



LUNDS
UNIVERSITET

Hälso- och sjukvårdens arbetssätt i mötet med våldsutsatta kvinnor – ur kvinnornas egna perspektiv

Av: Hannah Karlsson och Johanna Olsson

LUNDS UNIVERSITET
Rättssociologiska institutionen

Kandidatuppsats (RÄSK02)
Vårtermin 2018



Handledare: Eva Friis

Examinator: Karl Dahlstrand

Förord

Vi vill rikta ett stort tack till vår handledare, Eva Friis universitetslektor vid Rättssociologiska institutionen i Lund. Vi är tacksamma för din handledning och uppmuntran under uppsatsskrivandet, det har varit av stor betydelse för oss.

Vi vill även tacka vår kontaktperson, som gett oss tillträde till forskningsfältet men som även bidragit till studiens resultat, samt funnits där för oss under studiens gång med tips.

Tacksamhet riktas även till alla de respondenter som deltog i studien, för att belysa hur viktigt det är att hälso- och sjukvården uppmärksammar våldsutsatta kvinnor.

Lund, maj 2018

Hannah Karlsson och Johanna Olsson

Abstract

Men's violence against women has been a society problem for a long time, and still is. There are several different authorities involved regarding violence within intimate relationships. The study aims to specifically investigate how healthcare deals with abused women, based on women's own perspectives and stories. The purpose of this study is to describe how important it is for healthcare to handle abused women by identifying, documenting, supporting and assisting them in order to allow the spiral of violence to break, before the violence becomes so serious that there is a possibility that it can lead to the woman's death.

The study is based on a combination of methods, where data was collected by using a quantitative and qualitative approach, which contains a survey of 15 respondents and then unstructured interviews with two respondents. The empirics is analyzed using Roscoe Pound's theory, law in books and law in action and Mathiesen's book, the right of society. The theories will help explain the discrepancy between the healthcare and directives and their actual work in practice regarding the handling of abused women.

In previous research, it is apparent that healthcare workers feel that they don't have enough knowledge and competence to provide the abused women the care they need, which supports our findings indicated from the abused women's perspectives. The conclusion of this study indicates that there is a discrepancy between how the healthcare follows the regulations and directives, compared with the way the abused women are actually handled by the healthcare.

Keywords: abused women, documentation, healthcare, identification, to support and assist

Antal ord: 16 981

Innehållsförteckning

1. INLEDNING	1
1.1 Problemformulering	2
1.2 Syfte	3
1.3 Frågeställning.....	3
1.4 Avgränsningar.....	3
1.5 Definition av våld i nära relationer	4
1.6 Studiens disposition	5
2. HÄLSO- OCH SJUKVÅRDENS UPPGIFTER	6
2.1 Lagstiftning.....	6
2.2 Den nationella strategin	8
3. TIDIGARE FORSKNING	10
3.1 Hälso- och sjukvårdens arbete mot mäns våld mot kvinnor.....	10
3.1.1 Bristande kunskap inom hälso- och sjukvården kring hur de ska stödja och hjälpa våldsutsatta kvinnor.....	10
3.1.2 Identifiering av våldsutsatta kvinnor.....	11
3.1.3 Dokumentation av kvinnans skador, inför bevisningen till det rättsliga systemet.....	12
3.1.4 Sammanfattning	13
4. TEORETISKA UTGÅNGSPUNKTER	14
5. METOD	16
5.1 Urvalsmetod och slutligt antal respondenter.....	16
5.1.1 Bortfallsanalys	17
5.2 Datainsamling.....	18
5.3 Intervju.....	19
5.4 Etiska övervägande.....	19
5.5 Metoddiskussion	20
6. RESULTAT	22
6.1 Resultat från enkäten.....	22
6.1.1 Allmänt om respondenterna	22
6.1.2 Våldet som kvinnorna blivit utsatta för.....	22
6.1.3 Kvinnornas uppfattning av hälso- och sjukvården	23
6.1.4 Identifiering av de våldsutsatta kvinnorna	24
6.1.5 Stöd och hjälp.....	25
6.1.6 Dokumentering	26
6.2 Resultat från intervjuerna	26
6.2.1 Intervjurespondent 1	27
6.2.2 Intervjurespondent 2	28
6.3 Sammanfattning resultat från enkät och intervju.....	31
7. ANALYS OCH SLUTSATSER	33
7.1 Analys av empiri	33

7.1.1 Hälso- och sjukvårdens identifiering av de våldsutsatta kvinnorna	33
7.1.2 Hälso- och sjukvårdens stöd och hjälp för de våldsutsatta kvinnorna.....	35
7.1.3 Hälso- och sjukvårdens dokumentering av de våldsutsatta kvinnornas skador/symtom.....	36
7.2 Slutsatser	37
7.2.1 Hur förhåller sig hälso- och sjukvårdens faktiska arbete till det av lagen åsyftade arbetssättet?.....	37
7.2.2 Hur identifierar och dokumenterar hälso- och sjukvården kvinnor som är eller har varit utsatta för våld i en nära relation, utifrån våldsutsatta kvinnors perspektiv?	38
7.2.3 Hur ger hälso- och sjukvården stöd och hjälp, gällande våld i nära relationer, enligt de våldsutsatta kvinnornas upplevelse?.....	39
8. DISKUSSION OCH FÖRSLAG PÅ FRAMTIDA FORSKNING.....	41
9. KÄLLFÖRTECKNING.....	43
9.1 Litteratur	43
9.2 Offentliga tryck.....	43
9.3 Elektroniska källor.....	44
9.4 Vetenskapliga artiklar	44
9.5 Propositioner	46
10. BILAGOR	47
10.1 Bilaga 1	47
10.2 Bilaga 2	50

1. INLEDNING

Våld i nära relationer är ett samhällsproblem (SOU 2015:55, s. 45). Våldet skadar kvinnans välbefinnande, hälsa och trygghet och utöver detta påverkar det även samhällsekonomin och den sociala kontexten vi lever i (Nationellt centrum för kvinnofrid, 2018-02-13). Idag uppskattas kostnaden för mäns våld mot kvinnor upp till 19,2 miljarder kronor per år (SOU 2015:55, s. 106). I världshälsoorganisationens (WHO) rapport från år 2013, framkommer det att 35 procent av alla världens kvinnor någon gång under sitt liv har upplevt fysiskt eller sexuellt våld (ibid. s. 62).

Innan år 1734 var det tillåtet att slå sin hustru, våldet fick inte vara så grovt att kvinnan avled eller skadades allvarligt (SOU 2015:55, s. 55). Det tog fram till år 1864 innan lagen om husaga avskaffades, innan dess sågs våldet som ett redskap för mannen att tillrättavisa sin hustru genom så kallad ”disciplinering” (ibid). År 1965 kom lagen som förbjöd våldtäkt inom äktenskapet, där Sverige blev första landet att ha en sådan lag (ibid). Kvinnofridsreformen genomfördes år 1998, vilket innebar att grov kvinnofridskränkning och grov fridskränkning blev en del av brottsbalken. En samverkan växte fram mellan olika myndigheter för att motverka och förebygga våld mot kvinnor (ibid. s. 56). Nationellt centrum för kvinnofrid (NCK) bildades 2006 med syfte att arbeta med bland annat forskning och utbildning inom området mäns våld mot kvinnor (ibid. s. 56).

Mäns våld mot kvinnor har alltid funnits, men det började inte tas på allvar av samhället förrän på 1990-talet (SOU 2015:55, s. 54). Tidigare ansågs våldet vara en privat angelägenhet och man förstod då inte hur samhällets normer, attityder och värderingar påverkade synen på våld. Historien visar på att synen på mäns våld mot kvinnor i samhället har förändrats över tid, dock kvarstår fortfarande våldet idag (ibid, s. 54). Våldet leder till att ungefär 17 kvinnor dör varje år, vilket tydligt visar på att det fortfarande finns svårigheter och brister kring arbetet gällande våld i nära relationer (ibid. s. 65). I de fall där kvinnor har dött av våldet, har det ofta funnits kännedom hos olika myndigheter att kvinnan varit utsatt för våld utan att de har agerat och försökt stödja kvinnan (ibid. s. 65). Flera myndigheter har ansvar inom området mäns våld mot kvinnor (ibid. s. 213), hälso- och sjukvården är en av de instanser som har en viktig roll för att upptäcka våldet (Socialstyrelsen 2016, s. 136). Hälso- och sjukvården ska erbjuda våldsutsatta vård och omvårdnad, i de fall de inte kan erbjuda rätt stöd och hjälp ska de hänvisa vidare till rätt instans (ibid).

1.1 Problemformulering

Hälso- och sjukvårdens mål är att ge en god vård på lika villkor för hela befolkningen (Socialstyrelsen 2016, s. 10). De berörda instanserna måste både arbeta förebyggande men även agera tidigt när det finns tecken på när en individ utsätts för våld i en nära relation (ibid. s. 15). En nationell strategi har tagits fram av regeringen med syfte att öka effektiviteten, kvaliteten och kunskapen i de insatser som finns för att motverka mäns våld mot kvinnor (SOU 2015:55, s. 35). Strategin sträcker sig över en tioårsperiod, mellan år 2016 till 2025 (ibid. s. 250), där strategin utgår från utvärderingar av berörda myndigheter, för att titta på hur deras arbete och hantering av våldsutsatta kvinnor fungerar i praktiken (ibid.). I Brottsförebyggande rådets (Brå) utvärderingen av ett fåtal myndigheter, som hade fått uppdrag av regeringen att bekämpa mäns våld mot kvinnor, framgick det att det gjorts framsteg inom området men att det fortfarande finns några brister (ibid. s. 40). Kunskapsluckor hos berörda myndigheter om våld var en av bristerna samt att arbetet mot våld inte är en del av det ordinarie arbetet (ibid.). Myndigheterna behöver lägga mer fokus kring förebyggande insatser för att förhindra våldets uppkomst gentemot kvinnan, samt den bakomliggande orsaken till våldet (SOU 2015:55, s. 40).

Socialstyrelsen fick av regeringen, uppdrag att förmedla kunskap och metodstöd samt utvecklingsmedel till berörda myndigheter för att förebygga mäns våld mot kvinnor (Skr 2016/17:10. s. 124). Från och med år 2016 innefattar uppdraget även hälso- och sjukvården (ibid.). För att leva upp till de föreskrifter och direktiv som finns behöver berörda myndigheter utöka arbetet och kunskapen för att möta de behov som våldsutsatta har (SOU 2015:55, s. 171). Det beskrivs även att våldsutsatta kvinnor är i ett stort behov av ett respektfullt, kompetent och professionellt bemötande för att känna sig trygg med att söka hjälp och stöd (ibid. s. 23). Samhällets instanser för kvinnor som blivit utsatta för våld i nära relationer, ska enligt regeringens mål, vara likvärdig och av god kvalitet samt att hjälp ska finnas att tillhandahålla (ibid. s. 30).

I den nationella strategin hävdas det att de stora bristerna inte finns i lagarna, problemet finns i praktiken och den verklighet som de våldsutsatta kvinnorna lever i (SOU 2015:55, s. 207), vilket innebär att föreskrifterna och direktiven inte genomförs på det åsyftade sättet (ibid.). Hälso- och sjukvården brister enligt den nationella strategin, i sin organisering, rutiner och kunskap, vilket gör att personalen inte kan tillgodose våldsutsatta kvinnors behov av stöd och hjälp (ibid.).

Studien utgår från de föreskrifter och direktiv som finns för hur hälso- och sjukvården ska arbeta och hantera våldsutsatta kvinnor. Studien fokuserar på våldsutsatta kvinnors upplevelse om hur hälso- och sjukvården har hanterat deras utsatthet. I den nationella strategin framgår det att föreskrifterna och direktiven inte följs i hälso- och sjukvårdens praktik, därmed är det av rättssociologiskt intresse att undersöka vilka skillnaderna faktiskt är mellan hur lagen är tänkt att tillämpas på och hur lagen faktiskt tillämpas (Mathiesen 2005, s. 70).

1.2 Syfte

Syftet med studien är att undersöka hur hälso- och sjukvården i praktiken genomför sitt rättsliga uppdrag kring att hantera våldsutsatta kvinnor i förhållande till lagstiftningens syfte. Detta genom att beskriva och analysera hälso- och sjukvårdens faktiska tillvägagångssätt med att identifiera, dokumentera, stötta och hjälpa kvinnor som utsätts för våld. Frågan ska undersökas utifrån våldsutsatta kvinnors perspektiv på hälso- och sjukvården. Nedan lyder frågeställningen som bygger på studiens syfte. Den första frågeställningen är den övergripande frågan, medan de två andra frågeställningarna går mer djupare in på kvinnornas perspektiv gällande hälso- och sjukvårdens hantering av dem.

1.3 Frågeställning

- Hur förhåller sig hälso- och sjukvårdens faktiska arbete till det av lagen åsyftade arbetssättet?

- Hur identifierar och dokumenterar hälso- och sjukvården kvinnor som är eller har varit utsatta för våld i en nära relation, utifrån de våldsutsatta kvinnornas perspektiv?

- Hur ger hälso- och sjukvården stöd och hjälp, gällande våld i nära relationer, enligt de våldsutsatta kvinnornas upplevelse?

1.4 Avgränsningar

Studien har avgränsats till heterosexuella relationer i form av en partnerrelation, där mannen är våldsutövare och kvinnan är offer. Avgränsning har även skett till hälso- och sjukvårdens arbete och tillvägagångssätt och det kommer inte ske någon fördjupning inom socialtjänsten eller andra mer ingående instanser såsom exempelvis psykologer, barnmorskor eller personal inom hälso- och sjukvården. Studien ämnar endast titta på vilka riktlinjer hälso- och

sjukvården har och vilka föreskrifter och direktiv de ska följa kring bemötandet av patienter, i detta fall våldsutsatta kvinnor. Fokus kommer inte att ligga på att få fram hälso- och sjukvårdspersonalens perspektiv då det redan har belysts av tidigare forskning.

