS FÖR VÅLD I NÄRA RELATIONER.

YLVA KARLSSON  
JESSICA LARSSON

Examensarbete i omvårdnad  
Nivå 61-90 p  
Sjuksköterskeprogrammet  
*Maj 2008*

Malmö högskola  
Hälsa och samhälle  
205 06 Malmö

# ”ÄR DU FÖR SNÄLL INFÖR EN SMÄLL?”

EN LITTERATURSTUDIE OM  
SJKSKÖTERSORS UPPFATTNING OCH  
BEMÖTANDE GENTEMOT KVINNOR SOM  
UTSÄTTS FÖR VÅLD I NÄRA RELATIONER.

YLVA KARLSSON  
JESSICA LARSSON

Karlsson, Y & Larsson, J. ”Är du för snäll inför en smäll.” En litteraturstudie om sjuksköterskors uppfattning och bemötande gentemot kvinnor som utsätts för våld i nära relationer. *Examensarbete i omvårdnad 15 högskole poäng*. Malmö högskola: Hälsa och samhälle, Utbildningsområde omvårdnad 2008.

Kvinnomisshandel är ett stort problem med många sidor samt drabbar många kvinnor i Sverige. Hälso- och sjukvårds personal har möjlighet att identifiera och vårda kvinnor utsatta för våld som söker vård, vilket inte görs tillräckligt. *Syftet* med litteraturstudien är att undersöka sjuksköterskans kunskaper om våld i nära relationer samt bemötande gentemot dessa kvinnor. Ett andra syfte för studien är att ta reda på hur de drabbade kvinnorna uppfattar bemötandet av hälso- och sjukvårdspersonalen.

*Metod:* Nio artiklar har valts ut till litteraturstudien och granskats, artiklarna är både kvalitativa och kvantitativa.

*Resultatet* gav tre olika kategorier: Upplevelser av att berätta, upptäcka och bemötande, Attityder – känslomässiga och handlingsmässiga, Kunskap och erfarenhet samt ett bifynd: dokumentation. I resultatet framkom att kvinnor som utsatts för våld i nära relationer inte var nöjda med bemötandet, attityderna eller hälso- och sjukvårdens kunskaper om problemet. Hälso- och sjukvårdspersonalen upplevde själva brister i sina kunskaper om utsatta kvinnor.

Nyckelord: attityder, hälso- och sjukvårdspersonal, kvinnor, kunskap, sjuksköterskor, våld i nära relationer.

# **”ARE YOU TOO SWEET TO REJECT BEAT?”**

A LITERATURE REVIEW ON NURSES  
PERCEPTION AND TREATMENT OF WOMAN  
WHO ARE EXPOSED TO DOMESTIC  
VIOLENCE.

YLVA KARLSSON  
JESSICA LARSSON

Karlsson, Y & Larsson, J. ”Are you too sweet to reject beat” A literature review on nurses perception and treatment of women who are exposed to domestic violence. *Degree Project, 15 credit points*. Nursing programme, Malmö University, Health and society, Department of Nursing, 2008.

Women abuse is a very complex problem with many sides and it affects many women in Sweden. Health care professionals meet the abused women and have the possibility to identify and care for them when they seek care, but there are shortcomings.

The *purpose*: of this literature review is to investigate nurse’s knowledge about domestic violence and the care of these women. A second purpose was how these women experienced health care professionals.

*Method*: Nine articles have been chosen for the literature review they were scrutinized and have a qualitative and quantitative study design.

*Results*: three categories were found: disclosure, attitudes and knowledge and there were also a second discovery about documentation. The result showed that the women weren’t satisfied with the care they received from the health care providers. Knowledge and training were factors that the health care providers wanted to receive more of.

Keywords: attitudes, domestic violence, health care professional, knowledge, nurses, women.

# INNEHÅLLSFÖRTECKNING

INLEDNING	5
BAKGRUND	6
Utbredning	6
Symtom och utveckling	6
Attityder	7
Bemötande	7
Sjukvårdens ansvar	8
Rättsväsendet	8
Etik	9
Historik	10
SYFTE OCH FRÅGESTÄLLNINGAR	10
Definitioner	10
Avgränsningar	11
METOD	11
Artikelsökning	11
Artikelgranskning	12
Databearbetning	13
RESULTAT	13
Upplevelser av att berätta, upptäcka och bemötande	14
Attityder – känslomässiga och handlingsmässiga	16
Kunskap, praktisk erfarenhet och egen erfarenhet	19
Bifynd dokumentation	22
DISKUSSION	23
Metoddiskussion	23
Resultatdiskussion	24
Bifynd dokumentation	27
Slutsats	28
REFERENSLISTA	30
BILAGOR	32
Matrisen	32

## INLEDNING

Våld mot kvinnor i nära relationer är ett samhällsproblem, folkhälsoproblem och framförallt ett allvarligt brott, Yrkesgemensam handbok (2005). Då våldsbrotten oftast sker inom hemmets väggar är det dolt för samhällets insyn och möjligheter till hjälp. Det är bara en liten del av de utsatta kvinnorna som anmäler och en ännu mindre del vars fall leder till åtal. Ett bra mottagande och uppföljande stöd kan vara avgörande för kvinnans möjligheter till en bättre livssituation.

Det är ett komplext problem som skapar svåra trauman och djupa sår hos kvinnan. Har kvinnan barn drabbas även de av våldet. Att utsättas för den här typen av våld ger sociala konsekvenser och ofta psykiska men. Det i sin tur kan leda till att kvinnan över lag tappar tilliten till människor, även de som vill hjälpa henne, det gör att hon inte berättar eller förväntar sig att bli betrodd. Mannen, förövaren, kan också förbjuda henne att ta kontakt med vården (a a).

Enligt Socialstyrelsen (2003) visar forskning att hälso- och sjukvården i för låg utsträckning identifierar att kvinnor som söker vård kan vara utsatta för våld i nära relationer. Orsaker till att inte identifiera kan vara tidspress, attityder, bristande kunskaper och/eller det faktum att de flesta kvinnor inte berättar. Kunskap om symtom och följder av våld i nära relationer, för att på ett empatiskt och respektfullt sätt fråga kvinnor som söker vård är av stor vikt (a a).

Ett framtida värde är att belysa problemet; kvinnor utsatta för våld i nära relation, och förhindra den möjliga likgiltigheten som i vissa fall verkar finnas. Enligt Socialstyrelsen (2006) är troligtvis ca 90 000 kvinnor utsatta för våld i hemmet (a a). Borde kanske vår utbildning innehålla mer undervisning om symtom och behandling? I sjuksköterskeutbildningen har vi kurser då vi vid upprepade tillfällen får lära oss symtom och behandling på många av Sveriges folksjukdomar, stroke, diabetes, cancer, psykisk ohälsa m fl. Används handlingsplanerna för hur man frågar kvinnorna och vad som är bästa möjliga behandling/utväg, är dessa, handlingsplaner, tillgängliga på vårdcentraler och akuten?

## **BAKGRUND**

Under denna rubrik kommer följande bärande begrepp att presenteras: utbredning, symtom och utveckling, attityder, bemötandet i vården, sjukvårdens ansvar, rättsväsendet, etik och historik.

### **Utbredning**

Nationellt centrum för kvinnofrid rapporterar på sin webbsida (2008-02-11) att en tredjedel av världens kvinnor och flickor har någon eller upprepade gånger blivit utsatta för våld eller våldtäkt. Utav alla mord på kvinnor har ungefär hälften begåtts av deras egen partner. I Sverige anmäldes 25 491 fall av misshandel mot kvinnor år 2006. Av dessa fall var 18 353 av offren bekanta med personen som misshandlade dem. Många fall anmäls aldrig, vilket gör det svårt att visa hela omfattningen av antalet kvinnomisshandlar i Sverige och världen, (a a).

Enligt socialstyrelsen (2006) anmäls endast vart femte fall, det betyder att de faktiska siffrorna på våld mot kvinnor i nära relationer egentligen är ungefär 90 000 fall per år. Brottsförebyggande rådet redogör på sin webbsida (2008-02-10) att anmälningar av misshandel mot kvinnor har ökat med 33 % mellan år 1996-2006. Av alla anmälda fall så är 75 % av offren bekanta med sin förövare (a a).

I utredningen (SOU 2006:65) beskrivs våldet mot kvinnor i nära relationer som ett problem med många sidor, samt berör många aktörer i samhället. Det är ett hälsoproblem med omfattande fysiska och psykiska skador. Det är även en rättslig fråga vilket innebär att rättskedjan och tillhörande myndigheter är inblandade. Den stora omfattningen av problemet, som delvis är mörklagt på grund utav oanmälda fall, gör ändå kvinnomisshandel till ett folkhälsoproblem. Socialstyrelsen är en viktig aktör i sammanhanget då våldet ofta leder till svåra sociala problem. De sociala problemen innefattar social isolering, sjukskrivningar, bostadsproblem, ekonomiska problem som i sin tur kan leda till familjerättsliga situationer mm. Våldet kan hindra kvinnors erhållande av mänskliga rättigheter och grundläggande friheter, vilket gör det till ett jämställdhetsproblem (a a).

### **Historik**

Enligt Östberg och Lindstedt-Cronberg (2005) har våld genom historien starkt associerats utifrån ett genusperspektiv. Förövare av våld har oftast skildrats som män oavsett om våldet har skett i det egna hemmet eller på krigsfälten. Kvinnorna har setts i rollen som offer, slagna och våldtagna av männen. Kvinnorna har haft ett positivt symboliskt värde och beskrivits som mödrar och fredsaktivister medan männen krigat. När möjligheten/benägenheten om att bruka våld har avhandlats är det manlighet som diskuterats medan kvinnlighet har avhandlats som ickevåldsamt, undergiven och fredlig. Enligt Lindstedt Cronberg (2005) kan den enskilda mannens misshandel av en kvinna vara en manlig ritual för att stärka och fasthålla hans roll som överordnad och kvinnan som underordnad. Våld som utförs mot kroppen blir ett uttryck av både konkret och symbolisk makt där slagen bekräftar maktfördelningen i förhållandet (a a).

### **Symtom och utveckling av misshandeln**

Enligt World Health Organization (2005) är hälso- och sjukvården oftast första kontakten som kvinnor tar när de utsätts för våld. Det är inte många inom hälso-

och sjukvårdspersonalen som har tillräcklig kunskap för att identifiera de kvinnor som utsätts för våld i nära relationer (a a).

Socialstyrelsen (2003) skriver att de fysiska och psykiska skadorna inte alltid är synliga på kvinnan och orsaken är inte heller alltid uppenbar. Kvinnan eller mannens förklaring till skadornas uppkomst stämmer inte alltid överens med skadans utseende. Skadorna sitter oftast på platser av kroppen som kan täckas med kläder, d v s bröst, bröstkorg, bålen, genitalierna och armar, men även hals och huvud. De vanligaste fysiska symtomen på kvinnomisshandel är sår, blåmärken, utgjutningar, frakturer, brännskador och avslitet hår. Skadorna kan vara belägna på ett flertal platser på kroppen och vara i olika läkningsstadier s k multipla skador. Symtomen på psykiska eller icke synliga skador är bl a värk, smärta (huvud, rygg, bål m m), sömn- och ätstörningar, yrsel, gynekologiska besvär, depression och ångest (a a).

Eliasson (1997) beskriver i sin bok tre faser som redogör för hur våldet trappas upp, tilltar i styrka och upprepas i den nära relationen.

- *Fas 1 Systematisk nedvärdering:* Den här fasen består av upprepade anmärkningar på kvinnans tal, uppträdande, förlöjligande av hennes utseende m m. Mannen beskriver också kvinnan som dum och obegåvad. I fas ett består nedvärderingen av mild verbal aggression, allmänt nedsättande kommentarer och elaka anklagelser.
- *Fas 2 Sätta sig i respekt:* I andra fasen ökar våldet i styrka, det blir ett mer överdrivet beteende. Mannen blir mer oförsiktig gentemot kvinnan, lätta knuffar, får vredesutbrott över småsaker, är oberäknelig och blir mer fysiskt aggressiv. Han börjar även hota kvinnan och hennes omgivning om hon inte är ”snäll”.
- *Fas 3 Psykiskt och fysiskt våld:* I den tredje och sista fasen tilltar våldet ordentligt i aggressivitet. Mannen tar till med chockangrepp och utstuderat våld så som stryptag, sparkar, slag, kastar runt kvinnan, drar loss hårtussar och vapenhot. Han använder även ibland vapen som redskap i sin misshandel, (a a).

## **Attityder**

Eliasson (1997) menar vidare att beskriva attityder som kulturellt och socialt betingande, de är ospecifika men utgör grunden till vårt beteende. Värdningar utgör grunden för våra attityder och kan lätt förväxlas med varandra. De lärs in i barndomen och vidare i livet beroende på vilka grupper och omgivningar vi befinner oss i. Attityder som sjukvårdspersonalen har gentemot kvinnor som blir utsatta för våld i nära relationer påverkar hur dessa kvinnor blir bemötta. Effekten av bemötandet kan avgöra hur kvinnorna uppfattar sig själva och andra samt vilka möjligheter som finns till ett annorlunda liv än det de befinner sig i. Kunskap kan ändra attityder samt ge insikt över ens egen attityd. Det finns tre olika slags attityder, den kognitiva, känslomässiga och den handlingsmässiga. Den kognitiva typen bygger på kunskaper och erfarenheter eller brist på detta. Om exempelvis ett antagande görs att kvinnor som utsätts för kvinnomisshandel förekommer bland socialt avvikande eller lågstatusgrupper och kvinnor som blir våldtagna är ”lösaktiga” så blir det utgångspunkten för hur problemet ska lösas. Har däremot statistik studerats och kunskap inskaffats om kvinnomisshandel så kan en annan utgångspunkt ligga för hur problemet ska lösas och dess orsak. Den känslomässiga typen består av känslor kring ämnet och grupperna som berörs. Vrede kan uppstå inför likgiltigheten för kvinnomisshandel, rädsla för de hot som

kan uppstå eller en känsla av att tycka synd om kvinnorna. Den handlingsmässiga typen av attityd anger vilket håll vårt beteende styr och hur vi handlar inför problemet. Beroende på vår kunskap och förståelse för kvinnomisshandel så förespråkar vissa stränga straff och andra terapi för männen (a a). Yrkesgemensamma handboken (2005) skriver om känsligheten inför attityder som kvinnor utsatta för sexualiserat våld har. Det är viktigt som personal att vara medveten om det och respektera kvinnans integritet (a a).

### **Bemötande**

Socialstyrelsen (2003) skriver i sin kunskapsöversikt att möten med kvinnor som utsätts för våld kan framkalla starka känslor hos hälso- och sjukvårdspersonal. Det är en krävande process att stödja och ge behandling till dessa kvinnor. Handledning kan öka möjligheterna att hantera sina egna känslor och reflektioner om den sker kontinuerligt, den kan även fördjupa kompetensen hos personalen. Det är ofta traumatiska händelser som berättas av en kvinna i akut kris. I mötet måste personal/sjuksköterska vara lyhörd och förstående samtidigt som innebörden av problemet kan innebära direkt livsfara, Socialstyrelsen (2003). Enligt Yrkesgemensamma handboken (2005) har många kvinnor rädslor för att inte bli trodd eller förstörd av hälso- och sjukvårdspersonalen. Förtroende från personalen är därför avgörande för bemötandet. Det är viktigt att klargöra för kvinnan vilka möjligheter till hjälp som finns, lova aldrig något som inte med säkerhet kan hållas. Alla omvårdnadsåtgärder gällande dessa kvinnor bör syfta till att stärka kvinnans självförtroende och minimera hennes skuldkänslor. Tillmötesgåendesättet mot kvinnorna ska vara respektfullt och med förståelse, inte kritiserande och ifrågasättande, (a a).

### **Sjukvårdens ansvar**

Enligt Yrkesgemensamma handboken (2005) söker sig kvinnor som blir utsatta för våld i första hand till akutkliniken, kirurgiska, ortopediska klinikerna och kvinnokliniken. Eftersom hälso- och sjukvårdspersonalen ofta möter kvinnorna i ett akut skede är det viktigt att de har kunskap om problemet och sjukvårdens ansvar, så att adekvat hjälp kan erbjudas. Då en kvinna blivit utsatt för misshandel eller våldtäkt skall en hel kroppsundersökning göras, den bör göras snabbt för att minimera traumat och för att säkra bevis. Undersökningen görs dels för att fastställa graden av misshandel inför behov av behandling samt ett underlag för rättsintyg. För att minska risken för avbrott under undersökningen måste läkare bedöma avdelningens belastning och eventuellt tillkalla bakjour. Alla kvinnans skador skall mycket noggrant dokumenteras skriftligt och med färgfoto om tillgång till kamera finns. Då skador kan framträda något dygn senare samt krisreaktion skall kvinnan få en återbesökstid snarast möjligt. Det är viktigt att kvinnan i sin egen takt får berätta om sina upplevelser, därför bör personalen avsätta god tid för återbesöket. I de fall där kvinnor som blir misshandlade har barn måste hälso- och sjukvårdspersonalen tänka på att barnens situation kan vara otrygg. Barnens rättighet till skydd och stöd måste beaktas och då måste personalen överväga att ta kontakt med socialtjänsten. Det är viktigt att informera modern att socialtjänsten i första hand fungerar som ett stöd och inte för att göra ett tvångsomhändertagande av hennes barn. Stöd och hjälp är viktigt för kvinnan i hennes försök att ändra sin situation. Polisanmälan skall uppmuntras men kvinnan ska inte pressas till att göra det. Trots det så måste vårdgivaren stå fast vid att misshandel är ett brott som bör anmälas (a a).



## Rättsväsendet

Det var inte alltför långesedan som det var lagligt att aga sin hustru. Widding Hedin (1997) skriver att det inte var förrän år 1734 som lagtexten ändrades och den skäligen agan uteslöts. Lagändringen gjordes för att lagen inte skulle stödja misshandel av hustrun. År 1864 ändrades lagen till:

”Det är synnerligen försvårande omständighet om misshandeln avser maka. Lindrigare straff än fängelse bör ej dömas, men kvinnorna måste själva ange brottet.” (s 60)

Ändringen i lagtexten gör att kvinnomisshandel brottsförklaras och att rätten att aga tas bort Widding- Hedin (1997). Våld i en nära relation blev en privat angelägenhet men år 1982 hamnade våld i nära relation som allmänt åtal och tvånget att kvinnan ska berätta om misshandeln togs bort. En annan lag som är mycket betydelsefull är lagen om besöksförbud som tillkom år 1988. Där kan en man enligt lag förbjudas att träffa en kvinna som han har misshandlat eller trakasserat. Widding Hedin (1997) skriver vidare att år 1995 kom en rapport från kvinnovåldskommissionen där de gav förslag på åtgärder om kvinnomisshandel Widding-Hedin (1997). I rapporten som heter kvinnofrid ges det även förslag till ändringar av lagtexten. Rapporten markerar även att ändrad lagstiftning inte är tillräckligt för att ändra samhällsproblemet med kvinnomisshandeln, (a a).

I brottsbalken 1998:393 3 kap och paragraf 5 står det:

”Den som tillfogar en annan person kroppsskada, sjukdom, smärta eller försätter henne eller honom i vanmakt eller något annat sådant tillstånd, döms för misshandel till fängelse i högst två år eller, om brottet är ringa till böter eller högst 6 månaders fängelse.”

Vidare i samma lag står det:

”Den som begår brottsliga gärningar enligt 3, 4 eller 6 kap. mot en närstående eller tidigare närstående person, döms, om gärningarna varit ett led i en upprepad kränkning av personens integritet och varit ägnade att allvarligt skada personens självkänsla, för *grov fridskränkning* till fängelse, lägst sex månader och högst sex år. Har gärningar som anges i första stycket begåtts av en man mot en kvinna som han är eller har varit gift med eller som han bor eller har bott tillsammans med under äktenskapsliknande förhållanden, skall i stället dömas för *grov kvinnofridskränkning* till samma straff (a a).”

I patientjournallagen (1985:562) står det att när en patient får vård och behandling inom hälso- och sjukvården ska en patientjournal finnas. Journalen skall hanteras säkert och ingen som inte är berörd av patientens vård skall ha rätt att läsa den. Patienten har själv rätt att läsa sin journal samt att kunna få ut en kopia av journal handlingen, denna ska kunna användas vid rättsliga och försäkringsmässiga samband. Det krävs även goda rutiner vid hanteringen av journalen vilket är extra viktigt när kvinnor är utsatta för våld (a a).

I sekretesslagen (1980:100) står det att hälso- och sjukvårds personal får bryta sekretessen och lämna uppgifter till polis och åklagarmyndigheten men detta

gäller bara om misstanke om brottet ger ett straff som ger annat än böter t ex vid dråp, mord, grov misshandel och våldtäkt (a a).

## Etik

Eliasson (1997) skriver om hur attityder påverkar mötet mellan vårdgivare och patient. I mötet med kvinnor som utsätts för våld i nära relationer har vårdpersonalen även många etiska aspekter att tänka på. Dessa finns där även om sjuksköterskan inte tänker på dem. De speglas av sjuksköterskans attityd, egna erfarenheter och åsikter (a a). Brattgård skriver på sin webbsida (2008-02-08) att det i hälso- och sjukvården finns fyra etiska principer som ska genomsyra vården:

- *Autonomiprincipen*, säger att alla människor är skyldiga att respektera varandras självbestämmande. Denna rätt kan överlåtas till närstående eller vårdpersonal under tiden som människan är sjuk.
- *Godhetsprincipen*, som innebär att alla människor har en förpliktelse att göra gott. Alla bör förebygga skada och lidande samt sträva efter det goda i världen.
- *Lidandeminimeringsprincipen*, utgår ifrån att lidande är något ont. Därför ska den behandlingsform som minimerar lidande och skada eftersträvas.
- *Rättvisepincipen*, visar på att det är omoraliskt att särbehandla vissa individer eller grupper om det inte finns etiskt relevanta skillnader som talar för särbehandling. Alla människor har rätt till vård oavsett yttre faktorer, Eliasson (1997).

Socialstyrelsen (2008) beskriver en princip som på ett mer diffust sätt genomsyrar alla yrken som har med människor att göra är *Människovärdesprincipen*, som innebär att alla människor är av lika värde och har samma rättigheter oavsett personliga egenskaper och funktioner i samhället (a a).

## SYFTE OCH FRÅGESTÄLLNINGAR

Syftet med litteraturstudien är att undersöka sjuksköterskans kunskaper om våld i nära relationer samt bemötande gentemot dessa kvinnor. Ett andra syfte för studien är att ta reda på hur de drabbade kvinnorna uppfattar bemötandet av hälso- och sjukvårdspersonalen.

Ytterligare frågeställningar:

- Vilken kunskap besitter sjuksköterskor gällande vad som behövs för att upptäcka och hjälpa misshandlade kvinnor?
- Vilka attityder förekommer hos sjuksköterskor och hur kan dessa påverka bemötandet?
- Hur uppfattar kvinnor, som blir eller har varit utsatta för våld i nära relationer, bemötandet av hälso- och sjukvårdspersonalen?

## Definitioner

I artiklarna används det engelska begreppet Domestic violence som enligt Pubmed (2008-02-13) innefattar avsiktlig, ofta upprepad fysisk misshandel av en familjemedlem mot en familjemedlem (a a).