En avgränsning har även gjorts i urvalet till enkätundersökningen, då kvinnojourer som deltog ligger i Skåne. Det var ett aktivt val av forskarna som valde att endast kontakta kvinnojourer inom Skåne län, beroende på att de tillhörde forskarnas fält.

1.5 Definition av våld i nära relationer

Definitionen av våld i nära relationer delas idag in i fem olika delar enligt Socialstyrelsen (Socialstyrelsen, 2018-02-13). Fysiskt våld kan vara knuffar, att bli slagen eller sparkad och psykiskt våld kan exempelvis yttra sig genom direkta eller indirekta hot. Sexuellt våld kan syfta till exempelvis våldtäkt eller andra påtvingade sexuella handlingar och materiellt våld, till att personliga tillhörigheter förstörs. Även social utsatthet är ett slags våld som exempelvis kan innebära att kvinnan isoleras från sin familj eller vänner (ibid).

Våld i nära relationer kan ske inom alla olika slags relationer, där utövaren både kan vara en man eller en kvinna (Prop. 2012/13:108). I majoriteten av fallen är det mannen som är våldsutövare och kvinnan offer. Våldet som kvinnan utsätts för är ofta grövre och sker i hemmet av en man som hon är eller har varit närstående med (Socialstyrelsen, 2018-02-13; SOU 2015:55 ss. 52, 65). Våldet kan uttrycka sig på olika sätt och inte sällan i kombination med varandra (Socialstyrelsen 2016, s. 17). Våld inom en nära relation är något som utvecklas under en relations gång, till slut kan våldet vara en del av kvinnans vardag och blir därmed normaliserat för kvinnan (Lundgren 2004, ss. 13, 27). I början av våldsspiralen är mannen ödmjuk, generös och kärleksfull mot kvinnan för att sedan vända till att kontrollera henne, exempelvis kan han se till så att kvinnan utesluts från andra relationer såsom vänner och familj, vilket innebär att mannen utsätter kvinnan för social isolering (Nylen et al, 1999). Kombinationen mellan det psykiska, fysiska och sociala våldet under en längre period blir till slut en normaliseringsprocess, där mannen växlar mellan ömhet och våld (Prop. 1997/98:55). Kvinnan befinner sig då i en tillvaro som hon inte kan komma ur och accepterar därmed den, vilket kan leda till att kännedomen av våldet tar lång tid innan den når myndigheterna (Åkerström et al 2001, s. 100).

1.6 Studiens disposition

I den inledande delen av studien presenteras uppsatsens problemformulering, syfte, frågeställningar, avgränsningar, den rättssociologiska relevans samt studiens disposition. Efter det förklaras hälso- och sjukvårdens uppgifter, för att skapa en förståelse för läsaren kring vad det finns för föreskrifter och direktiv som hälso- och sjukvården ska följa. Studien går sedan in på att presentera den tidigare forskning som gjorts på området. I det fjärde kapitlet redogörs det teoretiska ramverket, som i denna studien utgår från Roscoe Pounds teori, law in books and law in action och teorin kopplas även till Mathiesens bok, rätten i samhället. Under kapitel fem redovisas studiens tillvägagångssätt, urvalsmetod, analys, etiska överväganden och en metoddiskussion där den valda metodens för- och nackdelar diskuteras. Under kapitel sex redogörs den empiri som samlats in genom enkäter och ostrukturerade intervjuer och som sedan avslutas med en sammanfattning. I analysdelen som presenteras i nästa kapitel, kopplas den insamlade empirin till den tidigare forskningen samt till de teoretiska ramverken och hälso- och sjukvårdens uppgifter för att sedan avslutas med en slutsats. I kapitel åtta presenteras en diskussion av studien och tankar kring framtida forskning. Studien avslutas med kapitel nio, där källförteckningen redogörs.

2. HÄLSO- OCH SJUKVÅRDENS UPPGIFTER

Under kapitlet presenteras relevanta lagar för studien, hälso- och sjukvårdslagen, patientsäkerhetslagen, patientdatalagen, offentlighet- och sekretesslagen samt socialtjänstlagen. Lagstiftningen utgår från den allmänna patienten eller den enskilde individen, lagtexten beskriver inte specifikt på vilket sätt hälso- och sjukvårdspersonalen ska hantera våldsutsatta kvinnor. I begreppen allmän patient och den enskilde individen faller, enligt vår uppfattning, en våldsutsatt kvinna in under båda begreppen, därmed utgår vi från detta i presentationen av lagarna.

Förutom de relevanta lagarna kommer även föreskrifter och allmänna råd gällande våld i nära relationer beröras, utifrån Socialstyrelsens författningssamling. I föreskrifterna och de allmänna råden presenteras vårdgivarens ansvar gällande våld i nära relationer.

Den nationella strategin kommer presenteras gällande våld i nära relationer, strategin är framtagen på uppdrag från Regeringen. Syftet är att nå det jämställdhetspolitiska delmålet, som består av att mäns våld mot kvinnor, hedersrelaterat våld och förtryck ska upphöra.

2.1 Lagstiftning

Hälso- och sjukvården är den instans som människor först vänder sig till vid sjukdom, skador eller om de behöver vård kring sin hälsa. Personalen inom hälso- och sjukvården har en viktig roll i sitt arbete, då de våldsutsatta oftast söker hjälp för diffusa besvär, såsom ätstörning, sömnsvårigheter, oro, ångest eller smärta till följd av våldet (SOU 2015:55, s. 132).

Hälso- och sjukvårdspersonalen är i en unik position att identifiera våldsutsatta kvinnor (SOU 2015:55, ss. 132), genom att våga ställa frågor, våga prata med kvinnan men även att vara lyhörd för vad kvinnan har att berätta (ibid). Utredningen som ledde fram till den nationella strategin indikerar att hälso- och sjukvårdspersonalen behöver mer kunskap och kompetens för att de ska känna sig bekväma med att ställa frågor kring våld eller hur de ska hantera den information de tillhandahålls (SOU 2015:55, s. 133). I socialstyrelsens föreskrifter (SOSFS 2014:4, kap 8 §9), om hur hälso- och sjukvården ska hantera en våldsutsatt individ, framgår det att om individen uppvisar symtom som kan tyda på att hon/han kan vara utsatt för våld, ska personalen fråga individen enskilt om orsaken till symtomen. Om misstankarna kvarstår, ska hälso- och sjukvårdspersonalen informera individen om vad det finns för hjälp och stöd

att få och även beakta vilken typ av vård patienten kan behöva, till följd av våldet (SOSFS 2014:4, kap 8 §9).

I hälso- och sjukvårdslagen (HSL) står det skrivet att personal inom vården ska tillgodose allmänna patientens behov av trygghet och säkerhet men även att de ska upprätthålla en god vård gentemot sina patienter (HSL, kap 5 §1). Hälso- och sjukvården ska arbeta för en god vård, där hela befolkningen ska ha lika villkor, hälso- och sjukvården ska även visa respekt gentemot människors lika värde och för den enskilde individens värdighet (HSL, kap 3 §1). Det står även i Patientsäkerhetslagen (PL) att hälso- och sjukvården ska främja en hög patientsäkerhet (PL, kap 1 §1).

Patientdatalagen (PdL) utformar och reglerar vilket ansvar hälso- och sjukvården har att dokumentera och vad en journalanteckning ska innehålla (PdL, kap 1 §3). Här framkommer det att patientjournalen ska innehålla uppgifter som säkerställer att patienten mottar en säker vård. Vidare framkommer det att patientjournalen alltid ska innehålla bland annat väsentliga uppgifter om bakgrunden till att patienten sökt vård och anledningen till mer betydande åtgärder som vid vårdtillfället anses som adekvata. Dessutom ska, enligt PdL, patientjournalen innehålla uppgifter om vad patienten getts information om vilka ställningstagande som gjorts i form av val av behandlingsalternativ och om vilka möjligheter patienten har till en förnyad medicinsk bedömning (PdL kap 1 §3). I PdL framkommer det att journalanteckningarna inom hälso- och sjukvårdslagen ska göras på ett sätt där patientens integritet respekteras (PdL, kap 1 §2).

I den nationella guiden, handboken för hälso- och sjukvårdens omhändertagande av offer för sexuella övergrepp, finns det ett avsnitt om dokumentation (Nationellt centrum för kvinnofrid 2008:1, s 49). I guiden framkommer det att all dokumentation som görs inom hälso- och sjukvården, när det gäller offer för sexuella övergrepp, kan begäras ut av rättsväsendet och användas som stödbevisning i ett brottsmål (ibid). Oavsett vilken yrkeskategori som stått för journalanteckningarna ingår detta i materialet i ett brottsmål och därav ställs det stora krav på att journalanteckningarna är koncisa i sin formulering (ibid). Det är även viktigt att anteckningarna håller sig till den aktuella händelsen och enbart förhåller sig till medicinska iakttagelser och bedömningar när anteckningarna i patientjournalen används i rättsliga ärenden (ibid).

Inom den rättsliga processen, kan det uppstå en situation där parternas berättelse står mot varandra (SOU 2015:55, s. 168). Analyser av domar har genomförts som visar på att kvinnans berättelse hamnar i bakgrunden och att domstolen i stället ser att mannens beteende är kopplat till att kvinnan har provocerat fram våldet (ibid). I föreskriften står det att hälso- och sjukvården ska dokumentera individens skador/symtom om där finns en misstanke om våld (SOSFS 2014:4, kap 8 §9), eftersom dokumentationen kan komma att vara viktig vid en eventuell rättsprocess (Socialstyrelsen 2016, s. 149).

Kopplingen till vikten av dokumentation från hälso- och sjukvården kan påverka att domstolen får en större möjlighet att sätta kvinnans berättelse i ett annat perspektiv då den även framkommer i patientjournalen från en medicinsk bedömning av hälso- och sjukvårdens personal. Här finns det därför både i patientdatalagen och föreskriften från socialstyrelsens författningssamling en reglering av kravet på och omkring dokumentation i situationer där individer blivit utsatta för och/eller misstänks ha blivit utsatta för våld.

I offentlighets- och sekretesslagen (OSL), står det att sekretess ska gälla i de fall hälso- och sjukvården har fått information som kan komma att skada den som har uppgett informationen (OSL, kap 25 §7). Om det är så att den enskilde individen på grund av svåra skador inte kan godkänna utlämnandet av uppgifter till andra myndigheter, innebär detta att sekretessen upphör. Hälso- och sjukvården får därmed lämna ut uppgifterna utan samtycke, i de fall det anses nödvändigt, för individens vård, omsorg eller annat stöd (OSL, kap 25 §13).

Enligt socialtjänstlagen (SoL) har socialtjänsten ett ansvar att samverka med andra myndigheter, vidare framgår det att socialnämnden har ett särskilt ansvar för brottsoffer (SoL, 5 kap §11). Socialtjänsten ska speciellt ta hänsyn till kvinnor som är eller har varit utsatt för våld av en närstående och att dessa kvinnor kan ha ett behov av vård, stöd och hjälp för att kunna komma ur ett mönster bestående av våld i deras livssituation (ibid). I de fall den enskilde individen är i behov av insatser, både från hälso- och sjukvården samt socialtjänsten, ska socialtjänsten arbeta tillsammans med kommun och landsting för att upprätta en plan som är individuell och efter den enskilde individens behov (SoL, kap 3 §5).

2.2 Den nationella strategin

Den nationella strategin innefattar mäns våld mot kvinnor, hedersrelaterat våld och förtryck. Den innehåller även bland annat områdena där våld finns inom HBTQ- gruppen, kvinnors våld mot män och våld riktat mot individer med funktionsnedsättningar (SOU 2015:55, s. 19).

Fokus i den nationella strategin och majoriteten av innehållet riktas dock mot mäns våld mot kvinnor (SOU 2015:55, s. 19).

I den nationella strategin finns det ett jämställdhets politiskt delmål som ska uppnås för att mäns våld mot kvinnor ska upphöra (SOU 2015:55, s. 19). För att delmålet ska kunna uppnås måste stöd och hjälp samt kunskap förbättras (SOU 2015:55, ss. 316, 317). För att öka kvaliteten i arbetet mot mäns våld mot kvinnor måste samverkan mellan de olika myndigheterna fungera på ett mer effektivt och bättre sätt, både för preventionen av våldet men även för att säkerställa att våldsutsatta kvinnor får det stöd och hjälp de behöver (SOU 2015:55, ss. 300, 301).

Regeringen har under ett flertal år satsat på att bekämpa mäns våld mot kvinnor genom att förstärka kunskapen hos de myndigheter som kommer i kontakt med kvinnorna. Dock visar Brås utvärderingen att resurserna inte har varit tillräckliga för att motverka våldet (SOU2015:55, s. 21). Utvärderingen visar även på att det finns en brist i kunskap kring våld, en anledning till kunskapsluckor kan bero på att våld inte ingår som ett ämne i de flesta grundutbildningar (ibid). Det finns likaså inte något förebyggande arbete kring mäns våld mot kvinnor (ibid), vilket utvärderingen visar på behövs (ibid. s. 23). En del av det förebyggande arbetet kan vara att få människor medvetna om att de är med och upprätthåller den patriarkala maktordningen, vilket kan vara en faktor till våldets uppkomst (ibid, s. 52). För att kunna nå regeringens mål om att mäns våld mot kvinnor ska upphöra, behövs det bättre stöd och hjälp för de våldsutsatta kvinnorna från de berörda myndigheterna, vilket vidare skulle kunna leda till att fler utsatta kvinnor väljer att söka vård (ibid. s. 23). För att målet ska kunna genomföras måste samverkan ske mellan de berörda myndigheterna (ibid. ss. 24, 25).