I den löpande texten används den svenska förklaringen som beskrivs i utredningen (SOU 2006:65), mäns våld mot kvinnor i nära relationer. Med nära relation menas att förövaren är kvinnans nuvarande eller dåvarande partner, make, fästman, pojkvän eller sambo (a a).

Definitionen kvinnomisshandel som används är enligt Widding-Hedin (1997) våld som utförs av en man mot en kvinna som han har/haft en nära relation till. Misshandeln kan vara fysisk, psykisk samt sexuell. Våldet upprepas och upptrappas inom förhållandet (a a).

Enligt Lag (1998:531) om yrkesverksamhet på hälso- och sjukvårdens område, kapitel 1, 4§ punkt 2 så innefattar hälso- och sjukvårdspersonal all personal som medverkar i hälso- och sjukvård av patienter på sjukhus eller andra vårdinrättningar (a a).

### **Avgränsningar**

Domestic violence är den engelska benämningen på våld som förekommer i nära relationer. Artiklar som används i studien inriktar sig bara på kvinnan som offer. Därför är detta en avgränsning vid sökning av artiklar om kvinnomisshandel, annars blir studien för bred.

## **METOD**

Ämnen som kommer behandlas under denna rubrik är: artikelsökning, artikelgranskning och databearbetning. Uppsatsen är en litteraturstudie där resultatet består av nio artiklar som både har en kvantitativ och kvalitativ design, detta för att kunna fullgöra syftet med studien. Information från Socialstyrelsen, Statens Offentliga Utredningar, litteratur, webbsidor som berör vårt valda område har inhämtats och används för studiens syfte.

### **Artikelsökning**

Databaser som användes vid artikelsökningen var följande: CINAHL, Pubmed och Psychinfo. Enligt Socialstyrelsen (2006) är CINAHL en förkortning av cumulatív index to nursing & allied health literature. Databasen behandlar ämnen som omvårdnad, hälso- och sjukvård, arbetsterapi, sjukgymnastik mm. Pubmed är en omfattande databas och täcker områdena biomedicin, omvårdnad, tandvård, hälso- och sjukvård. Psychinfo är en referens databas som behandlar ämnena psykiatri, psykologi, samhällsvetenskap, neurovetenskap, medicin och socialt arbete m m. Pubmed, CINAHL och Psychinfo har ett stort antal artiklar utlagda. Baserat på de databassökningar som författarna gjort fanns det tillräckligt med artiklar att hämta från dessa tre databaser. Författarna har även läst igenom artiklarnas referenslistor för att finna fler intressanta studier som passar med studiens syfte (a a) .

Att använda sig av många databaser skulle kunna ge större trovärdighet till studien enligt Polit och Beck (2006). Då det fanns en tidsram att ta hänsyn till använde sig författarna av de tre databaser som nämnts ovan. Inga avgränsningar är gjorda på deltagarnas ålder då författarna ville ha ett så brett material som möjligt, kvinnor under 18 år är dock exkluderade. Män är exkluderade då det är kvinnans utsatta roll som ska beskrivas i studien. Ett exklusionskriterium var att artiklarna inte fick vara mer än 10 år gamla för att öka trovärdigheten och för att

resultaten skall vara mer generaliserbara för dagens samhälle. Studier som har visat sig vara litteraturstudier har inte granskats då Polit och Beck (2006) anser att primära källor skall användas för att säkerställa resultatet. En primär källa är en studie som har gjorts av författaren och som författaren själv sedan beskriver (a a). Abstracts som inte hörde ihop med studiens syfte uteslöts ur studien.

Tabell 1 Databassökning

Databas	Sökord	Träffar Lästa titlar	Granskade abstract	Granskade artiklar	Utvalda artiklar
Pubmed 2008-01-15	Battered women and Nurses	83	13	6	5
Pubmed 2008-02-07	Mesh Domestic violence and Mesh Nurses role	268	11	1	0
Pubmed 2008-02-07	Domestic violence And healthcare providers And women	394	21	2	0
Pubmed 2008-03-29	Health care And intimate partner violence	391	4	3	1
	Domestic violence and Help seeking	118	5	1	1
CINAHL 2008-01-15	Domestic violence And nurses	301	6	1	1
CINAHL 2008-03-29	Health care and Intimate partner violence	278	7	1	1
CINAHL 2008-03-29	Domestic violence and Women and perspectives	38	2	1	0
Psycinfo 2008-03-29	Intimate partner violence and nurses	202	8	0	0
Totalt:		1833	77	16	Antal: 9

### Databearbetning

Polit och Beck (2006) beskriver vikten av att identifiera forskningsproblemet, formulera frågeställningar i en litteraturstudie, orientera sig inom ämnet, undersöka vad som är känt och inte, samt att vara kritisk, (a a).

Hartman (1998) skriver att forskningsprocessen sker genom tre faser.

- *Planeringsfasen* är det skede som startar forskningsprocessen och går ut på att formulera en fråga samt att utforma undersökningen som består av att välja kunskapskälla och urval.

- Fas två är *datainsamlingen* där variablerna inte är bestämda, det finns ingen avgränsning och kräver därför en viss känslighet för att kunna utvärdera vad som är viktigt såväl som intresseväckande.
- Den tredje och sista fasen består av *analysen* där datamaterialet ska analyseras, d v s resultaten i artiklarna (a a).

Dessa tre steg hade författarna som avsikt att följa under forskningsprocessen.

Artiklarna granskades enligt Willman m fl (2002) bedömningsmallar för kvalitativa och kvantitativa studier. Samtliga artiklar lästes enskilt och jämfördes sedan, vilket förstärker trovärdigheten i bedömningen och kallas för triangulering enligt Polit och Beck (2006). Artiklarnas poäng bedömdes där de kvalitativa artiklarna kunde få en max poäng av 14 medan de kvantitativa kunde få en max poäng av 20. Artiklarna fick en poäng för varje punkt som var med på bedömningsmallen. De kvantitativa artiklarna som inte fick mer än 13 poäng uteslöts ur studien och de kvalitativa som inte fick mer än 9 poäng uteslöts också ur studien. De artiklar som hade uppnått poängen, men vars syfte inte stämde överens med det syfte författarnas studie hade, uteslöts också. Författarna blev familjära med materialet genom att läsa igenom artiklarna först en gång och sedan ytterligare en gång. Vid andra genomläsningen plockades fynden ut och kategoriserades under olika kategorier som framställs under rubriken resultat. Via referenslistor hittades två intressanta artiklar. Båda artiklarna granskades men är ej presenterade i tabell 1, de blev exkluderade då dess innehåll inte motsvarade syftet med studien.

## RESULTAT

Under denna rubrik kommer följande kategorier presenteras: Upplevelser av att berätta, upptäcka och bemötande, Attityder, handlingsmässiga och känslomässiga. Kunskap och erfarenhet samt bifyndet dokumentation.

### Upplevelser av att berätta, upptäcka och bemötande.

I Bacchus m fl (2002) artikel *Experiences of seeking help from health professionals in a sample of women who experienced domestic violence*, rapporterade en del av kvinnorna att de upplevde ett ointresse från läkare samt att de var osympatiska. Studien var kvalitativ och behandlade kvinnor utsatta för våld i nära relationer. Målet med studien var att undersöka kvinnornas erfarenheter av att söka hjälp av hälso- och sjukvårdspersonal. Tidsbristen var något som kvinnorna kände av, vilket resulterade i att vissa valde att inte berätta. Förhållningssättet och gensvar från hälso- och sjukvårdspersonalen var det som avgjorde ifall kvinnorna valde att berätta eller inte (a a).

Dieneman m fl (2005) ger i sin artikel *Survivor Preferences for Respons to IPV Disclosure* information från kvinnor som levt eller lever i relationer med våld för att öka förståelse och kunskap till hälso- och sjukvårdspersonal. I den kvalitativa studien fick 26 kvinnor delge vad som varit positivt och negativt i mötet med hälso- och sjukvården, samt tips på förändringar. Ett hinder i att berätta för vårdgivaren var att förövaren i många fall följde med kvinnan för att övervaka henne. Kvinnorna ansåg därför att om vårdgivaren misstänkte intimt partner våld så kunde hon/han be om att få undersöka kvinnan privat så att tillfälle gavs för kvinnan att berätta. Vårdpersonal som beskrevs positivt var de som mötte erkännandet med ett icke bedömande, aktivt och informativt sätt. Negativt bemötande vårdpersonal var de som hade mött kvinnornas erkännande med ett

nedlåtande, kallt, aggressivt, och stressat sätt. Kvinnorna hade även upplevelser av att inte bli betrodda av sin vårdgivare. I vissa fall hade vårdgivaren gått ut ur rummet och pratat med kollegor, startat med åtgärder utan att berätta det för kvinnan själv. En punkt som kvinnorna tar upp är att när de väl tar mod till sig att berätta så vill de ha hjälp omgående, då modet inte varar länge (a a).

Chang m fl(2003) skriver i artikeln, *What Happens When Health Care Providers Ask About Intimate Partner Violence? A Description of Consequences From the Perspectives of Female Survivors*, om positiva och negativa konsekvenser av screening i hälso- och sjukvården, utifrån de drabbade kvinnornas perspektiv. Screening är ett hjälpmedel vid misstanke om våld i nära relationer, ett frågeformulär som vårdgivaren kan utgå ifrån. Studien var kvalitativ och 41 kvinnor deltog. Deltagarna tar här upp det positiva med att bli tillfrågad om de utsätts för våld i nära relationer, de menar att situationen blir verklig. Oavsett hur kvinnan blir tillfrågad så får hon då en tro att våld inte är ”normalt” eller förtjänat, det ger en insikt över problemet samt en känsla av att någon bryr sig och värdesätter henne. Kvinnorna sa att bli tillfrågade också kunde ”plantera ett frö” om ett annat liv, även om de nekade. De negativa konsekvenserna var rädsla över att bli utdömd, ångest över oanade konsekvenser, besvikelse över vårdgivarens respons. Skam kunde göra att kvinnorna svarade nej då de blev tillfrågade, de trodde att folk skulle tro de var dumma som stannade. Hur doktorn frågade uppgav kvinnorna som avgörande huruvida de svarade ja eller nej (a a).

I artikeln *I could have just done with a little more help’: an analysis of women’s help-seeking from health visitors in the context of domestic violence*, skriven av Peckover (2003) beskriver 16 kvinnor sina upplevelser av kontakt med hälso- och sjukvården. Alla deltagarna berättar om en motvillighet att berätta, vilket ledde till att situationen blev väldigt allvarlig innan de beslutade sig för att berätta. Rädsla för att förlora vården om sina barn var en orsak till att många väntade innan de berättade för sin vårdgivare (a a).

*Seen but not heard: Battered women’s perceptions of the ED experience*, skriven av Yam (2000), målet med artikeln var att undersöka kvinnors upplevelse av akutvården. Deltagarna tar upp fyra moment som hindrar dem från att berätta, rädsla, skam, brist på resurser/hjälpssystem och rädslan för att öppna upp allt. Vissa tillfällen har funnits då kvinnorna velat berätta men inte kunnat på grund av skam eller att förövaren har följt med. Ett sådant tillfälle beskrivs av en kvinna som följande:

” I was afraid to tell; my boyfriend was right there. The doctors believed him when he said he was my brother and I couldn’t tell them he was lying. It intimidates you and especially with him standing right there and him making sure you don’t open your mouth.” (s 468)

En kvinna berättade positivt om när hon berättade för sin sjuksköterska om sitt hemförhållande:

” One nurse, I did tell. She really seemed concerned about it so that’s why I told her what really happened. Because she didn’t flat out ask me-are you a victim of violence? She didn’t ask me like a textbook...She gave me a whole list of places to call and I started calling them from then on. ” (s 468)

Deltagarna tog upp vissa teman som förslag till vårdgivare när en kvinna berättar. Teman som de uppgav inkluderade att uttrycka medkänsla, ha en advokat tillgänglig, få kvinnan att känna sig säker, ge förslag, lyssna, prata med kvinnan och att göra detta privat i ett enskilt rum, Yam (2000).

Hägglblom m fl (2006) utförde i sin artikel, *On a Life-Saving Mission: Nurses' Willingness to Encounter With Intimate Partner Abuse*, intervjuer med 10 sjuksköterskor på Åland som jobbade inom en statligt styrd hälsoorganisation. Syftet var att undersöka sjuksköterskor som var experter på våldsutsatta kvinnor och hur de upplevde mötet samt att undersöka hur rollen var som omvårdnads experter för dessa kvinnor. Vid vissa tillfällen då kvinnorna inte direkt berättade att de blev slagna kunde sjuksköterskorna få en "magkänsla", kvinnornas historier stämde inte överens med deras skador. I dessa fall frågade sjuksköterskorna kvinnorna om de blev slagna. En annan sak som sjuksköterskorna var uppmärksamma på var hur kvinnorna talade om sina män, ifall de var oroliga att de skulle komma för sent hem, om de var tvungna att ringa och meddela var de var, dessa tecken var orsak till misstanke.

Sjuksköterskorna berättade hur viktigt det var att intervjua kvinnorna privat och på ett empatiskt sätt, kvinnorna avslöjade inte orsaken till deras skador förrän de kände sig helt säkra och trodda. Även om dessa omständigheter tillgodosågs så kunde det dröja innan kvinnan tillslut efter att sjuksköterskan vid upprepade tillfällen frågat om hon blev slagen hemma, svarade ja. De pratade om hur viktiga dessa minuter var, i kombination med deras respons mot kvinnan, för den framtida behandlingen. Vid första tillfället är det viktigt att ta upp kvinnans rättigheter, delge information och upprätta en kontakt med sociala myndigheterna. Sjuksköterskorna uppmuntrade också kvinnorna att lämna sina män, berätta för sin omgivning vad som hänt och att ta kontakt med ett skyddat boende. Det viktigaste enligt sjuksköterskorna var förståelse för att det är en lång process att lämna en våldsam man, att öka kvinnans självförtroende, öka hennes förståelse för konsekvenserna om hon stannar, ge information om förövarens ansvar i våldet och hjälpa kvinnan att besluta om hon ska stanna eller inte. Sjuksköterskorna tog upp att det fanns olika sätt att fråga på, ibland behövs ett auktoritärt sätt där frågor och åtgärder tas upp direkt men vid andra tillfällen kan ett mer diskret frågande sätt vara ett bättre alternativ (a a).

En del av sjuksköterskorna träffade kvinnor som blev misshandlade ofta på sina avdelningar medan andra bara träffade de ibland. En av sjuksköterskorna tog upp oron över att inte upptäcka kvinnor som blev utsatta för våld. Sjuksköterskorna pratade även om det dolda antalet utsatta kvinnor, en sa:

"There are hidden numbers and I am sure that I have failed to identify many, many." (s 1084)

Uppfattningen som sjuksköterskorna hade om sig själva som experter var att de var de viktigaste i teamet av att förebygga och hur beteendet ska vara gentemot kvinnor som blir utsatta för våld, (Hägglblom m fl (2006). En sjuksköterska beskrev det som följande:

"That role is extremely important because it is me who attend the person first and it is most often I who see the patient last, who says

goodbye at the ward... Yes, as instruments we are extremely important, I should say that we are the most important chain.” (s 1084) (a a).

*Nurses' attitudes and practices towards abused woman*, heter en kvantitativ enkät studie med sjuksköterskor utformad i Sverige av Häggblom m fl (2005). Syftet var att fastställa sjuksköterskors kunskaper, träning och praktisk verksamhet angående omvårdnaden av misshandlade kvinnor. Av alla sjuksköterskor som var med i studien svarade 23 % att de aldrig träffade misshandlade kvinnor, trots att 10 % av dessa sjuksköterskor arbetade på akutavdelningar, primärvården och psykiatriska avdelningar där misshandlade kvinnor ofta söker hjälp. Av de 133 sjuksköterskorna i studien rapporterade 25 % att de vid misstanke alltid frågade kvinnorna om de blev misshandlade hemma, 15 % gjorde det oftast, 35 % frågade ibland och 25 % frågade sällan eller aldrig. Skälen till att de inte frågade var skyddandet av kvinnornas integritet, svårigheter med att formulera frågan, dålig erfarenhet av att fråga om våld i nära relationer, rädsla inför svaret, tidsbrist eller att de inte tyckte det var relevant. Skadans allvarlighetsgrad uppgav 37 % som en avgörande faktor ifall sjuksköterskorna frågade eller inte. Flera av sjuksköterskorna, 24 %, var villiga att acceptera en kvinnas vägrande av att svara på frågor kring misshandel även om hon var misstänkt utsatt (a a).

Moore m fl (1998) undersökte i sin kvantitativa studie *Attitudes and Practices of Registered Nurses Toward Woman Who Have Experienced Abuse/Domestic Violence* utbildning, attityder och arbetsplatser avseende våld mot kvinnor hos perinatal-sjuksköterskor. Arbetsplatser som forskarna avsåg att studera skillnader hos var inom primärvården, sjukhus och privata kliniker.

Sjuksköterskor hade som rutin enligt 70,1 % av dem som arbetade inom primärvården att fråga gravida patienter om misshandel, 18,3 % av de sjuksköterskor som arbetade inom den privata sektorn och 43,5 % av de som arbetade på sjukhusen. Av alla så frågade, 43,7 % av primärvårdens sjuksköterskor, 7,8 % inom den privata sektorn och 17,6 % av de som arbetade på sjukhus, om kvinnor som av rutin gick på årliga gynekologiska undersökningar blev utsatta för våld. Vid de fall då kvinnor klagade över kronisk smärta, sexuella problem och kroniskt ont i ljumskarna frågade 42,5 % av primärvårdens sjuksköterskor, 28,9 % av de inom privata sektorn och 32,9 % av de som arbetade på sjukhus om kvinnorna blev utsatta för våld (a a).

### **Attityder – känslomässiga och handlingsmässiga**

I Bacchus m fl (2003) artikel berättar kvinnorna hur de uppfattar vissa allmänläkare som osympatiska och ointresserade av sociala problem förutom de som var tränade i psykologiska hälsoproblem. En kvinna beskrev sina tankar om allmänläkare:

”Some doctors can be so arrogant. Like, before you even walk in, they start writing prescriptions! They tell you how you feel instead of listening to you. They just wanna rush to get through all their patients. You would need more time to sit and open up about it, and you don't feel you can do that in your GP's surgery.” (s 14)

Hälso- och sjukvårdspersonalens attityder uppgav kvinnorna var en viktig avgörande del i huruvida de ville prata om sina problem eller inte. Samma kvinna fortsätter beskriva allmänläkare som följande:



”You just quickly go in and quickly go out. They don’t come across as being people that could help you in aspects of depression or anything like that. They don’t come across as people that even give a damn”. ( s 14)

Dienemann m fl (2005) rapporterar i sin artikel att alla kvinnorna i studien efterspråkar hälso- och sjukvårdspersonal som lyssnar utan att döma eller kategorisera dem. En kvinna beskrev sin vårdgivares respons positivt. Vårdgivaren hade varit förstående och sympatisk inte nedlåtande eller sentimental, kvinnan kände att hon blev behandlad som en vuxen (a a).

Även i Chang m fl (2003) säger kvinnorna att de inte ville bli bemötta med ett nedlåtande tillmötesgåendesätt av hälso- och sjukvårdspersonalen, vilket många doktorer gjorde. Kvinnorna beskrev även möten med vårdgivare som hade varit omtänksamma och ingivit en känsla av att kvinnorna var värderade. På vilket sätt en vårdgivare kan påverka situationen svarade en kvinna följande:

”It helps us to believe in ourselves. People respect doctors, and when a doctor says something, you know it looks better on you that somebody that’s professional would actually believe in you”. ( s 79)

Kvinnorna rapporterade att de ofta skämdes över förhållandet och var oroliga att andra skulle döma dem som dumma för att de stannade kvar, (a a).

Utav fem deltagare i Yam’s m fl (2000) studie ansåg tre informanter att doktorer och sjuksköterskor hade en negativ attityd gentemot misshandlade kvinnor och att hälso- och sjukvårdspersonal inte tog deras situation på allvar. Vissa kvinnor beskrev tillfällena då de kände att vårdgivaren skuldsatte och samtidigt tyckte synd om dem. En kvinna hade blivit utfrågad om varför hon stannade kvar hos sin man, vårdgivaren sa sen att det var kvinnans eget fel att hon befann sig i situationen. Kvinnan berättade även hur en sjuksköterska hade skrikit åt henne att hon var galen. Delar som kvinnorna upplevde och tog upp var uppfattningen av att sjuksköterskor och läkare inte brydde sig, saknade humanitet i deras arbete och att de inte hade någon medkänsla. Kvinnorna beskriver olika situationer som speglar saknaden av att bry sig, humanitet och medkänsla, en situation beskrivs som följande:

”She (the nurse) was just there to take my vital signs. I don’t think she was really too much concerned. She was trying to do her job and get me out of there so she could see the next patient.” ( s 467)

En annan kvinna beskriver en liknande situation:

“They have no compassion whatsoever, none. And that’s the field they chose! They chose this field to help people, so I would expect them to be understanding.” ( s 467)

Ytterligare kommentarer från kvinnorna handlade om en önskan att bli tilltalad med och inte åt, samt att hälso- och sjukvården skulle visa mer medkänsla. En kvinna beskrev det som följande:

”I’ve been through a rough ordeal, treat me like a human being”.  
(s 468)

Genom hela Häggblom m fl (2006) studie framkom en stark känsla av engagemang och vilja att ge god respons till kvinnor som blir/blivit utsatta för våld av sjuksköterskorna. Häggblom m fl (2006) skriver vidare att sjuksköterskornas fokus i mötet låg på kvinnornas styrkor och överlevnadsviljor. Sjuksköterskorna berättade om hur viktigt det var att bemöta kvinnorna med beundran, uppmuntran, en förstående attityd och känslighet vid ett ingripande tillfälle. De sjuksköterskor som mött kvinnor i allvarliga situationer där kvinnorna nästan dött av våldet från sin man berättade om känslor av besvikelse. En sjuksköterska berättade om följande känslor:

”Yes, in a group of eight patients (in a psychiatric clinic), six had been sexually mistreated. So it turned out that I felt that somehow my belief in humanity was split. I even dreamed that I shot the men from their feet up to their heads.” (s 1080)

En annan sjuksköterska beskrev liknande känslor:

“I have long been disillusioned when it comes to humanity. Not much surprises me anymore”. (s 1081)

Trots dessa uttalanden kände sjuksköterskorna att deras arbete med dessa kvinnor var meningsfullt (a a).