I den nationella strategin beskriver man att bilden av att bristerna i myndigheternas arbete, mot mäns våld mot kvinnor, inte kan tillskrivas lagstiftning och föreskrifter på området, utan att bristerna beror på bland annat okunskap, oförmåga eller bristande ledning hos myndigheterna (SOU 2015:55, s. 207). Den viktigaste förändringen för att klara ett bättre och effektivare arbete är myndigheternas ansvarstagande och i sitt arbete lever upp till de förväntningar som genom lagstiftning, föreskrifter med mera ställs på myndigheterna (SOU 2015:55, ss. 207, 208).

3. TIDIGARE FORSKNING

För att finna relevant tidigare forskning för ämnet, våldsutsatta kvinnor och deras upplevelse av hälso- och sjukvården, valdes sökorden nedan att användas vid olika söktillfällen för att få varierande resultat: “Battered woman”, “Primary health care”, “Health care”, “Partner violence”, “Woman”, “Intimate partner violence”, “Knowledge”.

I tidigare forskning presenteras det vilka brister som kan identifieras inom hälso- och sjukvården gällande hur de ska hantera våldsutsatta kvinnor samt vikten av att hälso- och sjukvården måste våga agera för att förhindra att våldet uppstår eller fortlöper.

3.1 Hälso- och sjukvårdens arbete mot mäns våld mot kvinnor

3.1.1 Bristande kunskap inom hälso- och sjukvården kring hur de ska stödja och hjälpa våldsutsatta kvinnor

Sju av de funna artiklarna visade på att det inte finns tydliga instruktioner och riktlinjer för hur hälso- och sjukvården ska hantera kvinnor som är utsatta för våld i nära relationer (Alsafy et al, 2011; Häggblom et al, 2005; Nylen et al 1999; Pratt-Eriksson et al, 2014; Sundborg et al, 2012; Sundborg et al, 2015; Sundborg et al, 2017). Inom hälso-och sjukvårdens utbildning behöver kunskapen ökas kring på vilket sätt man ställer frågor och hur man ger råd om våld i nära relationer (ibid). I en av artiklarna framgick det att det fanns en delad mening mellan hälso- och sjukvårdspersonalen av vad partnervåld innebär, vilket kan vara en konsekvens av okunskapen inom ämnet (Alsafy et al, 2011). År 2000 genomfördes en svensk undersökning där forskarna kom fram till att det finns en manual med riktlinjer, kring omhändertagandet av våldsutsatta kvinnor, men sjuksköterskorna menade på att de inte kände till dessa riktlinjer fanns (Häggblom et al, 2005).

Sjuksköterskorna i två av studierna uppgav att de inte hade fått information kring våldsutsatta kvinnor i sin grundutbildning, de ansåg att de behöver kunskapen för att kunna hantera våldsutsatta kvinnor på rätt sätt och ge dem en korrekt vård (Häggblom et al, 2005; Sundborg et al, 2012; Sundborg et al, 2017). Majoriteten av sjuksköterskorna ansåg att de inte visste vad för hjälp de skulle erbjuda de utsatta kvinnorna (Sundborg et al, 2012).

Det finns en samverkan mellan myndigheter, men i en av artiklarna framgick det att mer än hälften av de tillfrågade sjuksköterskorna inte var medvetna om denna samverkan (Sundborg et al, 2012). Det är viktigt att myndigheter som kommer i kontakt med våldsutsatta kvinnor

har den rätta utbildningen för att kunna hjälpa kvinnan att komma ur det destruktiva förhållandet eller hjälpa henne komma vidare i sitt liv efter uppbrottet (Nylen et al, 1999). I en artikel uppgav sjuksköterskorna att en anledning till deras okunskap inom området kan bero på att de har så många olika ansvarsområden, samt att de inte har den utbildning inom våld i nära relationer som krävs för att hantera dessa utsatta kvinnorna (Sundborg et al, 2015).

Våldsutsatta kvinnor som deltog i en av studierna ansåg att hälso- och sjukvårdspersonalen saknade empati, tålmod och ett vänligt bemötande samt verkade sakna kunskap kring hur de ska följa upp och hur de ska informera kvinnorna vad det finns för annan hjälp inom området (Pratt-Eriksson et al, 2014). Våldsutsatta kvinnor måste känna att de kan lita på hälso- och sjukvårdspersonalen för att de ska kunna våga söka hjälp, då en sådan involvering i kvinnans utsatta situation kan minska risken för att våldet fortsätter (ibid).

I en av studierna framkom det att det hade introducerats en manual år 2000 som innehöll rutiner och riktlinjer om hur man tar hand våldsutsatta kvinnor. Det var endast 36 procent av de tillfrågade sjuksköterskorna i studien som visste att denna manual existerade. Av de sjuksköterskor som deltog, var det endast 22 procent som uppgav att de hade fått kunskap om partnervåld i sin grundutbildning (Hägglom et al, 2005). Sjuksköterskorna ansåg att en del av kunskapen som man kan få genom utbildning är relevant, för att de ska kunna hantera våldsutsatta kvinnor på rätt sätt men även för att kunna ge dem rätt vård (ibid).

3.1.2 Identifiering av våldsutsatta kvinnor

I tre artiklar framgick det att hälso- och sjukvårdspersonalen inte ställde frågor kring ämnet våld i nära relationer. Anledningen till att de inte ställde frågor kunde vara på grund av att de hade respekt gentemot kvinnan och hennes integritet. Hälso- och sjukvårdspersonalen upplevde även problem med att formulera frågor, samt en rädsla för det svar de skulle få från kvinnan (Hägglom et al, 2005; Sundborg et al, 2012; Sundborg et al, 2015), därmed var hälso- och sjukvårdspersonalen passiva (Hägglom et al, 2005).

I en studie har forskarna ställt frågor till sjuksköterskor om de ställer frågor till kvinnor om våldsutsatthet, där endast 75 procent av respondenterna svarade på frågan. Det var 25 procent av dessa 75 procent tillfrågade sjuksköterskor som uppgav att de "alltid" frågade kvinnan om våldsutsatthet, medan 15 procent frågade "ofta" och 35 procent uppgav att de "ibland" frågade. De övriga 25 procent av sjuksköterskorna svarade att de "sällan" eller "aldrig", ställde frågan om våldsutsatthet. Anledningen kunde exempelvis vara, på grund av respekt

gentemot kvinnan, problem med frågeformulering eller avsaknad av kunskap gällande partnervåld. Det kunde även bero på att de var rädda för vilket svar de skulle få och hur de skulle agera efter det. Något som även kunde påverka att sjuksköterskorna (24 procent) inte ställde frågan var att de trodde att kvinnan skulle vägra svara på frågor kring våld (Hägglom et al, 2005).

Det finns ett brådskande behov av utbildning inom partnervåld, på vilket sätt man frågar om det, hur man ger råd och hur man följer upp de våldsutsatta kvinnorna (Hägglom et al, 2005), hälso- och sjukvården är i en unik position för att ta itu med våldet mot kvinnor, genom deras uppmärksamhet kan kvinnornas hälsa, välbefinnande och säkerhet förbättras (ibid). Genom att fråga kvinnor om de är utsatta för våld i en nära relation, kan hälso- och sjukvården identifiera flera kvinnor (Dufort et al, 2013), då oftast kvinnorna söker sig till hälso- och sjukvården eller socialtjänsten först, för att få hjälp (ibid).

Utsatta kvinnor är oftast väldigt sköra och rädda för att de inte ska bli trodda, det ställer därför höga krav på att hälso- och sjukvården måste vara öppna och benägna att kunna hjälpa kvinnorna, för att de ska kunna bryta det destruktiva förhållandet (Nylen et al, 1999). Kvinnan kan söka hjälp för skador som har skett till följd av våldet men de berättar sällan den bakomliggande faktorn till skadorna, därmed är det viktigt att de berörda myndigheterna har den rätta utbildningen och kunskaperna för att kunna hjälpa kvinnan (ibid).

3.1.3 Dokumentation av kvinnans skador, inför bevisningen till det rättsliga systemet

Det är viktigt att hälso- och sjukvården dokumenterar de skador som de våldsutsatta kvinnorna söker hjälp för, då kvinnorna skulle kunna ha användning av dokumentationen som bevismaterial vid eventuell rättsprocess. Dokumentationen kan även öka sjuksköterskornas kunskap kring vad våldet har för konsekvenser på kvinnans liv och hälsa (Hägglom et al, 2005; Nylen et al, 1999). Om en dokumentation inte sker, vilket är en allvarlig brist, kan det bli en ökad konsekvens av våldet för kvinnan (Hägglom et al, 2005).

Det är även viktigt att hälso- och sjukvården, som ofta är den första instansen som kommer i kontakt med våldsutsatta kvinnor, hjälper kvinnan med att polisanmäla. Därmed är det av vikt att det finns ett bra samarbete mellan de olika myndigheterna, då de kan behöva varandras hjälp för att gemensamt kunna bidra till det bästa för kvinnans mående (Hägglom et al, 2005; Nylen et al, 1999).

3.1.4 Sammanfattning

En sammanfattning av den tidigare forskningen visar på att det finns brister inom hälso- och sjukvården gällande hur de hanterar våldsutsatta kvinnor, utifrån hälso- och sjukvårdspersonalens egna perspektiv. Det har gjorts en del forskning i Sverige kring hur hälso- och sjukvårdspersonal upplever att de har fått rätt förutsättningar för att kunna hantera våldsutsatta kvinnor samt hur personalen anser sig själv bemöta kvinnorna. Det finns inte lika mycket forskning kring hur de våldsutsatta kvinnorna upplever att de blir bemötta och hanterade av hälso- och sjukvården, som det finns forskning ur hälso- och sjukvårdens perspektiv. Av den tidigare forskningen som tagits fram, finns det en studie som genomförts i Sverige, som utgick från våldsutsatta kvinnors perspektiv. Studien var dock genomförd i form av en textanalys och därmed är vår studie av relevans då den utgår från en annan metod. Studien är även relevant då den kan bidra till att våldsutsatta kvinnors åsikt framkommer med en koppling till vad det finns för föreskrifter och direktiv som hälso- och sjukvården ska följa.

4. TEORETISKA UTGÅNGSPUNKTER

Roscoe Pounds teori, law in books and law in action, syftar till vad lagen uttalar sig om i böckerna jämförelse med hur den fungerar i praktiken, alltså skillnaden mellan lagens "böra" och "vara" (Banakar 2012, ss. 3, 4). Anledningen till att teorin law in books and law in action har valts är för det enligt teorin finns en diskrepans mellan lagen i böckerna och hur den fungerar i praktiken samt att det är av rättssociologiskt intresse att se vad det är för faktorer som förklarar denna diskrepans (Banakar & Travers 2013, ss. 45, 46).

Roscoe Pound menade på att lagen är en speciell form av en social kontroll som sätter press på människor, så att de gör sin del för att upprätthålla samhället och avskräcka individer från ett antisocialt beteende som skulle kunna skada samhället och störa den sociala ordningen (Vago 2012, s. 3). Lagen är ett verktyg som upprätthålls av den systematiska och ordnade tillämpningen i ett politiskt organiserat samhälle (ibid. s. 19). Lagen är till för att tillfredsställa sociala behov, men behöver effektiviseras för att kunna klara av att tillgodose människors behov, krav och sociala villkor (ibid. s. 20).

Det finns ett behov i samhället av institutioner som arbetar enligt lagen för att säkra och skydda samhällets intressen, det innebär dock att den skriftliga lagen måste svara till de behov som finns i samhället för att den ska ha en effekt (Banakar & Travers 2013, s. 46). När lagen inte lyckas med att uppnå värdefulla sociala syften skapas det en diskrepans mellan rätten och den sociala verkligheten (ibid. s. 45). I detta fall, enligt den nationella strategin, finns det en diskrepans mellan hälso- och sjukvårdens föreskrifter och direktiv och hur personalen arbetar i praktiken (SOU 2015:55, s. 207).

Med samhällets utveckling får det inte finnas en rädsla hos lagstiftarna att ändra i lagen för att den ska kunna fungera i praktiken (Pound 1910, s. 35) samt att det måste finnas ett enkelt, billigt och effektivt sätt att tillämpa lagen (ibid. s. 36). En stor del av de som finns i lagboken arbetas inte in i praktiken då den "juridiska maskinen" är för långsam och det är för dyrt för att göra den effektiv (ibid. s. 35). För att de föreskrifter och direktiv som finns ska verka inom hälso- och sjukvården, måste det finnas en motivation hos hälso- och sjukvårdspersonalen, då det är de som ska utöva lagen i praktiken (Mathiesen 2005, s. 30). Motivationen kan enligt Mathiesen (2005) vara medveten eller omedveten och kan skapas på olika sätt, exempelvis genom löften om belöning eller genom hot om straff (Mathiesen 2005, s. 30).

Rätten bildar ett ramverk som skapar en förutsägbarhet och en tillit mellan individer och institutioner (Mathiesen 2005, ss. 82, 83). Det finns dock dålig spridning av informationen kring lagstiftningen, vilket gör att lagen inte verkar utefter sitt syfte i praxis, men det upprätthåller fortfarande ordning och kontinuitet över tid, som gör att samhället fungerar (Mathiesen 2005, ss. 82, 83). För att lagen ska uppnå sitt syfte måste de institutioner som är berörda av lagen, verka i samma riktning, alltså verka mot samma mål som lagen, annars tappar lagen sitt syfte (ibid. s. 120).

Hälso- och sjukvården har tydliga mål kring hur de ska arbeta för att motverka mäns våld mot kvinnor (SOU 2015:55, s. 207), men det kan vara svårtolkat vilket som är institutionens egna mål och vad som är rättens åsyftade mål (Mathiesen 2005, s. 29). Vilket kan bli ett problem när man vill se om lagen verkligen uppnår sitt syfte (ibid). Varför det finns en diskrepans mellan lagens åsyftade mening och hur den fungerar i praktiken, skulle kunna bero på att det enligt statens offentliga utredning finns lite kunskap och kompetens hos hälso- och sjukvårdspersonalen, gällande relevanta föreskrifter och direktiv för ämnet våld i nära relationer (SOU 2015:55, s. 207).

I de föreskrifter som finns om hur hälso- och sjukvården ska bemöta sina patienter, finns det ingen direkt beskrivning om hur de ska bemöta våldsutsatta kvinnor, utan de pratar om den allmänna patienten. Socialstyrelsen kommenterar att detta är ett problem, då det blir svårt för de olika instanserna att veta vilket uppdrag de har (Skr 2016/17:10, s. 111). Manifesta funktioner innebär att resultatet av lagen är avsett och överensstämmer med rättens syfte (Mathiesen 2005, s. 70). Om inte myndigheterna vet vem som ska göra vad, uppfyller inte lagen sitt syfte och blir därmed inte manifest.

5. METOD

Under metodavsnittet kommer studiens metodologiska tillvägagångssätt presenteras samt urvalet, vidare kommer även datainsamling och analysmetod redogöras och slutligen kommer det en diskussion kring för och nackdelar med den valda metoden.

För att besvara frågeställningen och syftet användes en kvantitativ tvärsnittsdesign i form av en enkät (Bryman 2011, s. 151). Efter enkäten var besvarad gjordes även ostrukturerade intervjuer (ibid. s. 206), tillsammans med två kvinnor som varit utsatt för våld i en nära relation och varit i kontakt med hälso- och sjukvården till följd av sina skador/symtom.

För att kunna mäta hur hälso- och sjukvården arbetar utifrån de föreskrifter och direktiv som finns, valdes några komponenter ut som representerar deras förmåga att tillhandahålla våldsutsatta kvinnor den hjälp de behöver samt hur de bemöter kvinnorna, vilket innebär att en operationalisering genomfördes av begreppen (Bryman 2011, s. 151). Begreppet stöd och hjälp operationaliserades till några underliggande komponenter såsom kunskap/kompetens och hur frågor ställts till våldsutsatta kvinnor.

5.1 Urvalsmetod och slutligt antal respondenter

För att besvara frågeställningen, som syftar till att belysa våldsutsatta kvinnors uppfattning om hälso- och sjukvårdens identifiering, dokumentation samt stöd och hjälp, gällande våld i nära relationer, bestod urvalet av våldsutsatta kvinnor. Ett bekvämlighetsurval har använts, där forskarna har haft en kontaktperson som vidare har kontakt med kvinnor som blivit utsatta för våld i nära relationer. Urvalet bestod därmed av ett snöbollsurval (Bryman 2011, ss. 194, 196). Studien har avgränsats till kvinnor över 18 års ålder och som har uppsökt läkarvård någon gång under perioden av sin utsatthet. Ett urvalskriterium var att relationen mellan våldsutövaren och den våldsutsatta kvinnan ska ha bestått av en heterosexuell partnerrelation.

Kontaktpersonen kontaktades via mejl för att se om hon hade möjlighet att vidarebefordra enkäten till kvinnor som varit utsatta för våld i nära relationer. Då kontaktpersonen är medlem i ett nätverk på Facebook bestående av 300 kvinnor, som varit utsatta för våld i nära relation någon gång under sitt liv, blev det i denna grupp som hon laddade upp enkäten. Av de 300 kvinnor som finns med i gruppen var det endast elva kvinnor som svarade på enkäten, därför kontaktades även tolv olika kvinnojourer i Skåne län. Endast två kvinnojourer hade möjlighet

att hjälpa till att förmedla enkäten till kvinnor utsatta för våld i nära relationer. En av de kvinnojourer som svarade, meddelade att de kunde ladda upp enkäten i deras forum på Facebook där medlemmarna endast består av våldsutsatta kvinnor. Den andra kvinnojouren meddelade att de kunde sprida enkäten i pappersform på deras mottagning, vilket inte fungerade då enkäten var webbaserad, därmed exkluderades kvinnojouren från undersökningen och endast en kvinnojour deltog. Den kvinnojour som kunde förmedla enkäten vidare genom sitt Facebook-forum, har 922 medlemmar och av dessa var det fyra respondenter som svarade på enkäten. Därmed var det slutliga antalet respondenter som svarade på enkäten 15 stycken.

På grund av det låga deltagarantalet gjordes kompletterande intervjuer för att stärka den information som kommit in från enkäterna. Två intervjuer genomfördes, en intervju var med den kontaktperson som använts till första utskicket av enkäten, intervjun skedde på en offentlig plats. Den andra intervjun genomfördes med en kvinna som hade svarat på enkäten och där uppgett sitt telefonnummer. Kvinnan kontaktades och tillfrågades om hon kunde tänka sig ställa upp på en intervju, vilket hon tackade ja till om intervjun kunde ske över telefon.

5.1.1 Bortfallsanalys

Bortfallet i studien var de kvinnor som hade tillgång till enkäten men som valde att inte svara på den av okänd anledning, bortfallet uppgick till 98,8 procent. En anledning till det stora bortfallet skulle kunna vara att mäns våld mot kvinnor är ett känsligt ämne. Bortfallet skulle även kunna bero på att enkäten lades ut på Facebook, där enkäten efter ett tag inte ligger längst upp och är därmed svårare att komma åt. Därav finns det en risk att en del kvinnor inte har uppmärksammat enkäten och blir då ett bortfall i studien.

Det fanns en respondent från en kvinnojour, som svarade på enkäten men som blev exkluderad då hon inte tillhörde det urval som studien hade valt ut, då kvinnan varit utsatt för våld av en familjemedlem. Övriga respondenter som medverkade valde alla att svara på de frågor som fanns med i enkäten.

5.2 Datainsamling

Enkäten bestod av en webbenkät som utformades på Google Drive, vilket har enkla funktioner för utformning av enkäter samt olika hjälpinstrument vid behov. Innan enkäten publicerades, utfördes en pilotstudie genom att enkäten skickades ut till individer som befann sig i forskarnas omgivning för att prova utformning men även för att se om frågorna och svarsalternativen fungerade väl eller behövde ändras (Bryman 2011, s. 258).

I början av enkäten fanns ett instruktionsblad med som respondenterna kunde läsa för att få förståelse om enkätens uppbyggnad och hur de skulle gå tillväga. Utformningen av enkäten bestod av slutna frågor som var inriktade på ett specifikt tema (Bryman 2011, s. 245), våldsutsatta kvinnor. En del av de slutna frågorna var obligatoriska, då de hade en viktig innebörd för analysen av resultatet enligt forskarna. Att en del av frågorna var obligatoriska innebar att respondenterna var tvungna att ge ett svar på frågan för att komma vidare i enkäten.

Svarsalternativen gick från en femgradig skala, där det fanns en mittpunkt och därmed fick respondenten möjlighet att svara "vet ej" eller "saknar uppfattning/vet ej". Denna så kallade likertskala är ett slags flerindikatorsmått som innebär att man kan mäta intensiteten hos de våldsutsatta kvinnornas åsikter och upplevelser av hälso- och sjukvården (Bryman 2011, s. 157). Svarsalternativen bestod av fasta svar, där det fanns en del frågor som endast hade ja/nej eller vet ej som svarsalternativ, att blanda olika svarsalternativ kan vara bra för variationens skull så inte enkäten blir enformig (ibid. s. 251). I enkäten fanns det även möjlighet att på två frågor lämna egna kommentarer. På den ena frågan kunde respondenterna uttrycka sina egna tankar och erfarenheter kring sin utsatthet och på den andra frågan hade respondenterna möjlighet att beskriva hur hälso- och sjukvården hade hjälpt dem. Respondenternas svar kodades sedan efter en förutbestämd siffra för att göra det möjligt att analysera resultaten (ibid. ss. 157, 245).

Enkätsvaren kodades sedan in i SPSS och univariata analyser genomfördes för att kunna titta på skillnaderna och likheter kring respondenternas svar (Bryman 2011, s. 322). På de frågor som respondenterna inte svarade på, blev det ett bortfall som forskarna fick ta med i beräkningen (Bryman 2011, s. 320). De svarsalternativ som fanns med i enkätundersökningen var sedan tidigare omkodade till en specifik siffra, för att de skulle vara mätbara (ibid. s. 245), genom att svarsalternativen var mätbara kunde det ge små och hårfina skillnader mellan

respondenternas svar (Bryman. s. 155).

5.3 Intervju

Förutom enkäten genomfördes även två ostrukturerade intervjuer med två av respondenterna från enkätundersökningen, för att komma närmare ämnet och dess problematik. En ostrukturerad intervju innebär att en uppsättning av teman och mer allmänna frågor används, i vårt fall våldsutsatta kvinnors upplevelse av hälso- och sjukvården. Respondenterna hade möjlighet till följdfrågor och kunde tala fritt så länge det var inom ramen för det givna ämnet (Bryman 2011, ss. 206, 415). En av intervjuerna skedde på en offentlig plats i Skåne under 45 minuter, en tid som valdes innan intervjun genomfördes för att inte intervjun skulle bli för lång och för svår att transkribera. Den andra intervjun genomfördes via telefon och spelades in i syfte att användas vid transkriberingen. Om intervjun inte spelats in utan det istället gjorts anteckningar under intervjun hade det funnits en möjlighet att viktiga komponenter missats och därmed skapat en felkälla (Bryman 2011, s. 214). Även här var den avsatta tiden 45 minuter för att inte göra intervjun för lång.

Intervjun genomfördes efter att svaren från enkäten hade analyserats, respondenterna som intervjuades är själv offer för våld i en nära relation och har varit i kontakt med hälso- och sjukvården. Därmed användes respondenterna som experter, för att tala om vad de anser kring de fynd som gjorts i enkäten och om resultaten speglade deras egna historia och uppfattningar. I de fall det var många som inte svarade på en viss fråga fanns det möjlighet att använda intervjupersonerna för att få en förståelse kring varför kvinnorna inte svarade på frågan. Ett intervjuschema fanns, med centrala teman som skulle lyftas fram under intervjun, dessa teman utgick från centrala variabler som genomsyrar hela studien, identifiering, dokumentering, stöd och hjälp. Upplägget utgick från en narrativ analysmetod, vilket innebär att respondenterna berättade om egna upplevelser kring hur de blivit hanterade av hälso- och sjukvården. Under intervjun fanns det möjlighet för uppföljningsfrågor (Bryman 2011, s. 531). Enligt Bryman (2011) är narrativ analysmetod ett passande sätt att analysera den datainsamling man fått in vid en ostrukturerad intervju, vilket använts i studien (ibid. s. 532).

5.4 Etiska övervägande

Inom forskningen finns det fyra etiska principer, samtyckeskravet, informationskravet, nyttjandekravet och konfidentialitetskravet.

Respondenterna informerades kring studien så att de hade möjligheten till att antingen tacka ja eller nej till att delta, vilket innebär att samtyckeskrauet uppfylldes (Bryman 2011, s. 131). Forskarna informerade om studiens syfte i ett följebrev till enkäten, för att respondenterna skulle få informationen om att deras deltagande var frivilligt och om de inte ville delta hade de rätt att hoppa av studien när de ville. Respondenterna fick även information om studiens upplägg och vilka moment som ingick (Bryman 2011, s. 131).

De uppgifter som samlades in, användes endast i studien, samt att uppgifterna behandlades med största konfidentialitet, det vill säga att ingen annan förutom forskarna hade tillgång till respondenternas uppgifter (Bryman 2011, s. 132).

5.5 Metoddiskussion

Valet av metod berodde dels på att tidsramen var begränsad (Bryman 2011, s. 229) men även på grund av att en enkätundersökning både är kostnadsfri, tidseffektiv och att möjligheten till att nå ut till många respondenter samtidigt är möjlig (ibid). Enkätundersökning var därmed ett passande tillvägagångssätt för studien. Bekvämlighetsurvalet valdes till följd av att tidsramen var begränsad och eftersom det redan fanns en kontaktperson som hade tillgång till fältet (ibid. s. 196). Det negativa med urvalet är att det inte är representativt för en hel population, exempelvis på grund av att kvinnorna inte är geografiskt identifierade, resultatet kunde därmed inte generaliseras (ibid). Det hade behövts fler respondenter för att kunna dra några sådana slutsatser, det vill säga att hälso- och sjukvården är på ett visst sätt i en viss stad/ort/region. Vid en framtida studie skulle man kunna antingen ha ett bredare urval geografiskt eller konkretisera till ett visst område. Studien hade då kunnat dra mer generaliserbara slutsatser om hur hälso- och sjukvården hanterar våldsutsatta kvinnor och om de följer de föreskrifter och direktiv som finns. Då studien endast haft ett fåtal respondenter som deltagit, kan studien endast exemplifiera hur hälso- och sjukvården hanterar våldsutsatta kvinnor som studien kommit i kontakt med.

Eftersom en pilotstudie genomfördes innan utskicket av enkäten, framkom det att några frågor men även svar misstolkades, därmed ändrades de frågor och svar till mer relevanta alternativ (Bryman 2011, ss. 161, 163). Om inte pilotstudien genomförts hade studien inte haft lika hög validitet, då svaren hade kunnat ge en skevhet i resultatet på grund av att forskarna inte mätte det som ansågs att mätas (ibid).

När enkätundersökningen genomfördes var forskarna inte närvarande, vilket var positivt för då kunde forskarna inte påverka eller ha en effekt på respondenternas svar (Bryman 2011, s. 229), vilket därmed gav konsekventa resultat och reliabiliteten i studien ökade (ibid. s. 156).