Sjuksköterskorna beskrev skräckkänslor då de mötte kvinnor med allvarliga fysiska skador som utdragna naglar, hjärnskakningar, frakturer, skador på huvudet, brännskador, kvinnor som hade blivit inlåsta i källarum i dagar eller de som nästan blivit dränkta. En sjuksköterska sa som följd på tidigare beskrivning att:

”The worst part is seeing the woman behind all the scars”. (s 1081)

Sjuksköterskor som själva tidigare hade upplevt våld i hemmet utan att få professionell hjälp uttryckte starka känslor av frustration och ilska, med en underliggande mening av hur viktigt det är att ge tillräcklig hjälp till drabbade kvinnor. Känslor av ilska och hopplöshet drabbade sjuksköterskorna, en beskrev det som följande:

”It is heavy to meet and hear about all the horror, to hear about how it hurts and about all the horrible scenes of bruises and battery, slaps and all this.” (s 1082)

Andra sjuksköterskor beskrev hur svårt det var att hantera allt:

“This is not easy to deal with and it makes me very angry, “och, “my heart bleeds for every new woman I meet at the health clinic”.  
(s 1082)

Sjuksköterskorna kände även ilska och frustration över vissa kollegors oförmåga att upptäcka kvinnor som blev utsatta för våld samt att kollegor ibland visade ignorans då de inte trodde på kvinnorna (Häggblom m fl 2006). Vid misstanke om

detta konfronterade sjuksköterskorna sina kollegor. En sjuksköterska beskrev att eftersom hon alltid tog hand om de drabbade kvinnorna så förblev hennes kollegor passiva. Sjuksköterskorna i studien trodde att denna passivitet kunde bero på rädslor, tidsbrist och kunskapsbrist. Andra orsaker till frustration var läkares ovilja till ingripande, polisens förolämpande attityder mot de drabbade kvinnorna, social arbetares okunskap, kollegors svaga respons inför att eventuellt avslöjande och de få bäddar som finns på skyddade boenden för kvinnor. Häggblom m fl (2006) rapporterar att sjuksköterskorna genom engagemang och erfarenhet mötte kvinnorna och tillät sig själva bli påverkade trots att de visste hur detta kunde beröra dem inombords. Delandet av känslor mellan sjuksköterskan och patienten trodde deltagarna kunde leda till att kvinnorna kände sig trygga nog att ändra på sina liv (a a).

### **Kunskap och erfarenhet**

Häggblom m fl (2006) skriver i sin studie att sjuksköterskorna i sin grundutbildning fick lite teoretisk kunskap om våld i nära relationer. Sjuksköterskorna såg sig som den mest viktiga personen i arbetsgruppen, relaterat till deras roll som experter i vården av misshandlade kvinnor. Sjuksköterskorna identifierade några kännetecken en professionell sjuksköterska bör besitta:

- Flexibilitet
- Ärlighet
- Empati
- Kunskap
- Vara stödjande
- Uppfinningsrikedom
- Och att vara en länk mellan kvinnan och andra vårdgivare

Nästan inga av sjuksköterskorna hade någon omfattande utbildning om våld i nära relationer men tre av sjuksköterskorna hade gått utbildningar som kunde kopplas till området. Dessa tre sjuksköterskor beskrev att de var vältränade och kände sig säkra, samt att de hade självförtroende i mötet med misshandlade kvinnor. Några av de andra sjuksköterskorna hade gått en eller två dagars utbildningar om våld i nära relationer, vissa hade ingen utbildning alls. De sjuksköterskor som hade någon form av träning hade deltagit på eget initiativ. Träningen verkade hjälpa sjuksköterskorna att reducera tvetydighet och gjorde att de kunde förutsäga resultaten av deras ingripande. Då ingen hade djup kunskap om våld i nära relationer sa sig sjuksköterskorna ta kunskap från andra omvårdnadssituationer vid möten med misshandlade kvinnor.

De intervjuade sjuksköterskorna delgav en rad nödvändiga åtgärder för prevention av våld i nära relationer, där träning var den faktor som var viktigast. Kunskap beskrevs också som en betydelsefull faktor, därför kom ett förslag att träningsprogram för alla hälsoarbetare skulle ha som syfte att försöka öka medvetenheten och öka insikten om våld i nära relationer. En sjuksköterska uttryckte att kunskap inte var tillräckligt utan att sjuksköterskan måste överkomma sina egna rädslor. Kunskap gjorde så att sjuksköterskorna kunde kartlägga psykiska symtom som depression, nervositet, fobi liknande symtom, vilka kunde ge misstanke om våld. Sjuksköterskorna kände sig frustrerade över socialarbetares bristande kunskaper i ämnet (a a).

Samspelet med kvinnor som upplevt/upplevde våld i nära relationer använde sig sjuksköterskorna av sin utbildning, träning, personlighet samt både privata och

arbetsrelaterade erfarenheter. Visa erfarenheter kunde kopplas till att vara kvinna och även i vissa fall den egna upplevelsen av misshandel. Det som var mest till hjälp var när alla dessa faktorer stöttade varandra på ett konstruktivt sätt. Det var tydligt för vissa sjuksköterskor att grundutbildningen och träningen var otillräcklig. I dessa fall försökte sjuksköterskorna kompensera med sin personlighet och erfarenhet. Erfarenheten tog de från arbetet med andra vårdgrupper samt från deras privata sfär. I vissa fall kunde sjuksköterskornas egen erfarenhet av våld i nära relationer hjälpa dem att reagera på ett sätt som var gynnsamt för de drabbade kvinnorna. Det var alltid kostbart för sjuksköterskorna, för ibland var sjuksköterskornas egna erfarenhet av våld i nära relationer problematiskt i kontakten med de drabbade kvinnorna, Häggblom m fl (2006).

Häggblom m fl (2005) visade i sitt resultat att 22 % av sjuksköterskorna hade fått undervisning om misshandel av kvinnor i sin grundutbildning. År 2000 gav den statliga hälsoorganisationen ut en manual som innehöll rutiner och riktlinjer om vården av misshandlade kvinnor och barn. Manualen skickades ut till all hälso- och sjukvårdspersonal. Av alla sjuksköterskor som deltog i studien var det bara 36 % som visste om att det fanns sådana rutiner och riktlinjer. De senaste åren hade våld mot kvinnor blivit inkluderad i utbildningsprogrammet för hälsoarbetare på arbetsplatserna men endast 28 % av sjuksköterskorna hade utnyttjat möjligheten att delta. Av resultatet framkom det också att många av sjuksköterskorna, 83 %, ville ha mer träning inom området. Många av sjuksköterskorna, 77 %, hade läst broschyrer om misshandel av kvinnor, men bara 17 % av dessa använde sig av dem och delgav broschyrerna vid mötet till de misshandlade kvinnorna. De sjuksköterskor som hade gått vidareutbildning var insatta i de misshandlade kvinnornas problem med att lämna förövaren vilket hade ett signifikant värde ( $P=0.002$ ), jämfört med de sjuksköterskor som inte gått utbildningen.

Enligt sjuksköterskorna i Häggbloms m fl studie (2005) fanns det kunskaper som var extra betydelsefulla vid omvårdnaden av misshandlade kvinnor, se tabell 2 nedan. Två tredje delar av deltagarna trodde att alkohol och droger kunde orsaka fysiskt våld, medan 25 % av deltagarna trodde att våldet berodde på kvinnans hjälplösa personlighet. Resultatet visade även att 27 % menade att om kvinnan ansåg våldet hemma vara för mycket skulle hon lämna mannen (a a).

*Tabell 2 Sjuksköterskornas svar i procent angående speciellt viktiga kunskaper kring omvårdnaden av misshandlade kvinnor.*

N=133	
Uppfattningen om kvinnorna	75 %
Samhällets stöd och resurser	60 %
Psykologiska aspekter	43 %
Orsaker till våldet	37 %
Lagliga aspekter av våldet	30 %
Olika förklaringsmodeller	21 %
Att skriva ett lagligt certifikat	0.5 %

Gutmanis m fl (2007) *Factors influencing identification of and response to intimate partner violence a survey of physicians and nurses* är en kvantitativ undersökning utförd med enkäter där 328 läkare och 597 sjuksköterskor svarade på frågor om barriärer eller faciliteter angående intimt partner våld. En signifikant andel av deltagarna sa sig ha en vän, familjemedlem eller hade själva upplevt misshandel ( $p=0.001$ ). I studien undersöktes sambandet mellan träning, att vara

förberedd vid mötet med misshandlade kvinnor och erfarenhet. Bland de deltagare som inte hade någon specifik träning undersökte man fyra olika individuella variabler som kunde påverka förberedelsen dessa var:

- Vilket yrke deltagarna hade
- Hur länge deltagarna varit anställda
- Erfarenhet av våld de fått på arbetsplatsen
- Egen, väns eller nära släktings erfarenhet av våld

Resultatet visade att sjuksköterskorna hade en lägre förberedelse nivå än vad läkarna hade ( $P < 0.01$ ). Resultatet visade också att om deltagarna hade mer erfarenhet av våld så var de också bättre förberedda inför möten med utsatta kvinnor. En arbetsplats som inte identifierade någon kvinnomisshandel jämfört med en arbetsplats som identifierade mindre än 20 kvinnor så ökades förberedelse resultaten med 0.30 ( $p < 0.001$ ). På en arbetsplats som identifierade fler än 20 misshandlade kvinnor steg resultatet ytterligare för förberedelse med 0.50 ( $p < 0.01$ ). Om en vän, nära familjemedlem eller vårdgivaren själv hade erfarenhet av våld ökade resultaten för förberedelse med 0.11 ( $p < 0.01$ ), jämfört med de som saknade erfarenhet. De som hade mer än 10 års erfarenhet av den arbetsplats där de varit anställda på jämfört med dem som hade mindre än 10 års erfarenhet ökade förberedelse resultaten med 0.08 ( $p < 0,05$ ) (a a).

Deltagare i studien som fått träning om kvinnor som utsatts för våld i nära relationer undersöktes bl a två olika individuella variabler som kunde påverka förberedelsen inför mötet:

- Erfarenhet av våld de fått på arbetsplatsen
- Egen, väns eller nära släktings erfarenhet av våld

Hos de hälso- och sjukvårdspersonal som fått träning steg förberedelsen även då erfarenheten var högre. Ingen identifikation av kvinnor utsatta för misshandel på en arbetsplats jämfört med mindre än 20 identifikationer ökade förberedelse resultatet med 0,24 ( $p < 0.01$ ) medan vid de arbetsplatser som identifierade 20 eller fler misshandlade kvinnor ökade förberedelse resultatet med 0.64 ( $p < 0.01$ ). Om deltagarna hade egen erfarenhet i form av att själv blivit utsatt, haft en vän eller nära familjemedlem som varit utsatts för våld, ökade förberedelse resultatet med 0.12 ( $p < 0.05$ ), jämfört med de som inte hade personlig erfarenhet (a a).

I Moores m fl (1998) studie visade resultaten att 54 % av sjuksköterskorna hade någon form av utbildning om våld i nära relationer. Sjuksköterskorna som jobbade inom primärvården var de som hade mest utbildning inom området och de sjuksköterskor som jobbade inom sjukhusen var de som hade minst utbildning, 66 % jämfört med 42 %. Primärsjuksköterskorna fick kurser kontinuerligt som handlade om misshandel av kvinnor och dessa blev oftast sponsrade av familjeservices och lokala agenter. Sjuksköterskorna som arbetade på sjukhusen och inom den privata sektorn beskrev också att kurser om kvinnomisshandel var den vanligaste utbildningen, men förekom mer sällan än bland sjuksköterskorna som jobbade inom primärvården. De som hade erhållit information om våld i nära relationer i sin grundutbildning rapporterade 15 % av primär sjuksköterskorna, 16 % av sjukhus sjuksköterskorna och 19 % av sjuksköterskorna som jobbade inom den privata sektorn. Bland de sjuksköterskor som hade någon form av utbildning sa 38 % att de inte var tillräckligt tränade Moore m fl (1998).

Mindre än 5 % av alla sjuksköterskorna i studien hade erfarenhet av att arbeta

inom skyddat boende. Av de sjuksköterskorna som hade utbildning var det 44 % som inte kände frustration då de inte kunde hjälpa kvinnorna. Bland sjuksköterskor som saknade utbildning var det 32 % som inte kände frustration då de inte kunde hjälpa kvinnor som blev misshandlade. Sjuksköterskor med specifik utbildning kunde i högre grad upptäcka misshandlade kvinnor än de utan specifik utbildning. De hade också i större utsträckning utbildningsmaterial för patienterna tillgängligt, 78 % i jämförelse med 50 %. I studien var det 31 % av sjuksköterskorna som sa sig blivit misshandlade eller hade en nära familjemedlem som blivit det, Moore (1998).