Det negativa med enkätundersökningen vid val av metod, var att där fanns möjlighet till ett större bortfall (Bryman 2011, s. 230), då det finns en risk vid enkätundersökning att respondenterna exempelvis väljer att inte svara på alla frågor (Bryman 2011, s. 230). Därför genomfördes även ostrukturerade intervjuer vid sidan om enkätundersökningen, för att ge stöd åt resultatet som framkom i enkäten samt att få fram fler aspekter.

Enkätens uppbyggnad gällande frågor och svar kan även påverka respondenterna och deras svar, därför undveks det att ställa för många frågor och för öppna frågor. Om det hade ställts för många frågor i enkäten hade det funnits en risk att respondenterna inte svarat eller fullföljt enkäten, på grund av att de hade ansett att enkäten var ointressant och tidskrävande (Bryman 2011, ss. 229, 230). Valet av slutna frågor med fasta svarsalternativ i enkäten ansågs vara positivt då det var lättare att bearbeta data (ibid. s. 245), vilket var passande för studien, då tidsramen var begränsad. Fasta svarsalternativ var även en fördel för respondenterna då de endast behövde kryssa i ett svarsalternativ (ibid). Det negativa med fasta svarsalternativ är om det inte skulle finnas ett alternativ som passade respondenten, de kan då undvika att svara på frågan (ibid). Därmed fanns svarsalternativet "Vej ej" med i enkäten, där respondenten inte behövde svara på själva frågan, men ändå gav ett svar (ibid). Något som även kunde vara problematiskt var om respondenterna skulle tolka svarsalternativen på olika sätt, därmed var svarsalternativen i enkäten väl formulerade, vilket ökade studiens validitet (ibid. s. 246). För att studien skulle kunna vara replikerbar, var det av stor vikt att all metod och undersökningens genomförande dokumenterades väl, så att det fanns möjlighet för någon annan att applicera samma tillvägagångssätt (ibid. s. 169).

6. RESULTAT

I kapitlet kommer resultatet från enkäten, som våldsutsatta kvinnor har besvarat, presenteras, samt de två intervjuer som genomfördes med respondenter från enkäten, för att djupare gå in på ämnet. Resultatet är uppdelat i två delar, där enkätundersökningens resultat presenteras först, för att sedan övergå till intervjuernas resultat under ett eget kapitel. Indelningen har gjorts då intervjuerna är mer i berättelseform, specifikt gällande deras uppfattning av hälso- och sjukvårdens hantering av dem. I slutet av resultatet presenteras en sammanfattning, där enkätsvaren och intervjusvaren sammanställs till en helhet.

6.1 Resultat från enkäten

Vid kodningen lades alla resultat ihop till ett samlat urval, vilket bestod av 15 våldsutsatta kvinnor. Fokus låg på att visa helhetsbilden av hur våldsutsatta kvinnor uppfattade hälso- och sjukvårdens hantering av dem och inte skillnaden mellan svaren från de olika fälten. Enkäten bestod av frågor som behandlade allmänt om respondenterna, exempelvis deras ålder och deras civiltillstånd, men även vilket våld de hade varit utsatta för. De flesta frågor handlade om de våldsutsatta kvinnornas upplevelse av hälso- och sjukvårdens hantering av dem, hur kvinnorna blivit identifierade, om deras skador/symtom blivit dokumenterade men även vilket stöd och hjälp de har erbjudits och fått.

6.1.1 Allmänt om respondenterna

Av de 15 våldsutsatta kvinnorna som svarade på enkäten, varierade åldern mellan 21 till 74 år. Där spridningen var uppdelade mellan 20, 30, 40, 50 och 70 års ålder. De flesta av kvinnorna svarade att de för tillfället lever i ett *samboförhållande* eller att de var *singlar*, en person svarade att hon var *gift* och en svarade att hon var *separerad*. Det var även två respondenter som inte kände att alternativen passade dem och valde därför alternativet *annat*. Majoriteten av kvinnorna (åtta respondenter) ansåg att deras hälsa var *dålig* medan resterande respondenter svarade att deras hälsa var *bra*.

6.1.2 Våldet som kvinnorna blivit utsatta för

I enkäten fanns det nio frågor som handlade om våldet som kvinnorna utsatts för, frågorna användes som kontrollfrågor för att se så att respondenterna tillhörde det rätta urvalet för studien. Alla kvinnor som deltog i enkäten svarade att de någon gång hade *utsatts för våld i nära relation*, majoriteten (13 respondenter) utav dem svarade att *våldet hade varit*

upprepande. Alla kvinnor som deltog i enkäten hade en nära partnerrelation till våldsutövaren, det vill säga make, sambo eller pojkvän.

Begreppet våld delades in i underkategorier som nämnts i bakgrunden, majoriteten av kvinnorna svarade att de *utsatts för fysiskt våld, psykiskt våld, materiellt våld, sexuellt våld* och *social utsatthet*. Kvinnorna berättade att de antingen blivit utsatta för något av alternativen ovan eller i en kombination med varandra.

6.1.3 Kvinnornas uppfattning av hälso- och sjukvården

Tillgängligheten till hälso- och sjukvården för respondenterna var *hög*, majoriteten (elva respondenter) svarade att de *hade nära tillgång till hälso- och sjukvården*. De flesta av kvinnorna (13 respondenter) *hade haft kontakt med hälso- och sjukvården under perioden de varit utsatta för våld*, dock i olika frekvenser, vissa kvinnor hade haft kontakt *med hälso- och sjukvården* oftare än andra under sin utsatthet, medan några aldrig haft kontakt. Kvinnorna som varit i kontakt med hälso- och sjukvården till följd av det våld de varit utsatta för, hade en delad åsikt om vad de ansåg om hälso- och sjukvårdens hantering av deras situation. En del av kvinnorna (tre respondenter) ansåg att hälso- och sjukvården hade hanterat deras situation *mycket bra*, det var lika många som ansåg att hanteringen hade varit *bra* (tre respondenter). Flera av kvinnorna (fyra respondenter) ansåg att hälso- och sjukvården hade hanterat deras situation *dåligt*, lika många ansåg att de blivit hanterade på ett *mycket dåligt* sätt. Resterande svarade att de saknade uppfattning på frågan. Därmed var det majoriteten av de våldsutsatta kvinnorna som ansåg att de blivit hanterade på ett dåligt sätt av hälso- och sjukvården. Nästan hälften av kvinnorna (sju respondenter) har även svarat att de inte var nöjda med hur hälso- och sjukvården bemötte dem, det var få av kvinnorna (fem respondenter) som var nöjda med bemötandet och resterande (tre respondenter) saknade uppfattning.

Utav de våldsutsatta kvinnor som deltog, var det mindre än hälften (fem respondenter) som någon gång hade berättat för hälso- och sjukvårdspersonalen om den bakomliggande faktorn till sina skador/symtom, det var därmed majoriteten (åtta respondenterna) som valde att inte berätta. Orsaken till varför kvinnorna inte berättade kunde bero på olika anledningar.

Anledningarna bestod i att de inte kände sig trygga med hälso- och sjukvårdspersonalen, att de upplevde att hälso- och sjukvårdspersonalen inte hade tillräckligt med kunskap/kompetens eller att de inte berättade var på grund av att kvinnorna inte trodde att man skulle tro på deras

berättelse. Majoriteten (tio respondenter) av de våldsutsatta kvinnorna upplevde även att ett samtal om våld i nära relationer aldrig ens hade uppstått.

6.1.4 Identifiering av de våldsutsatta kvinnorna

Huruvida hälso- och sjukvården har ställt frågor kring anledningen till kvinnans skador/symtom, har majoriteten (nio respondenter) svarat att hälso- och sjukvården *aldrig* ställt frågor till dem gällande den bakomliggande faktorn till deras skador/symtom. Två kvinnor ansåg att de *ofta* hade fått frågor ställda till sig, det var även lika många som ansåg att det skett *några gånger* och resterande svarade *sällan* eller *vet ej*.

Om hälso- och sjukvården inte ställt några frågor kring den bakomliggande faktorn till uppståndelsen av kvinnans skador/symtom, var det två kvinnor som svarade att de ändå hade berättat vid upprepade tillfällen, det var också två andra kvinnor som hade berättat *några gånger* om sin utsatthet för våld. Majoriteten (åtta respondenter) hade *aldrig* berättat den bakomliggande faktorn till skadorna/symtomen, och en kvinna uppgav att hon *sällan* berättade, resterande svarade *vet ej*.

Som följdfråga till "hur ofta har du berättat för hälso- och sjukvården anledningen till uppståndelsen av dina skador", ställdes frågan varför kvinnorna inte hade berättat för hälso- och sjukvården om anledningen till sina skador. En del av kvinnorna (fem respondenter) valde att inte berätta *på grund av rädsla för att mannen skulle upptäcka att de sökt hjälp för sina symtom*, medan några kvinnor (tre respondenter) inte berättade *på grund av att de ansåg att hälso- och sjukvårdspersonalen inte hade tillräckligt med kunskap kring området*. Det fanns även tre kvinnor som inte berättade *på grund av att de inte kände sig trygga med hälso- och sjukvårdspersonalen*. Lika många svarade att de inte ville berätta om anledningen till sina skador/symtom *på grund av att de inte trodde att hälso- och sjukvårdspersonalen skulle tro på dem*, resterande (tre respondenter) svarade *annan anledning* till varför de inte berättade.

Vidare har majoriteten (åtta respondenter) av kvinnorna svarat att hälso- och sjukvården *aldrig* har ställt frågor vilken slags relation de befann sig i, medan några (tre respondenter) svarade att de *sällan* blivit tillfrågade. Det var två kvinnor som hade blivit tillfrågade *några gånger*, en kvinna svarade att hon *ofta* blivit tillfrågad och en kvinna valde svarsalternativet *vet ej*.

Utav de kvinnor som hade berättat för hälso- och sjukvården att de lever i en relation, var det en del kvinnor (sju respondenter) som *aldrig* blev tillfrågade hur de upplevde relationen med mannen och några kvinnor (fem respondenter) svarade att de *sällan* blivit tillfrågade. Det var två kvinnor som svarade att de blivit tillfrågade *några gånger* och en kvinna svarade att hälso- och sjukvården *ofta* hade ställt frågan gällande hur hon upplevde sin relation.

Majoriteten av kvinnorna som deltog i enkätundersökningen, upplevde att det *aldrig* uppstod samtal om våld i nära relationer under deras besök hos hälso- och sjukvården. Ett fåtal av kvinnorna (tre respondenter) uppgav att de hade haft ett samtal om våld i nära relationer och två kvinnor *visste inte* om ett sådant samtal ägt rum. Det var fyra kvinnor som hade haft ett samtal om våld i nära relationer, dock så skedde samtalet hos en annan instans, exempelvis hos en privatpraktiserande läkare eller psykolog.

I slutet av enkäten fanns det möjlighet för respondenterna att lämna egna tankar om de ville dela med sig av någon mer uttömmande kommentar. En kvinna ansåg att kunskapen bör förbättras, att hälso- och sjukvården måste våga fråga om misshandel. Flera kvinnor uppgav att mannen fanns med under besöket med läkaren och att det var ett problem, då de hellre hade velat vara ensam med läkaren och då fått möjlighet att berätta om deras utsatthet.

6.1.5 Stöd och hjälp

Om kvinnorna inte valde att berätta anledningen till sina symtom, ansåg majoriteten (elva respondenter) att de *inte hade fått* erbjudande om stöd och hjälp från hälso- och sjukvården, vilket de hade behövt under sin utsatthet. Det var två kvinnor som hade blivit erbjudna stöd och hjälp och resterande valde svarsalternativet *vet ej*.

Majoriteten (åtta respondenter) av de våldsutsatta kvinnorna svarade att de upplevde att de *inte* fick den hjälp de behövde för att kunna ta sig ur förhållandet, medan några kvinnor (sex respondenter) svarade att de *saknade uppfattning* gällande frågan och en respondent svarade att hon *fått* den hjälp hon behövde.

På frågan om kvinnorna upplevde om hälso- och sjukvården hade kompetens och kunskap om ämnet våld i nära relationer, har majoriteten av kvinnorna (åtta respondenter) svarat *nej*, några svarade (sex respondenter) att de *saknar uppfattning* och en kvinna svarade att hon *upplevde* att hälso- och sjukvården hade kunskap och kompetens kring våld i nära relationer.

I enkätundersökningen fanns frågan om samarbete funnits mellan olika berörda myndigheter, för att se om det i de fall där kvinnan är i behov av hjälp från olika myndigheter har upplevt att det funnits ett samarbete. Majoriteten (åtta respondenter) svarade att de *inte upplevde* att det fanns ett samarbete, några kvinnor (fyra respondenter) *upplevde* att det fanns ett samarbete och resterande svarade att de *saknade uppfattning* kring frågan.

6.1.6 Dokumentering

En fråga togs med gällande om läkarna i de fall kvinnan haft allvarligare skador, skickat en remiss vidare till specialistläkare, för att se om kvinnans skador/symtom då dokumenterats. Det var en kvinna som svarade att hon *ofta* fått en remiss vidare och en kvinna svarade *några gånger*. Några kvinnor (tre respondenter) svarade *sällan*, lika många svarade *vet ej* och resterande sju kvinnor svarade att de *aldrig* fått en remiss vidare.