I artikeln skriven av Chang m fl (2003) rapporterar kvinnorna att de fick känslan av att vårdgivarna inte förstod komplexiteten av våld i nära relationer och kanske omedvetet la skulden av misshandeln på kvinnorna. Detta gjorde att kvinnorna kände sig skuldbelagda när de fick frågor som antydde att det var deras eget fel eller varför de inte lämnade sin förövare (a a).

Enligt Dienemann m fl (2005) säger kvinnor utsatta för misshandel att om vårdgivaren inte kan handskas med deras problem så borde det finnas en specialist på våld i nära relationer, socialarbetare eller en advokat så att de kunde få hjälp omgående. Deltagarna ansåg att akutvårdspersonal ska kunna uppmärksamma förövarens övervakning som ett tecken på våld i nära relationer och skapa ett tillfälle för att träffa kvinnan enskilt. Deltagarna tyckte också att det var viktigt att läkarna var uppmärksamma på försvarsskador även om kvinnan nekade till att misshandel hade ägt rum. Kvinnorna ansåg att de inte ska behöva offentliggöra misshandeln för att få hjälp. En kvinna i studien tyckte också att läkarna skulle ha kunskap om symtom som att viktörlust, sömnproblem, fatigue, och stora medicinbehov skulle kunna vara tecken på misshandel (a a).

### **Bifynd: Dokumentation**

Dienemann m fl (2005) skriver att kvinnorna pratade om vikten av att sjukvårdspersonal dokumenterade alla skador, även om de själva inte berättade om misshandeln. Hot mot vårdgivaren skulle också dokumenteras, på grund av att personen som blivit hotad kunde behöva vittna i rättssalen. Kvinnor som är/blivit utsatta för misshandel gav också ett förslag på att om polisen kom in med kvinnan på sjukhuset så skulle polisens namn och personnummer dokumenteras. Även om polisen hade berättat det för kvinnan så är det inte säkert att kvinnan kommer ihåg det senare. Att fotografera skadorna ansåg kvinnorna vara mycket viktigt. Bilderna skulle vara tagna av hälso- sjukvårdspersonal, advokater eller rådgivare och ge bilderna till kvinnan som en säkerhetskopia, många av kvinnorna hade erfarenhet av att bilder hade blivit tagna men som hade tappats bort. En av kvinnorna summerade med att dokumentation var viktig och inte bara ur en rättegångssynpunkt utan även för hennes egen skull

” you want it for the court situation and also from my own personal standing that I know that if its documented someplace I didnt just stand by and do nothing”(a a). (s 225)

I Häggbloom m fl studie (2005) berättar sjuksköterskorna om vilka faktorer som nästan alltid dokumenterades i samband med våld i nära relationer dessa var: skador, psykisk hälsotillstånd, fysisk hälsotillstånd, kvinnans relation med förövaren, förloppet av händelserna, socialhälsotillstånd, vilka åtgärder som gjorts, drogvanor, personlig information om förövaren. I de fall där kvinnan

anmäler till polisen måste alla skador vara beskrivna i detalj, inför en eventuell rättegång. Det framkom att 67 % av sjuksköterskorna dokumenterade våldet mot kvinnorna i deras journaler (a a).

Moore m fl. (1998) visar i sin studie att de flesta sjuksköterskor dokumenterade i journalen vid berättandet av misshandel. Det var heller ingen större skillnad i procent tal mellan sjuksköterskorna som arbetade på de olika platserna. Inom öppenvården var det 89 % av sjuksköterskorna som dokumenterade, 84 % av de sjuksköterskor som arbetade inom den privata sektorn samt de sjuksköterskor som arbetade på sjukhusen var det 80 % som dokumenterade (a a).

I artikeln skriven av Chang m fl (2003) var det en kvinna som beskrev att dokumentationen av hennes skador från det intima partner våldet var mer komplicerat än vad hon hade förväntad sig. Vissa av hennes skador fotograferades och andra skador röntgades och i sista hand fick kvinnan möta en rådgivare.

## **DISKUSSION**

Under ovanstående rubrik kommer, metoddiskussion, resultatdiskussion och slutsats att presenteras.

### **Metoddiskussion**

Syftet med studien var att undersöka sjuksköterskans kunskaper om våld i nära relationer samt bemötande gentemot dessa kvinnor. Ett andra syfte för studien är att ta reda på hur de drabbade kvinnorna uppfattar bemötandet av hälso- och sjukvårdspersonalen. Uppsatsen är en litteraturstudie som enligt Polit och Beck (2006) ger studenter fördjupande kunskap om ett ämne. Våld i nära relationer är ett ämne som behöver belysas och enligt författarna ett etiskt svårt ämne för två studenter att utföra en empirisk studie på. Att göra en empirisk studie om ett ämne som kvinnomisshandel kräver enligt författarna mer erfarenhet än vad författarna själva besitter. Studien innehåller både kvalitativa och kvantitativa artiklar.

Kvalitativa studier kan återge sjuksköterskors uppfattning av ett problem eller situation (a a). Alla artiklar som behandlar de våldsutsatta kvinnornas syn på hälso- och sjukvårds personal är kvalitativa. Av de artiklar som beskriver sjuksköterskornas uppfattningar och kunskaper är endast en artikel kvalitativ. Validiteten i de tre kvantitativa artiklarna ansåg författarna vara hög, frågeformulären som användes passade väl ihop med studiernas syfte samt mål. Författarna hade gärna sett att det funnits fler artiklar från sjuksköterskornas sida som var kvalitativa men då detta inte fanns fick studien även innehålla kvantitativa artiklar. De kvantitativa artiklarnas metod har varit enkät undersökningar där deltagarna inte har kunnat lägga fram sina egna åsikter vilket hade varit intressantare för syftet med studien.

Vissa faktorer kan ha lett fram till att alla artiklar som berör studiens syfte kanske inte har hittats. Det var svårare att hitta artiklar som behandlade sjuksköterskornas bemötande, attityder och kunskaper av våldsutsatta kvinnor jämfört med att hitta de artiklar som handlade om våldsutsatta kvinnors syn på hälso- och sjukvårdspersonal. Författarna fick ändra studiens syfte då misshandlade kvinnors

uppfattning av bemötandet från sjuksköterskor inte fanns beskrivet i artiklarna utan berörde istället all hälso- och sjukvårds personal. Författarna tycker det är underligt att det finns så få eller inga artiklar med misshandlade kvinnors syn på specifikt sjuksköterskornas bemötande, kunskaper och attityder då det är sjuksköterskan som oftast vårdar dessa kvinnor. Författarna har valt att bara använda sig av fulltext artiklar vilket har gjort att inga artiklar beställts från Malmö högskolas bibliotek. Fler sökkriterier skulle också ha kunnat leda fram till smidigare och bättre sökningar. Författarna är ändå av den åsikten att de artiklar som har hittats är tillräckliga för att fullfölja syftet med studien.

Två artiklar som hittades är skrivna av samma författare Häggblom m fl (2005) och Häggblom m fl (2006), vilket kan sänka trovärdigheten då de kan ha lagt ner sina egna värderingar i studien. Författarna till denna litteraturstudie tycker ändå att dessa två studier är viktiga att ha med då den ena är kvantitativ och utförs på alla sjuksköterskor på Åland medan den andra är kvalitativ samt att sjuksköterskor som är experter på misshandlade kvinnor kommer till tals.

Artiklarna som valdes ut och användes i resultatdelen har blivit bedömda enligt Willman m fl (2002) bedömningsmallar för kvalitativa och kvantitativa artiklar. En modifiering av bedömningsmallarna har inte gjorts, vilket enligt författarna höjer trovärdigheten vid granskningen av artiklarna. Om modifiering gjorts så skulle författarna kunnat råka lägga in egna värderingar vid granskningen av artiklarna som använts till studiens resultatdel. Vid artikelgranskningen fick de flesta artiklar som granskades hög vetenskaplighet men uteslöts dock på grund av att deras syfte inte överensstämde med litteraturstudiens syfte. Författarna har använt sig av triangulering då artiklarna först lästs enskilt, detta för att öka trovärdigheten samt för att öka objektiviteten vid granskningen av artiklarna, Polit och Beck (2006).

Författarna har genom hela arbetets gång försökt haft ett objektivt synsätt men det är ändå andra författares resultat och studier som granskats och använts, vilket enligt Polit och Beck (2006) leder till att studien blir en sekundär källa där författarnas egna värderingar kan ha påverkat resultatet.

Ingen av artiklarna är gjorda i Sverige men Häggblom m fl. (2006) och (2005) har båda fått etiskt godkännandet från Göteborgs universitet. De flesta resultaten från artiklarna kan troligen appliceras på Sverige då en del av studierna är utförda i Finland, Canada, samt England, vilka är länder som har liknande sociala och kulturella värderingar som i Sverige. Författarna tycker däremot att det är konstigt att inga svenska artiklar har kunnat hittas trots att kvinnomisshandel är ett omfattande problem även i Sverige. Enligt nationellt centrum för kvinnofrid anmäldes det 25 491 fall av misshandel mot kvinnor i Sverige år 2006. Då är det besynnerligt att det inte finns fler artiklar från Sverige om kvinnomisshandel och hälso- och sjukvård.

## **Resultatdiskussion**

Enligt Bonniers Svenska ordbok (2002) betyder ordet ”snäll” att man skall vara godhjärtad, vänlig och lydig. Godhjärtad skulle kunna gå i linje med att alla i hälso- och sjukvården ska arbeta efter godhetsprincipen som bland annat säger att vi ska förebygga skada och eftersträva det goda i världen. Att vara lydig betyder enligt Bonniers Svenska ordbok (2002) att en människa ska rätta sig efter, sorteras



under och tillhöra under någon (a a). Att vara snäll innebär två skilda saker och kan enligt författarna troligtvis tolkas på olika sätt för olika människor. Eliasson (1997) skriver om hur våldet ter sig samt utvecklar sig i den nära relationen, hur mannen hotar kvinnan om hon inte är ”snäll” (a a). Mannen kanske menar lydig och inte godhjärtad. I Dieneman m fl (2005) berättade en informant om hur sjuksköterskan, efter att kvinnan berättat att hon blev slagen av sin man, gått ut ur rummet och börjat göra åtgärder utan att berätta det för kvinnan själv, Dieneman m fl (2005). Behandlades kvinnan med respekt eller sorterade denna sjuksköterska ut henne och ansåg att hon skulle rätta sig efter vad sjuksköterskan själv tyckte var rätt för situationen? Var sjuksköterskan godhjärtad, vänlig eller ville hon att kvinnan skulle lyda henne?

Det är svårt och känsloladdat att handha kvinnor som blivit utsatta för våld i nära relationer, Socialstyrelsen (2003). En sjuksköterska/personal måste vara lyhörd och förstående men enligt artiklarna skrivna utifrån de drabbade kvinnornas perspektiv är det inte alltid så, Dienemann mfl (2005), Bacchus (2003), Chang mfl (2003), Yam (2003). Kvinnor hade blivit bemötta med kyla, aggressivitet, de hade inte heller blivit betrodda. En kvinna beskrev att allmänläkare överlag inte brydde sig när det gällde depressioner och liknande. Omtänksamma och sympatiska hade vissa kvinnor upplevt vårdgivare som, men det var enstaka historier och utgjorde inte någon majoritet.