Gällande om kvinnornas skador hade dokumenterats i deras journal av hälso- och sjukvårdspersonalen, har majoriteten (åtta respondenter) svarat att skadorna/symtomen *har dokumenterats* i deras journal och några kvinnor (fyra respondenter) svarade att skadorna/symtomen inte hade dokumenterats. Några kvinnor (tre respondenter) uppgav att de *inte visste* om det har förts en dokumentation av deras skador/symtom i deras journaler. Följdfrågan blev om dokumentationen som gjorts stämt överens med kvinnans verklighet, enligt deras uppfattning. Några kvinnor (fyra respondenter) ansåg att dokumentationen *inte stämde överens* med verkligheten medan majoriteten (åtta respondenter) uppgav att de *inte hade någon uppfattning* gällande om dokumentationen stämde överens med deras faktiska skador/symtom. Resterande kvinnor (tre respondenter) ansåg att dokumentationen *stämt överens* med verkligheten. I de fall dokumentation har gjorts av kvinnans skador/symtom ansåg majoriteten av kvinnorna (åtta respondenter) att de *inte haft användning* av dokumentationen i rättsliga sammanhang. Medan fem kvinnor ansåg att de *haft användning* av dokumentationen och resterande *visste inte* om de haft användning av dokumentationen i rättsliga sammanhang.

6.2 Resultat från intervjuerna

Eftersom bortfallet på enkäterna var relativt stort, kompletterades studien med ostrukturerade intervjuer, med två kvinnor som deltagit i enkätundersökningen, för att djupare gå in på ämnet.

6.2.1 Intervjurespondent 1

Den första intervjun genomfördes med en kvinna som utsatts för våld i en nära relation och kom i kontakt med hälso- och sjukvården när det uppdagades att hon drabbats av en hjärntumör, meningiom. På frågan om det fanns någon koppling mellan hennes hjärntumör och det våld hon utsattes för, svarade respondenten att när hon fick reda på att hon hade en hjärntumör stod det klart för henne att det var våldet som var orsaken. Hon har även skrivit en bok om det våld hon utsattes för, men även om hur hon anser att hon blivit hanterad av hälso- och sjukvården. Hon levde ihop med en psykopat, som hon själv uttrycker det, i 25 år mellan åren 1977–2002, hon kände på den tiden att det inte uppdagades något om våld i nära relationer och om hur allvarligt det var och fortfarande är. Hon kände då sig som den enda kvinnan i världen som blev utsatt för våld av sin man.

“Två viktiga saker som jag vill dela med mig av, som jag själv gjorde fel, gör inte som jag, för det första tänkte jag att han skulle bli bättre, eller mer normal om jag var ännu mer till lags. Vilket jag vet idag inte är möjligt, man kan inte förändra en psykopat, hur man än beter sig, han blir istället bara värre. För det andra så stanna inte för länge, vilket jag gjorde, det kan leda till kroppsliga sjukdomar, av olika slag”.

Efter hjärntumörsoperationen blev det komplikationer eftersom de inte fick bort hela tumören, då den hade angripit nerverna i ögat. Efter många remisser och möten med olika läkare kom hon till en ögonläkare som opererade hennes öga. När hon kom hem från operationen fick hennes man ett vredesutbrott där han tog stryptag och harklade slem och spottade in i hennes nyopererade öga, vilket skapade en infektion. När hon kom på återbesök till läkaren efter 14 dagar hade infektionen lagt sig men hon valde att ändå berätta för läkaren vad som hade inträffat, läkaren bemötte henne inte med ett enda ord. Då hennes självförtroende efter alla år av utsatthet för våld, redan var lågt blev det ännu sämre efter mötet med läkaren, hon fick uppfattningen att hon inte var värdig att bemötas. Hon ansåg att läkaren var en bra läkare men hade svårt att bemöta individen som lever i en utsatt situation. Enligt kvinnan hade det räckt med att läkaren hade erbjudit henne ett möte med exempelvis en kurator, för att de skulle kunna prata om det hon varit med om. Hon fick inte några råd från de läkare hon träffade, om hur hon skulle gå tillväga för att överleva och kunna lämna det destruktiva förhållandet.

Kvinnan berättade även att mannen som utsatte henne för våld, det vill säga hennes före detta, var med under de flesta tillfällena hos läkaren, där han talade om för läkaren precis hur hon mådde och hon fick inte någon talan om vad som egentligen hade hänt. Hennes före detta man

talade om helt fel saker för läkaren och hade egentligen inget intresse kring hur hon verkligen mårde.

Enligt kvinnan hade våldet kunnat uppdagas mycket tidigare hos hälso- och sjukvården om de hade vågat ställa frågor om våldet. Hon upplevde att läkarna inte hade tillräckligt med kunskap och kompetens för att kunna uppmärksamma kvinnor som far illa, men även att de inte kunde erbjuda rätt hjälp eller stöd.

“Jag har insett att jag inte är ensam om de här tankarna om hälso- och sjukvården”.

Som våldsutsatt kvinna, nämnde respondenten att man skäms över att vara utsatt för våld och vill hålla en god min utåt. Enligt respondenten måste samhället bli mer medvetna om att de våldsutsatta kvinnorna kan få betala med en sjukdom till följd av våldet, våldsspiralen måste därmed brytas tidigt. Därför är det av vikt att ämnet våld i nära relationer ingår i allmänbildningen, hur våldet påverkar den utsatta kvinnan och vad det kan få för konsekvenser.

6.2.2 Intervjurespondent 2

Den andra intervjun genomfördes med en kvinna som levte i en våldsrelation och som varit i kontakt med hälso- och sjukvården under sin utsatthet. En av de gånger som hon kom i kontakt med hälso- och sjukvården var när hon skulle gipsa sin brutna arm, till följd av våldet hon blev utsatt för. Vid mötet med två sjuksköterskor var mannen med och berättade för dem vad som hade hänt, en av sjuksköterskorna köpte inte hans historia, märkte kvinnan, men sjuksköterskan gjorde ingenting, hon tog inte henne åt sidan eller bad mannen vänta utanför, så hon kunde prata med henne ifred.

Ett år senare sökte kvinnan vård igen, på grund av ett brutet finger. Hon var mager och undvek ögonkontakt med hälso- och sjukvårdspersonalen, då hon var livrädd, men det var återigen ingen som ställde en enda fråga till henne eller försökte prata med henne i enrum. Vid återbesöken, både med den brutna armen och det brutna fingret, hade det inte läkt som det skulle, vilket var en följd av det fortsatta våldet. Kvinnan tyckte det var konstigt att det inte var en varningsklocka för läkarna, att de borde ha frågat henne vad som hänt under läkningstiden.

“Det kändes som att hälso- och sjukvårdspersonalen var rädda för att ta tag i det, då det fanns en stor risk att de skulle få mycket jobb på sitt bord, men det borde istället finnas en tanke hos dem att de kanske kan rädda livet på någon”

Varenda gång hon besökte hälso- och sjukvården var mannen med, han satt med henne inne hos läkaren och hon fick inte berätta något själv mer än att uppge sitt personnummer. Det var han som förde talan hela tiden. Därmed fanns det inte någon möjlighet för henne att berätta sanningen, där var inte heller någon som frågade efter hennes version av händelserna.

Kvinnan uppfattar det som att hälso- och sjukvårdspersonalen har rätt till att ta undan kvinnan så att mannen inte är med i rummet. Det behövs dock kunskap kring hur en våldsutsatt kvinna beter sig, men även beteendet hos våldsutövaren, för att kunna identifiera kvinnan, och sedan tala med henne i enrum. Enligt kvinnan borde hälso- och sjukvårdspersonalen, när de väl är själva med kvinnan, ge henne olika möjligheter hur hon ska gå tillväga för att bryta det destruktiva förhållandet.

Hon tror att det skulle vara enklare att bryta om hon inte haft barn, kvinnan nämner fallet med Lotta Rudholm som är känt. Hon hade inga barn och det var känt av myndigheterna att hon var utsatt för våld, men det slutade ändå med hennes död. Det är därmed enligt kvinnan viktigt att våld i nära relationer finns med i utbildningar inom berörda myndigheter, hur de ska hjälpa en våldsutsatt kvinna. Den våldsutsatta kvinnan kommer inte komma in till hälso- och sjukvården och uppge att hon är utsatt för våld, utan personalen måste uppmärksamma det genom andra symtom som kan tyda på att kvinnan är utsatt för våld.

Kvinnan anser att det måste finnas någon som sträcker ut sin hand, samt att om kvinnan har barn så ska det inte gå direkt till socialen, då anmälningsplikten enligt henne kan vara livsfarlig i många fall. Den var livsfarlig i hennes situation där socialen redan var på henne sedan hennes tidigare förhållande, därav vågade hon inte berätta för någon, då de skulle ta hennes barn.

“När man både har socialen mot sig och en våldsam man, så har man ingenstans att ta vägen, utan det kändes som att socialen bara väntade på att ta barnen ifrån mig”

Kvinnan anser att myndigheterna borde både hjälpa barnen men även kvinnan att komma ifrån relationen, för än om de tar barnen, är hon ändå kvar i våldet. Hon tycker att det borde finnas någon annan hjälp som kan fånga upp kvinnorna på något sätt, samt att det borde

finnas någon att berätta allting för och som faktiskt lyssnar.

För att kunna hjälpa våldsutsatta kvinnor, berättar kvinnan att hon skulle vilja att det fanns någon där för kvinnan som stöttning. En person som antingen varit med om utsattheten själv och vet vad det innebär eller en person som vet vad och vad som inte behövs göras i en sådan situation. Personen skulle kunna finnas där som ett stöd men även hjälpa kvinnan att ringa samtal eller kontakta rätt instans. Det skulle även kunna finnas visitkort hos hälso- och sjukvården med information kring vart den våldsutsatta kvinnan kan vända sig. Någon som inte kommer döma kvinnan, ingen som anmäler utan bara finns där, det är det som behövs då kvinnan är väldigt ensam, på grund av att en sådan man ser till att alla relationer bryts, han får kvinnan att känna att hon inte är värd någonting.

Det positiva med hälso- och sjukvården enligt kvinnan, var att de dokumenterade hennes skador/symtom i en journal, vilket hon sedan kunde använda i rätten. Han dömdes efter de punkterna och rätten gick på hennes berättelse, tack vare dokumentationen.

När kvinnan kom ur det destruktiva förhållandet berättade hon om sin utsatthet, men inte ens då bemötte hälso- och sjukvårdspersonalen henne på ett korrekt sätt, hon har blivit bemött allt från "hoppas allt är bra nu" till "vad gör du här?". Hon var i kontakt med psykakut, där hon fick bemötandet att de inte kunde hjälpa henne då hon inte ville ta antidepressiva. Hon har Posttraumatiskt Stressyndrom (PTSD), och sökte sig dit för att hon ville få hjälp med att stabilisera sitt liv. Det enda stället som hon kände att hon fick hjälp från var ett kriscentrum, som hon fick kontakt med genom att en kurator från psykakut, som hon blev skickad till, tog kontakt med dem. Innan dess var där ingen som ens gett henne ett visitkort till kriscentrum eller berättat att de ens fanns. Kriscentrum finns till för våldsutsatta kvinnor, man kan prata med dem och de för inga journaler, de är dessvärre rätt "tandlösa" enligt kvinnan men de gör så gott de kan. De har exempelvis hjälpt kvinnan att ringa samtal till vissa instanser så att hon skulle slippa, enligt henne gör kriscentrum det jobb som socialen borde ha gjort. Hon anser att de som arbetar på kvinnojourer eller kriscentrum borde få större möjlighet till att påverka beslut och liknande kring våldsutsatta kvinnor.

"Jag har kommit i kontakt med flera våldsutsatta kvinnor genom kriscentrum och de flesta har inte haft en bra upplevelse av hälso- och sjukvården"

“Hade man fått hjälpen från början så hade man inte behövt gå igenom hälften av det man gått igenom”

Kvinnan tror att om hälso- och sjukvårdspersonalen hade identifierat kvinnan, talat i enrum med henne och där erbjudit henne hjälp, så hade fler kvinnor kunnat ta sig ur det destruktiva förhållandet snabbare. Hon drog sig för att söka vård, hon hade både brutna revben och ett sönderslitet underliv men det var inte förrän hon var tvungen att gipsa armen och fingret som hon sökte sig till vården, då hon var rädd att socialtjänsten skulle kopplas in. Hon känner att våldsutsatta kvinnor som söker sig till hälso- och sjukvården hade behövt någon som frågade kvinnan hur hon vill gå tillväga, vilken hjälp hon vill ha och vad kvinnan själv är kapabel till att få för hjälp, just då. Att bara få ett visitkort som ger kvinnan möjlighet att uppsöka den hjälp hon behöver när hon känner att hon har tillfälle och är redo. Den möjligheten fanns inte när hon besökte hälso- och sjukvården. Kvinnan berättade att det inte är lätt att få till ett tillfälle att ringa samtalet men att bara ha tillgång till numret, bara det sträcker ut en hand till kvinnan, det var till slut så hon bröt, en lapp med ett telefonnummer på. Telefonnumret var från en bekant man som hon idag lever med, om hon inte hade fått lappen av honom med hans telefonnummer på, så hade hon inte suttit här idag.

6.3 Sammanfattning resultat från enkät och intervju

Utifrån vår enkät kunde vi se att samtliga respondenter som deltog varit utsatta för våld i en nära relation. Åldersspannet varierade i enkäten och vi kunde inte se någon koppling mellan våldsutsattheten och åldern, då åldern var så pass utspridd bland kvinnorna som deltog. Vilket våld som kvinnorna varit utsatt för hade inte någon stor spridning, utan de flesta av respondenterna hade varit utsatt för både psykiskt, fysiskt, sexuellt, materiellt våld samt social utsatthet.