Eliasson (1997) tar upp tre olika attityder i sin bok, kognitiva, handlingsmässiga och känslomässiga attityder (a a). Känslor kring ämnet fanns det mycket om i artiklarna. I Häggblom (2006) berättar sjuksköterskorna att de börjat tappa tron på mänskligheten eftersom de hela tiden träffar kvinnor som upplevt och blivit behandlade dåligt av sina män. Sjuksköterskorna kände en stor besvikelse i synnerhet då de träffade kvinnor som nästan dött av våldet (a a). Dessa sjuksköterskor var experter på området, det hade varit intressant att veta mer om vad hälso- och sjukvårdspersonalen i de andra artiklarna som inte var experter upplevde för känslor inför denna typ av våld, patienter.

I Bacchus m fl (2003) artikel beskrevs allmänläkare som arroganta, att de berättade för kvinnorna hur de mådde istället för att lyssna på dem (a a). Dienemann m fl (2005), Chang m fl (2003), Yam m fl (2000) fortsätter i sina artiklar ta upp berättelser om känslor från de drabbade kvinnorna gentemot hälso-sjukvårdspersonal. Yrkesgemensamma handboken (2005) tar upp hur känsliga kvinnor som utsatts för våld är mot attityder (a a). Det är troligtvis svårt för hälso- och sjukvårdspersonalen att hela tiden vara uppmärksam på hur de beter sig men vetskap om hur starkt ens attityd kan påverka framtida behandling bör de ha kunskap om. Det finns positiva upplevelser där kvinnorna möttes av vårdgivare som visat medkänsla samt fått kvinnorna att känna sig trygga och värderade men dessa citat, berättelser har vi plockat ut ur artiklarna och de utgör tyvärr inte heller någon majoritet. De flesta kvinnors upplevelser var negativa, alla citat togs inte med i studien eftersom de var liknande och författarna upplevde mättnad. Kvinnorna i artiklarna som använts för studien har mottagit hjälp, det kan göra att resultaten inte är generaliserbara då det finns hundratusentals kvinnor ute i världen som inte fått det och vad är deras uppfattning om vården?

I Häggblom m fl (2005) rapporterar 23 % av sjuksköterskorna att de aldrig möter kvinnor utsatta för våld i nära relationer trots att 10 % av dem arbetar på akutvårdskliniker (a a). Enligt Yrkesgemensamma handboken (2005) är det bl a

akutvårdskliniker som de flesta drabbade kvinnor söker sig till i kris (a a). Är det av okunskap, likgiltighet eller har just dessa sjuksköterskor rätt, trots fakta? Det var endast 25 % som alltid frågade kvinnorna om misstanke fanns att de blev misshandlade hemma, enligt Häggblom m fl (2005). I Moore´s m fl (1998) artikel uppgav 70,1% av sjuksköterskorna inom primärvården att de frågade varje gravid kvinna av rutin om kvinnomisshandel (a a). Fler av sjuksköterskorna i Moore´s m fl artikel hade fått utbildning om våld i nära relationer än de i Häggbloms m fl artikel från 2005, vilket kan vara anledningen till att de i större utsträckning frågade kvinnor om de blivit utsatta för misshandel.

WHO (2005) skriver i sin rapport att det finns brister i kunskapen om våld i nära relationer inom hälso- och sjukvårdspersonalen (a a). I artiklarna som behandlade sjuksköterskornas åsikter så efterspråkades mer utbildning om våld i nära relationer, Häggblom m fl (2006), Häggblom m fl (2005), Moore m fl (1998). Enligt Häggblom m fl (2005) så ville 83 % erhålla träning inom området, trots detta så deltog endast 28 % av sjuksköterskorna i utbildning som erbjöds på arbetsplatsen. Av deltagarna i studien trodde 25 % att våldet berodde på kvinnans hjälplösa personlighet (a a). Författarna undrar vad som i en hjälplös personlighet inte går att hjälpa. Dessutom är det sorgligt att vissa sjuksköterskor anser det som orsak till att en kvinna blir misshandlad, menar de att det är hennes fel p g a hennes personlighet? Författarna ser detta som brist på kunskap vilket i sin tur ger en negativ attityd och syn på människor.

Av sjuksköterskorna i Moore´s m fl (1998) artikel hade 15-19 % av dem fått information om våld i nära relationer i sin grundutbildning. I Häggblom m fl (2005) var det 22 % som erhållit undervisning om ämnet i sin grundutbildning. På sjuksköterskeutbildningen som författarna själva går på har det en gång varit undervisning om våld i nära relationer. En förmiddags lektion då en kvinna informerade om deras organisation, hur den fungerar, vad som sker med kvinnorna och med männen. Lektionen var bra men kvinnorna som läraren berättade om hade sökt och tagit emot hjälp. Det hade varit givande om mer undervisning getts samt innehållit fakta om symtom och hur vi inom hälso- och sjukvården arbetar med misshandlade kvinnor. Information om vilka tecken som skulle kunna leda misstankar, hur man frågar kvinnorna och vilken hjälp vi kan erbjuda dem.

Kvinnor utsatta för våld berättar i Chang´s m fl (2003) artikel att de fick en känsla av att vårdgivarna la skulden på kvinnorna och att det kunde bero på att de inte förstod komplexiteten i problemet. Enligt Dieneman m fl (2005) tyckte de drabbade kvinnorna att om en vårdgivare inte kunde handskas med problemet så skulle en specialist på våld i nära relationer eller en socialarbetare finnas tillgänglig. Deltagarna ifrågasatte även att akutvårdspersonal inte uppmärksammade hur mannens/förövarens beteende kunde leda till misstankar om våld, i många fall följde mannen med kvinnan för att övervaka henne. Kvinnorna ansåg även att läkare borde ha mer kunskap om försvarsskador och andra symtom som skulle kunna vara tecken på misshandel Chang m fl (2003). Resultaten tyder på brister i kunskap hos hälso- och sjukvårdspersonalen. Författarna överensstämmer med kvinnornas uppfattning om att en specialist borde finnas till hands.

I Bacchus m fl (2003) artikel berättade kvinnor som blev utsatta för våld att de allmänläkare som hade utbildning inom psykologiska hälsoproblem bemötte

kvinnorna bra. Allmänläkare som inte hade någon inriktning eller utbildning i området upplevdes som osympatiska och ointresserade av kvinnornas berättelser (a a). Även här visar resultatet på att utbildning ger ett bättre bemötande, utifrån våld utsatta kvinnors synpunkt.

Flera av artiklarna tog upp tidspressen som ett problem, Bacchus m fl (2002), Dieneman mfl (2005), Yam m fl (2000), Häggblom mfl (2005). Kvinnorna kände av att vårdgivaren var stressad vilket kunde leda till att de inte berättade. Sjuksköterskorna uppgav i en artikel att tidspressen kunde göra att de valde att inte fråga kvinnor om de blev misshandlade av sin man. Enligt godhetsprincipen så har alla människor en förpliktelse att göra gott och förebygga lidande, då är det synd att en förändringsbar åtgärd som tidsbrist ska stå i vägen för att drabbade kvinnor får hjälp. Yrkesgemensamma handboken (2005) skriver att kvinnan i sin egen takt måste få berätta om sina upplevelser att tid ska avsättas till det. Att avsätta tid för drabbade kvinnor är ett ansvar som hälso- och sjukvårdspersonal har (a a), ingen av kvinnorna i artiklarna verkar ha upplevt det.

Yrkesgemensamma handboken (2005) tar upp vikten av att informera kvinnor att en kontakt med socialtjänsten inte i första hand innebär ett tvångsomhändertagande av hennes barn (a a). Detta var något som enligt Peckover (2003) flera kvinnor var rädda för. I Häggblom (2006) där sjuksköterskorna var experter på området tar de upp hur viktigt det är att upprätta en kontakt med sociala myndigheterna. Sjuksköterskorna berättade dock om deras frustration över socialarbetares bristande kunskaper om ämnet (a a). En fråga som författarna undrar är om det kan vara brister i samarbetet mellan hälso- och sjukvården och de sociala myndigheterna. Den svenska socialstyrelsen har gett ut flertalet rapporter och handböcker om våld i nära relationer, vilket författarna inte hittat specifikt inom hälso- och sjukvården. Har vårdgivare kunskap om socialtjänsten och omhändertagande av barn, denna kunskap skulle kunna eliminera kvinnors rädsla av att förlora sina barn om de berättar.

Författarna valde att behålla det engelska språket i citaten som har används i resultaten. Detta för att bibehålla den riktiga känslan i vad informanterna berättade, vilket förstärker trovärdigheten.

### **Bifynd dokumentation**

Vid genomläsningen av artiklarna hittades ett fynd som inte tillhörde studiens syfte men som författarna tyckte var viktigt att nämna då det rör sjuksköterskans dagliga arbete, dokumentationen. Enligt Yrkesgemensamma handboken (2005) ska den våldutsatta kvinnans skador dokumenteras och fotograferas, vidare rekommenderar handboken att kvinnan ska få en snabb tid till återbesök då vissa blåmärken och skador inte syns förrän efter några dagar. Enligt Dienemann m fl (2005) studie ville även de misshandlade kvinnorna ha sina skador fotograferade och dokumenterade. Detta var inte bara för att väcka åtal utan det var ett konkret bevis på att de gjort något och inte bara stått och tittat på. De våldutsatta kvinnorna tog också upp att de ville ha en kopia av fotografierna själva då de hade varit med om att bilder försvunnit (a a). Författarna till denna litteraturstudie tycker att det är oroväckande, att sådan viktig dokumentation ibland försvinner, om dokumentationen försvinner så kan det tolkas av den utsatta kvinnan att hon inte är betydelsefull. Kvinnan får då ytterligare ett bevis på sina egna misstankar att våldet mot henne inte är så allvarligt. I patientjournalagen (1985:562) står det

att alla patienter ska ha en journal och att denna ska hanteras säkert samt att det krävs goda rutiner när journalen skall hanteras.

I Häggblom's (2005) studie är det 67 % av sjuksköterskorna som dokumenterar jämfört med studien skriven av Moore m fl (1998) där 80 % - 89 % av sjuksköterskorna dokumenterar. Författarna undrar var denna skillnad i dokumentering kommer. Kan det vara så att sjuksköterskorna i Moore's m fl (1998) studie anser att det tillhör deras arbetsuppgift att dokumentera skadorna av kvinnomisshandel, medan de i Häggblom's m fl (2005) artikel är mer av den uppfattningen att det inte tillhör deras arbetsuppgifter att dokumentera sådana skador. Hälso- och sjukvårdspersonal är enligt patientjournalagen skyldig att föra journal. Författarna har också diskuterat om det kan bero på attityder, bristande kunskaper eller "snällhet" som gör att skadorna inte fotograferas eller dokumenteras. Med "snällhet" menar författarna att sjuksköterskorna kanske känner rädsla inför att kränka kvinnan genom att närgånget fotografera och dokumentera skadorna då detta kan vara att kränka deras integritet. Däremot tror inte författarna att någon sjuksköterska vägrar att sätta en kateter även om detta moment också kan upplevas som integritetskränkande. Författarna är av den åsikten att om sjuksköterskorna förstod att det ingick i deras arbetsuppgifter att dokumentera och fotografera skadorna hos en misshandlad kvinna på samma sätt som det är att sätta kateter skulle nog nästan alla sjuksköterskor dokumentera skadorna hos dessa kvinnor.

I Chang m fl (2003) berättar en misshandlad kvinna om då hon fick sina skador dokumenterade. Kvinnan uttryckte att dokumentationen av hennes skador var mer komplext än vad hon först trodde (a a). Detta visar på att det ändå finns de sjuksköterskor som följer lagen och förstår allvaret i att dokumentera. Dokumentationen kan enligt författarna till denna litteraturstudie användas som ett verktyg där kvinnan svart på vitt kan se att detta har hon varit/blir utsatt för, som en del i processen av förståelse samt inge kraft till att lämna sin förövare. Då inga artiklar är skrivna i Sverige hoppas författarna att dokumentationen tas på allvar och görs.

### **Slutsats**

I föreliggande studie framkom tankvärda uppfattningar i hur kvinnor utsatta för våld i nära relationer upplevde hälso- och sjukvården samt hur vårdgivare upplevde de utsatta kvinnorna som patienter. Ur de misshandlade kvinnornas synpunkt så fanns det brister hos hälso- och sjukvårdspersonalen. Kvinnorna kände inte att de blev tagna på allvar eller bemötta med medmänsklighet. Snarare så blev de bemötta på ett nedlåtande, kallt, aggressivt och stressigt sätt, de kände sig även besvikna över vårdgivarens respons. De sjuksköterskor som var experter inom området hade kunskap och erfarenhet i hur bemötandet mot kvinnor som utsatts för våld bör vara. Det var viktigt att visa empati, lyssna samt att prata med kvinnan inte åt henne. Brister i kunskap, attityder samt bemötande gentemot drabbade kvinnor fanns hos sjuksköterskorna i de andra artiklarna. I alla studier ur sjuksköterskornas synvinkel saknades en stor del av deltagarna undervisning om våld i nära relationer i sin grundutbildning.

Framtida forskning behövs gällande våldutsatta kvinnors uppfattning om specifikt sjuksköterskornas kunskaper, attityder och bemötande. Även studier om samarbetet mellan hälso- och sjukvården och de sociala myndigheterna hade behövts. Eftersom det fanns svårigheter att hitta studier som behandlade

sjuksköterskornas synpunkter om kvinnomisshandel så behövs det mer forskning om det.

Enligt Brottsförebyggande rådet (2008-02-10) så är 75 % av misshandlade kvinnor bekanta med sin förövare (a a). Om det är så tydligt att man vet vem förövaren är hur kan då våldet få fortsätta och öka? Är det känslor av rädsla samt gamla traditioner som hindrar hälso- och sjukvården och samhället från att ingripa i större utsträckning? Är det för att det är just kvinnor som är offer som gör det mer accepterat? Historiskt sett så har kvinnan alltid varit underordnad mannen. Endast vart femte fall anmäls, vilket gör att de egentliga siffrorna är över 90 000 fall, vilket även gör det till ett folkhälsoproblem, varför är det då så få åtgärder och uppmärksamhet i utbildning, på sjukhus och samhällsmässigt?

## REFERENSER

Bacchus, m fl (2002) Experiences of seeking help from health professionals in a sample of woman who experienced domestic violence. *Health and Social Care in the Community*, 11(1): 11-18

Brattgård,D (2008) Etik i sjukvården  
> [www.ettamneomlivet.nu/index2.html](http://www.ettamneomlivet.nu/index2.html) <2008-02-08.

Brottsbalken, 1998:393

Brottsförebyggande rådet (2007) Tema: Våld mot kvinnor  
> [www.bra.se/extra/news/?module\\_instance=2&id=3](http://www.bra.se/extra/news/?module_instance=2&id=3) < 2008-02-10

Chang, JC m fl (2003) What Happens When Health Care Providers Ask About Intimate Partner Violence? A Description of Consequences From the Perspectives of Female Survivors. *Journal of the American Medical Women's association*, 58(2): 76-81

Dienemann, J m fl (2005) Survivor Preferences for Respons to IPV Disclosure. *Clinical Nursing Research*, 14(3): 215-233

Eliasson, M (1997) *Mäns våld mot kvinnor*, Stockholm: Bokförlaget Natur och Kultur.

Gutmanis, I m fl (2007) Factors influencing identification of and response to intimate partner violence a survey of physicians and nurses. *BMC Public Health*, 7(12):

Hartman, J (1998) *Vetenskapligt tänkand*, Lund: Studentlitteratur.

Hägglom, A m fl (2006), On a Life-Saving Mission: Nurses' Willingness to Encounter With Intimate Partner Abuse. *Qualitative Health Research*. 16(8): 1075-1090

Hägglom, A m fl (2005) Nurses' attitudes and practices towards abused woman *Nursing and Health Sciences*. 7: 235-242

Lindstedt Cronberg, M (2005) Mäns våld mot kvinnor i 1800-talets Sverige  
Hustru misshandel som manlig ritual. Östberg. E & Lindstedt Cronberg, M (Red) *Kvinnor och våld* (1nd edition). Nordic Academic Press, Lund, s 24.

- Malmström, S (2002) *Bonniers svenska ordbok*, Stockholm: Albert Bonniers förlag AB
- Moore, ML m fl (1998) Attitudes and Practices of Registered Nurses Toward Woman Who Have Experienced Abuse/Domestic Violence. *Journal of Obstetric, Gynecologic, & Neonatal nursing* 27(2): 175-182
- Nationellt centrum för kvinnofrid (2008) Om våld mot kvinnor > [www.nck.uu.se/node6](http://www.nck.uu.se/node6) <2008-02-11.
- Patientjournalagen, 1985:562
- Peckover, S (2003) I could have just done with a little more help': an analysis of women's help-seeking from health visitors in the context of domestic violence. *Health and Social care in the community*, 11(3): 275-282
- Polit, D F, och Beck C T, (2006) *essentials of nursing research methods, appraisal, and utilization 6<sup>th</sup> edition*, Philadelphia: Lippincott Williams o Wilkins.
- Pubmed, Mesh database (1994) Domestic Violence>[www.pubmed.com](http://www.pubmed.com)<2008-02-13.
- Sekretesslagen, 1980:100
- Socialstyrelsen (2008) Etiska principer > [http://www.socialstyrelsen.se/Amnesord/halso\\_sjuk/riktlinjer/riktlinjer+metod.htm](http://www.socialstyrelsen.se/Amnesord/halso_sjuk/riktlinjer/riktlinjer+metod.htm) <2008-02-10.
- Socialstyrelsen (2006) Utfall och effekter av sociala metoder för kvinnor som utsatts för våld i nära relationer. (Artikelnr 2006-110-27).
- Socialstyrelsen (2003) Våldsutsatta kvinnor ett utbildningsmaterial för hälso- och sjukvårdens personal. (Artikelnr 2003-110-1)
- SOU 2006:65, Att ta ansvar för sina insatser. Socialtjänstens stöd till våldsutsatta kvinnor.
- Widding Hedin, L (1997) *Det kan hända vilken kvinna som helst*, Smedjebacken: Anamma
- Willman, A m fl (2002) *Evidensbaserad omvårdnad: en bro mellan forskning och klinisk verksamhet*, Lund: Studentlitteratur ab
- World Health Organization (2005) WHO Multi-country Study on Women's Health and Domestic Violence against Women.
- Yam, M m fl (2000) Seen but not heard: Battered women's perceptions of the ED experience. *Journal of Emergency Nursing*, 26 (5): 464-470
- Yrkesgemensam handbok, Malmö (2005)

><http://www.malmo.se/download/18.4df28e5810cecede865f8000356/webversion%20Byrkesgemensam%20kvinnofridshandbok.pdf> <2008-04-02

Östberg, E & Lindstedt Cronberg, M (2005) Kvinnor och våld- då och nu.  
Östberg, E & Lindstedt Cronberg, M (Red) *Kvinnor och våld* (1nd edition).  
Nordic Academic Press, Lund, s 8-9



## BILAGA 1

Författarnamn Publiceringsår och Land	Syfte	Metod	Deltagare (Bortfall)	Resultat	Vetenskaplig Bedömning
Bacchus Loraine m fl. Publicerad 2002 Plats London	Att utforska misshandlade kvinnors erfarenhet av att söka hjälp hos sjukvårds personal och att vårdera kvinnornas psykiska hälsa	Kvalitativ studie med Semistrukturerade intervjuer. Utfördes i London. Psykiska hälsan undersöktes genom enkäter. De som ställde upp fick pengar.	16 kvinnor som hade blivit misshandlade senaste 12 månaderna. Författarna använde sig av ett ändamålsenligt urval.	Kvinnorna kände sig säkrare med sin hälsobesökare än med läkare och akutvårdspersonal.	11 poäng
Chang, C Judy m fl. Publicerad 2003 Plats North Carolina, Pennsylvania	Att beskriva positiva och negativa konsekvenser av hälsovårds screening efter IPV- perspektivet från kvinnor som överlevt	Kvalitativ studie med 7 semistrukturerade fokus gruppintervjuer med misshandlade kvinnor från North carolina	41 kvinnor från skyddat boende eller IPV:s stödgrupper	Positiva: känsla av minskad isolering. Negativa: Kände sig dömda.	11 poäng
Dienemann Jacqueline Publicerad 2002 Plats London	Att öka sjukvårdspersonalens förståelse av våldutsatta kvinnors preferenser när de öppnar sig angående IPV	En kvalitativ analys bestående av 5 fokus grupper. Deltagare fick pengar, middag, barnpassning och fri parkering. Diskussionerna blev inspelade. Utförd i North Carolina	26 misshandlade kvinnor där 2 stycken fortfarande levde ihop med sin förövare (svårt att utläsa urvalet)	Behandla mig med respekt, skydda mig och dokumentera. Ge mig även kontroll, snabb respons, alternativ, samt var där för mig senare.	10 poäng
Gutmanis Iris Publicerad 2007 Plats Ontario, Canada	Identifiera barriärer och faciliteter för att på rutin screena efter IPV	Kvantitativ metod med enkäter som skickades via brev i Ontario, Canada	597 sjuksköterskor och 328 läkare urval: Random (Av 2000 deltagare svarade 931 Varav läkare 32, 8 % och sjuksköterskor 59,7 %)	32% av ssk och 42% av läkarna screenade efter IPV via rutin	13
Hägglom Anette	Fastställa sjuksköterskors kunskap, träning,	Kvantitativ En beskrivande, själv	De 133 sjuksköterskor som svarade på enkäten	Nästan ingen hade någon formell träning angående	14

Publicerad 2005 Plats Åland	uppfattning, och praktiska erfarenhet angående vården av misshandlade kvinnor	administrerad enkät skickades till alla sjuksköterskor på Åland	(57%)	DV	
Hägglblom Anette Publicerad 2006 Plats Åland	Expert sjuksköterskors erfarenhet av fenomenet våld mot kvinnor och sjuksköterskans roll som vårdare till dessa kvinnor.	En kvalitativ metod baserad på Grounded theory, Data blev insamlad via intervjuer.	10 sjuksköterskor på Åland som blev utvalda av kollegor, chefer och misshandlade kvinnor	Sjuksköterskorna blev guidade av känslor (intuition), gav individuella reaktioner på screening och tog sin roll på allvar.	13
Moore Mary Lou Publicerad 1998 Plats North Carolina	Att jämföra utbildning, attityder och praktisk erfarenhet av Domestic Violence	Kvantitativ studie En beskrivande studie av responserna på en enkät.	275 perinatal sjuksköterskor som jobbade inom sjukhus, primär och privatvård (5 %)	Man hittade vissa skillnader i attityder och uppfattningar mellan sjuksköterskorna	13
Peckover Sue Publicerad 2003 Plats England (sheffield eller Coventry?)	Hur misshandlade kvinnor döljer eller öppnar upp problemet för sjukvårdspersonal samt hur personalen behandlar detta	Kvalitativ studie med semistrukturerade intervjuer	16 kvinnor som upplevt DV och var mödrar till små barn	Alla som deltog i studien fann svårigheter att söka hjälp för DV Bl.a. för att de var rädda för sin egen säkerhet	11 poäng
Yam Marylou Publicerad 2000 Plats New jersey, New York	Att beskriva misshandlades kvinnors upplevelser av akutvårds situationer.	En kvalitativ studie som följer en fenomenologisk linje	5 kvinnor blev utvalda som både på skyddat boende i New York	Kvinnorna var rädda för sin partner. De var av den uppfattningen att akutvårdspersonalen inte förstod misshandeln.	10 poäng