Alla förutom två kvinnor hade varit i kontakt med hälso- och sjukvården under perioden som de varit utsatta för våld. I enkätundersökningen framkom det att mer än hälften av kvinnorna ansåg att hälso- och sjukvården hade hanterat deras situation dåligt, vilket bekräftar av de kvinnor som intervjuades. Under båda intervjuerna framkom det att kvinnorna hade sökt vård för sina skador/symtom, som var väldigt grova och kunde ha en koppling till våld i nära relationer men även att de blivit hanterade på ett dåligt sätt. Samt att kvinnornas beteende inne på hälso- och sjukvården indikerar att de varit utsatta för våld, men det var ingen av hälso- och sjukvårdspersonalen som uppmärksammade detta. I det övriga kommentarsfältet i enkätundersökningen nämnde några kvinnor att deras män hade varit med under läkarbesöken

och att de förde talan för dem, vilket även bekräftas i intervjuerna. I intervjuresultatet framkom det i kvinnornas djupare berättelser att varje gång de varit hos hälso- och sjukvården har mannen befunnit sig med kvinnan inne hos läkaren. Mannen har talat om för hälso- och sjukvården hur kvinnan har mått och anledningen till hennes skador och det var ingen personal som reagerade eller frågade om kvinnans version eller bad mannen att gå ut för att vara i enrum med kvinnan. Detta bekräftas då några kvinnor uppgav i enkäten att de inte talade om för hälso- och sjukvården på grund av rädsla att mannen skulle få reda på att de sökt hjälp för sina skador/symtom. En del av kvinnorna valde att inte berätta på grund av att de upplevde att hälso- och sjukvårdspersonalen inte hade tillräckligt med kunskap och kompetens kring området, eller att de inte kände sig trygga med hälso- och sjukvårdspersonalen. Det sammanlagda resultatet, från både enkäten och intervjuerna, indikerar att de våldsutsatta kvinnorna anser att hälso- och sjukvården brister i hanteringen av dem.

Majoriteten av de kvinnor som svarade på enkäten, uppgav att de aldrig fick frågor om anledningen till deras skador/symtom, vilket bekräftas i intervjuerna. En av kvinnorna som intervjuades berättade att hon hade flera återbesök på grund av en bruten arm som inte läkte och inte vid ett enda återbesök ställdes det frågor till henne om anledningen till varför hennes arm inte läkte som den skulle. Kvinnorna som deltog i intervjuerna uppgav att det aldrig uppstod samtal om våld i nära relationer eller vilket stöd och hjälp man kan få för att bryta det destruktiva förhållandet, vilket även bekräftas av kvinnorna som deltog i enkäten.

Över hälften av kvinnorna som deltog uppgav att deras skador/symtom dokumenterats i deras journal och några hade haft användning för dokumentationen i rättsliga sammanhang, vilket en av intervjurespondenterna bekräftade, då hennes våldsutövare blev fälld med hjälp av hälso- och sjukvårdens dokumentering av hennes skador/symtom.

7. ANALYS OCH SLUTSATSER

I denna del av studien kommer resultatet från enkäten och intervjuerna knyts samman med den tidigare forskningen och de teoretiska utgångspunkterna som tidigare har presenterats. Detta för att belysa de våldsutsatta kvinnornas uppfattning av hälso- och sjukvårdens hantering i mötet av dessa kvinnor. Studiens syfte är även att undersöka hur hälso- och sjukvården genomför sitt rättsliga uppdrag i praktiken, i förhållande till lagstiftningens syfte, betraktat utifrån kvinnornas perspektiv. Studiens syfte har delats upp i fyra olika teman; identifiera, dokumentera, stötta och hjälpa, för att kunna observera hur hälso- och sjukvården hanterar våldsutsatta kvinnor. För att kunna uppnå detta syfte har en enkätundersökning samt ostrukturerade intervjuer genomförts.

7.1 Analys av empiri

7.1.1 Hälso- och sjukvårdens identifiering av de våldsutsatta kvinnorna

Utifrån både enkät- och intervjuresultat framkom det att mannen som utövade våld mot kvinnan, varit med vid flera läkarbesök men även fört talan för kvinnan kring orsaken till skadorna/symtomen. Kvinnorna upplever att hälso- och sjukvården borde uppmärksammat detta beteende som ett varningstecken och att de borde bett mannen lämna rummet för att göra det möjligt för kvinnan att få prata om den faktiska anledningen till hennes skador/symtom. Det hade därmed varit möjligt för hälso- och sjukvårdspersonalen att ge rätt stöd och hjälp. Om hälso- och sjukvården haft den rätta kunskapen och kompetensen om hur en våldsutsatt kvinna eller en våldsutövare uppträder, hade möjligheten varit större för dem att identifiera kvinnans situation och hälso- och sjukvården hade därmed haft förmågan att bidra och erbjuda den hjälp den våldsutsatta kvinnan är i behov av.

Mer än hälften av respondenterna svarade även att de aldrig hade fått frågan kring vad de lever i för slags relation och om de i så fall trivs i den. Detta påvisar att utbildning och kunskap är viktigt för att hälso- och sjukvården både ska kunna hantera, agera men också att identifiera dessa utsatta kvinnor. Studien visar en koppling till tidigare forskning, där hälso- och sjukvårdspersonalen upplever att de inte ställer frågor till våldsutsatta kvinnor. Hälso- och sjukvårdspersonalen har, nämligen i tidigare forskning uppgett att de inte vågade ställa frågor om våld, och angett att orsaken till detta var att de inte visste hur de skulle bete sig och därmed hantera situationen i det fall kvinnan skulle uppge att hon är utsatt för våld (Hägglom et al, 2005; Sundborg et al, 2012; Sundborg et al, 2015). Det framkom även i

intervjuerna, där kvinnorna menade att, i det fall hälso- och sjukvårdspersonalen hade vågat ställa frågor eller tala med kvinnan om våldsutsatthet, hade våldsspiralen kunnat brytas tidigare.

I tidigare forskning framgår det att majoriteten av sjuksköterskorna i en studie inte visste om att det fanns riktlinjer för hantering av våldsutsatta kvinnor (Hägglom et al, 2005). Denna forskning visar även på att, hälso- och sjukvårdspersonalen behöver ytterligare utbildning kring ämnet och dess innebörd. Det krävs också att personal inom hälso- och sjukvården måste vara medvetna om de föreskrifter och direktiv som finns. Resultatet från studien indikerar därmed att hälso- och sjukvården inte följer de föreskrifter och direktiv som finns i sitt yrkesutövande. Roscoe Pound (1910) visar genom sin teori att, i det fall lagen inte fungerar i praktiken, förlorar lagen sin effektivitet, genom att den inte tillfredsställer samhällets behov. Lagen förlorar sitt syfte som en social kontroll enligt Roscoe Pounds teori "law in books and law in action". Enligt Mathiesen (2005), måste lagen fungera i praktiken för att den ska uppfylla sitt syfte. De instanser som kommer i kontakt med ämnet, mäns våld mot kvinnor, måste nås av de föreskrifter och direktiv som finns för att de ska kunna arbeta utifrån dem.

I den nationella strategin framkommer avsaknaden av ledning och styrning från myndigheter (SOU 2015:55, s. 175). Utifrån studiens resultat saknas det rutiner inom hälso- och sjukvården när det gäller att ställa frågor vid mötet med en våldsutsatt kvinna, vilket det framgår ska finnas i föreskriften (SOSFS 2014:4, kap 8 §9). Hälso- och sjukvården lever inte heller upp till kravet gällande dokumentering i patientjournalen, som även det står skrivet i föreskriften (ibid).

När hälso- och sjukvårdspersonalen arbetar och agerar efter de angivna föreskrifterna och direktiven, arbetar de mot samma mål som lagen och det är endast då som lagen uppnår sitt syfte. Enligt Roscoe Pound uppstår en diskrepans mellan lagen och hur den tillämpas och därmed fungerar i praktiken när tillämpningen av lagen i praktiken inte uppfyller lagens syfte och ändamål. En sådan diskrepans uppstår därmed när lagstiftningens syfte och ändamål inte i praktiken efterlevs inom hälso- och sjukvården, trots att det finns både handböcker, direktiv och föreskrifter att tillgå. Man konstaterar i den nationella strategin att bristerna i myndigheternas arbete mot vålds män mot kvinnor, kan bero på prioriteringar och resurser visar sig här, då det inte alltid beror på kunskapsbrist utan även på hur man inom hälso- och sjukvården väljer att prioritera och fördela sina resurser. Chefer och politiker har ett stort

ansvar avseende detta, att prioritera arbetet inom hälso- och sjukvården kring att skapa rutiner inom samtliga vårdenheter och framförallt där man med stor sannolikhet kommer i kontakt med kvinnor som har varit och/eller är utsatta för mäns våld.

Hälso- och sjukvården har svårigheter på flera områden som kan bero på kunskapsbrist, brist på rutiner, prioriteringar och fördelning av resurser påverkar alla hälso- och sjukvårdens förutsättningar att följa föreskrifterna och direktiven i praktiken, detta kan försvåra uppnåendet av lagens syfte.

7.1.2 Hälso- och sjukvårdens stöd och hjälp för de våldsutsatta kvinnorna

Majoriteten av kvinnorna hade varit i kontakt med hälso- och sjukvården under sin utsatthet, vilket visar på att våldsutsatta kvinnor är i behov av hälso- och sjukvårdens hjälp och stöd. Det indikerar även att kvinnorna väljer att försöka få hjälp även då de inte direkt själv anger att så är fallet. Därmed är det av största vikt att hälso- och sjukvården är uppmärksamma, för att det ska vara möjligt att identifiera de våldsutsatta kvinnorna vilket också framgår i den nationella strategin, som tidigare presenterats.

Det är viktigt att hälso- och sjukvårdspersonalen är utbildade inom området, och därmed är det möjligt för den våldsutsatta kvinnan att uppleva trygghet, när hon väl bestämmer sig för att berätta om våldet för någon annan. Resultatet från enkätundersökningen visar på vikten av utbildning och kunskap, då hälften av de kvinnor som sökt sig till hälso- och sjukvården, ansåg att hälso- och sjukvårdspersonalen hanterade deras situation dåligt. Kvinnorna uttryckte även att de inte blev bemötta på ett korrekt sätt. Mer än hälften av kvinnorna hade upplevt att de aldrig blivit tillfrågade om våld kunde vara en bakomliggande faktor, till uppkomsten av deras skador/symtom. Kvinnornas upplevelse av att de aldrig blev tillfrågade av hälso- och sjukvården om våldsutsatthet, förstärks i intervjuerna. En av kvinnorna hade fortfarande synliga skador vid ett återbesök hos läkaren, vilket borde varit ett varningstecken. När den andra kvinnan i intervjuerna, kom på återbesök hade hennes skada redan läkt, men hon berättade ändå om våldet som hon utsatts för under läkningstiden. Dock upplevde hon inte att läkaren var något direkt stöd. Både enkätundersökningens resultat och intervjuresultatet pekar på att det finns brister inom hälso- och sjukvården, kring hur de våldsutsatta kvinnorna hanteras och på vilket sätt hälso- och sjukvården därmed agerar i sitt yrkesutövande.

I de fall som kvinnorna talade om för hälso- och sjukvårdens personal, orsaken till deras skador/symtom, uppgav några kvinnor att hälso- och sjukvårdens personal inte erbjöd dem

något stöd eller hjälp. De kvinnor som intervjuades bekräftade och förstärkte detta resultat genom sin beskrivning av att de inte fick någon information om hur de skulle gå tillväga eller vart de skulle vända sig för att få den hjälp de var i behov av. Kvinnorna upplevde att de blev bemötta på ett negativt sätt, ibland med ingen respons alls och/eller med ett ifrågasättande om varför de befann sig i deras undersökningsrum. Resultatet pekar på att hälso- och sjukvården går emot och därmed inte följer de föreskrifter och direktiv som finns. Föreskrifter och direktiv utformade, med syfte att, de våldsutsatta kvinnorna ska få råd, stöd och hjälp att bryta upp från, för dem, mycket ohälsosamma livssituationer. Enligt Mathiesen (2005) skulle man kunna se det som att hälso- och sjukvårdspersonalen inte har motivationen, oavsett om den är medveten eller omedveten, att stödja och hjälpa de våldsutsatta kvinnorna. Mathiesen menar vidare på att motivationen kan skapas på olika sätt, exempelvis genom löften om högre lön eller hot i form av någon sanktion, vilket i sig ska vara en sak som gör att de har motivation till att följa föreskrifterna eller direktiven.

7.1.3 Hälso- och sjukvårdens dokumentering av de våldsutsatta kvinnornas skador/symtom

Majoriteten av de våldsutsatta kvinnorna som svarat på enkätundersökningen ansåg att det inte fanns något samarbete mellan de olika myndigheterna. Det försvårar situationen och omständigheterna för kvinnan, då hon inte kan få den hjälp hon behöver från de olika instanserna. I den tidigare forskningen framkommer det även att mer än hälften av sjuksköterskorna i en studie inte visste att en samverkan existerar (Sundborg et al, 2012). I den nationella strategin och framgår det att hälso- och sjukvården ska samarbeta med andra berörda myndigheter, i syfte att kunna hjälpa kvinnan på bästa sätt. Studiens resultat visar på att hälso- och sjukvården inte följer lagen eller de föreskrifter och direktiv som finns. I enkätundersökningen framkommer det att kvinnornas skador endast dokumenterats i hälften av fallen. Där kvinnorna uppgav att det skett en dokumentering, menade några kvinnor att det som dokumenterats inte stämte överens med verkligheten. Därmed är kvinnorna i behov av att hälso- och sjukvårdspersonalen för en noggrann och korrekt dokumentation av de skador/symtom som kvinnan uppvisar, för att kvinnan ska möjlighet att använda sig av dokumentationen i ett rättsligt sammanhang. Utförs det inte någon dokumentation, uppfyller inte hälso- och sjukvården bland annat patientdatalagen eller de övriga tidigare angivna föreskrifter och direktiv som finns och därmed blir det en diskrepans mellan rätten och den sociala verkligheten.

7.2 Slutsatser

Som tidigare nämnts är syftet med studien att få djupare förståelse för hur hälso- och sjukvården hanterar våldsutsatta kvinnor, men även på vilket sätt man inom hälso- och sjukvården faktiskt genomför sitt rättsliga uppdrag i praktiken. Detta genom att utgå ifrån de våldsutsatta kvinnornas perspektiv på bemötandet i deras kontakt med hälso- och sjukvården och deras yrkesutövande personal. Genom att belysa ämnet utifrån kvinnornas perspektiv, möjliggörs det att problemområdet, för hur hälso- och sjukvården hanterar våldsutsatta kvinnor uppmärksammas, vilket därigenom skulle kunna leda till en förbättring för de våldsutsatta kvinnorna. Statens offentliga utredning, har som tidigare nämnts kommit fram till, ur ett myndighetsperspektiv, att hälso- och sjukvårdspersonalen behöver mer kunskap och kompetens för att de ska kunna stödja och hjälpa våldsutsatta kvinnor på bästa sätt. Detta visar också vår studie tydliga indikationer på. Det är av stor vikt att inte enbart belysa ett myndighetsperspektiv, det vill säga hälso- och sjukvårdens, kring hur de anser att de agerar i mötet med våldsutsatta kvinnor. Problematiken kräver också att den förklaras utifrån individens perspektiv. Bådas perspektiv behöver belysas för att möjliggöra en mer sammansatt och tydligare bild, då verkligheten inte enbart kan förstås från ett perspektiv. Flera perspektiv och aspekter måste upptäckas och förklaras om det ska vara möjligt att komma fram till en slutsats om på vilket sätt problematiken uppkommer och påverkar. Denna studies ambition ämnar bidra till just detta, genom att belysa det från de våldsutsatta kvinnornas perspektiv, då det inte tidigare genomförts.

7.2.1 Hur förhåller sig hälso- och sjukvårdens faktiska arbete till det av lagen åsyftade arbetssättet?

Resultatet i studien indikerar att hälso- och sjukvården inte alltid identifierar, dokumenterar, stödjer eller hjälper de våldsutsatta kvinnorna som det är avsett utifrån föreskrifter och direktiv som finns. Därmed stämmer inte hälso- och sjukvårdens arbetssätt, enligt kvinnornas perspektiv, överens med föreskrifterna och direktivens åsyftade innebörd.

Enligt de föreskrifter och direktiv som finns, ska hälso- och sjukvården ta kvinnan åt sidan eller be hennes man gå ut, om de får känslan av att kvinnan kan vara offer för våld i nära relationer. De ska då tala om för henne vad det finns för stöd och hjälp att få och vad som sker i samband med en anmälan. Studiens resultat pekar på, att hälso- och sjukvården brister på denna punkt. Det beskrivs väldigt tydligt i en av intervjuerna som genomförts, där kvinnan

verkligen fick uppfattningen att hälso- och sjukvårdspersonalen hade identifierat henne som offer, men tog inte henne åt sidan för att prata med henne enskilt. Det framgår att hälso- och sjukvårdspersonalen menar att en av anledningarna till att de inte identifierar kvinnor som offer för våld i nära relationer, kan bero på att de har för många ansvarsområden och inte tillräckligt med resurser för att ha möjlighet att hantera den våldsutsatta kvinnan. Att hälso- och sjukvårdspersonalen har för många ansvarsområden kan ses som en förklaring till varför de inte har möjlighet att identifiera, stödja och hjälpa våldsutsatta kvinnor eller att hälso- och sjukvården brister i att prioritera, detta bör dock inte föranleda eller vara en anledning till att inte följa föreskrifter och direktiv. Resultaten pekar oavsett på, att det behövs mer resurser inom området för att hälso- och sjukvården för man ska ha möjlighet att hjälpa våldsutsatta kvinnor och därmed kunna leva upp till kravet- och därmed även bidra till att lagens syfte uppnås.

Enligt vårt resultat framkommer det att de våldsutsatta kvinnorna upplever att hälso- och sjukvården inte följer de föreskrifter och direktiv som finns. Som tidigare presenterats utgår lagstiftningen från den allmänna patienten eller den enskilde individen, det framgår ingen direkt lagstiftning för hur hälso- och sjukvården specifikt ska hantera våldsutsatta kvinnor. Detta skulle kunna vara en faktor till att hälso- och sjukvården inte har kunskap och kompetens om hur de ska hantera våldsutsatta kvinnor. Dock finns det tydligt angivet i SOSFS 2014:4, att de tecken som observerats av hälso- och sjukvårdens personal och som väckt misstanke om att den vuxne utsatts för våld eller andra övergrepp ska dokumenteras i patientjournalen. Detta kan visa på brist på kunskap, rutiner och prioritering inom hälso- och sjukvården.

7.2.2 Hur identifierar och dokumenterar hälso- och sjukvården kvinnor som är eller har varit utsatta för våld i en nära relation, utifrån våldsutsatta kvinnors perspektiv?

Studiens resultat, visar på, att det finns likheter mellan kvinnornas perspektiv och den tidigare forskningens resultat över hur hälso- och sjukvården anser sig hantera våldsutsatta kvinnor. Båda resultaten pekar på att hälso- och sjukvårdspersonalen saknar utbildning inom ämnet våld i nära relationer och därmed har de inte kunskap och kompetens för att kunna identifiera, dokumentera stödja och hjälpa de våldsutsatta kvinnorna. De våldsutsatta kvinnorna anser att, hälso- och sjukvården har en unik position för att fånga upp kvinnor som far illa i en nära relation och hjälpa kvinnan till att bryta våldsspiralen.

Studiens resultat kan inte uttala sig om hur hälso- och sjukvården identifierar våldsutsatta kvinnor, det finns en möjlighet till att hälso- och sjukvårdspersonalen identifierar kvinnorna genom att de uppmärksammar att något inte står rätt till. Enligt kvinnornas uppfattning utifrån resultaten, så agerar inte hälso- och sjukvårdens personal utifrån de varningstecken som enligt de själva är självklara, vilket det enligt den nationella strategin finns ett stort behov av att hälso- och sjukvårdens personal gör och att frågor ställs till den vårdsökande i det fall man uppmärksammar att något inte står rätt till och det därmed menar vi uppstått en misstanke om förekomst av utsatthet för våld.

Till viss del följer hälso- och sjukvårdens personal de föreskrifter och direktiv som finns gällande dokumentering av den våldsutsatta kvinnans skador/symtom. Dock visar studiens resultat att dokumenteringen inte alltid sker vid samtliga tillfällen, vilket det i PdL fastställs ska ske så snart som möjligt. Studiens resultat visar även, att dokumenteringen inte alltid stämmer överens med kvinnans uppfattning om sina faktiska skador/symtom. I PdL framgår det att den information som lämnats till patienten avseende val av olika alternativ till behandling samt en möjlighet till förnyad medicinsk bedömning ska finnas dokumenterad i patientjournalen. Enligt resultatet stämmer det inte överens med den faktiska dokumentationen av deras skador/symtom. Det blir vidare svårt att uppfatta att PdL §3 punkt 2 uppfyllts, där det framgår att dokumentation i patientjournalen ska framkomma om väsentliga uppgifter kring bakgrunden till vården. Detta innebär vidare att en identifiering av kvinnans situation och hälso- och sjukvården förmåga att bidra och erbjuda den hjälp den våldsutsatta kvinnan är i behov av försvåras.

I de fall där hälso- och sjukvårdspersonalen dokumenterar den våldsutsatta kvinnans skador/symtom, samt att det stämmer överens med kvinnans uppfattning, har dokumenteringen kunnat bidra till bevisningen mot våldsutövaren i rättsliga sammanhang. Detta visar att hälso- och sjukvården kan bidra, genom dokumentering, till att våldsspiralen bryts, men också att mannen döms till ett rättsligt straff för det han utsatt kvinnan för.

7.2.3 Hur ger hälso- och sjukvården stöd och hjälp, gällande våld i nära relationer, enligt de våldsutsatta kvinnornas upplevelse?

Resultatet från studien pekar på att det finns brister i, hur hälso- och sjukvården stöttar och hjälper kvinnor utsatta för våld, då de upplevde att hälso- och sjukvården inte erbjöd dem någon ytterligare information kring var de kunde vända sig för att få den hjälp de hade behov

av. För att hälso- och sjukvården ska kunna hjälpa och stödja de våldsutsatta kvinnorna, måste de först och främst identifiera dem som våldsutsatta kvinnor.

Förutom att utbildning hade kunnat bidra till kunskap och kompetens kring hur man hanterar en våldsutsatt kvinna, hade det även skapat en större trygghet för hälso- och sjukvårdspersonalen och inte bara den våldsutsatta kvinnan. Om hälso- och sjukvårdspersonalen hade känt sig mer bekväm med att bemöta, hantera, stödja samt hjälpa en våldsutsatt kvinna, hade också möjligheten varit större att de identifierat henne som våldsutsatt. Genom att exempelvis identifiera kvinnan i tid och dokumentera i patientjournalen hade det kunnat bidra till att den våldsutsatta kvinnan får stöd och hjälp till att ta sig ur det destruktiva förhållandet, innan våldet eskalerar och blir så grovt att det skulle kunna leda till kvinnans död. När kvinnorna har blivit identifierade av hälso- och sjukvården bör de, enligt kvinnornas uppfattning, stödja och hjälpa genom att exempelvis verkligen lyssna på kvinnan eller tala om var de kan vända sig för att få prata med någon om deras utsatthet. Kvinnornas uppfattning får stöd i SoL 9§ där det framkommer hälso- och sjukvårdens skyldighet att informera patienten om möjligheten till vård och omvårdnad från bland annat hälso- och sjukvården. Vidare framkommer det också här att man ska särskilt beakta det behov av vård patienten kan ha både fysiskt och psykiskt med anledning av våldet.

Urvalet i studien var för litet för att kunna komma fram till några generaliserbara slutsatser kring hur hälso- och sjukvården hanterar våldsutsatta kvinnor, dock pekar studien på att det finns brister inom hälso- och sjukvårdens hantering av kvinnor som utsätts för våld. Vi kan inte dra några slutsatser om varför föreskrifterna och direktiven inte följs, men vi kan uttala oss om att det finns brister i hälso- och sjukvårdens arbetssätt utifrån föreskrifterna och direktiven, enligt de våldsutsatta kvinnornas uppfattning och upplevelser.

8. DISKUSSION OCH FÖRSLAG PÅ FRAMTIDA

FORSKNING

Eftersom våld i nära relationer är ett samhällsproblem, är det viktigt att hälso- och sjukvården som är den instans som ska ta hand om sina patienter och se till så att de får en god vård, följer sitt uppdrag som de har fått utifrån berörda föreskrifter och direktiv som finns. Enligt vår mening som vi grundar på det resultat som framkommit i studien, finns det brister inom hälso- och sjukvårdens hantering av våldsutsatta kvinnor. Det kan bero på att de inte har fått de rätta förutsättningarna för att kunna följa föreskrifterna och direktiven. Det är av stor vikt att hälso- och sjukvårdspersonalen utbildas inom ämnet, att arbetet prioriteras och att rutiner upprättas för att både de ska kunna känna sig bekväma med att hantera kvinnorna i deras utsatta situation. Utbildning är även viktigt för att hälso- och sjukvårdspersonalen ska kunna identifiera våldsutsatta kvinnor men också med syfte att kvinnan ska känna sig säker och trygg med att söka vidare hjälp och stöd.

För att hälso- och sjukvården ska kunna hjälpa de våldsutsatta kvinnorna måste de våga ställa frågor till, som kan leda fram till att våldet uppdagas och efter det stödja kvinnan med den hjälp som hon behöver. Det behöver inte innebära att det är hälso- och sjukvårdens personal ska ta allt ansvar för kvinnans hälsa och mående ska bli bra och att våldet ska upphöra, men det kan vara en betydande del av en process där det kan hjälpa kvinnan ur det destruktiva förhållandet. Genom att de identifierar kvinnorna möjliggörs chansen för kvinnan att ta sig ur våldsspiralen innan våldet eskalerar.

Vår uppfattning är att, när hälso- och sjukvården har identifierat kvinnan, borde de tala med henne och utgå från att hon vill ha hjälp och prata om vilken slags hjälp som finns att få, men också ha kunskap om vilket stöd hon är kapabel att ta emot. För att ge de bästa förutsättningarna för kvinnan borde även andra organisationer, förutom berörda myndigheter, vara involverade för att kunna hjälpa till att identifiera, dokumentera, stödja och hjälpa de våldsutsatta kvinnorna, så att de kan bryta upp med mannen som utsätter kvinnan för våld.

I och med att studien pekar på att det brister inom hälso- och sjukvården, är det av stor relevans att forska vidare kring ämnet, dock med ett större urval som täcker en större population för att kunna dra generella slutsatser. Då arbetet med den nationella strategin har en strategiperiod som löper mellan 2016 och 2025, kan det vara av intresse att studien inte bara genom ett större urval som kan dra generella slutsatser också kan följa upp strategins

syfte och måluppfyllelse, nämligen den att nå det jämställdhetspolitiska delmålet om att mäns våld mot kvinnor ska upphöra. Om det resultatet då visar på att det finns brister inom hälso- och sjukvårdens hantering, skulle det finnas en möjlighet att påvisa behovet av att arbeta fram mer konkreta tillvägagångssätt för hur hälso- och sjukvårdens personal ska kunna identifiera, dokumentera, stödja och hjälpa våldsutsatta kvinnor på bästa sätt.

Det hade vidare varit mycket intressant med en större studie, där man jämför hälso- och sjukvårdens svar kring hur de anser sig själv bemöta och hantera våldsutsatta, med hur våldsutsatta kvinnor upplever att de blir bemötta inom hälso- och sjukvården. För att kunna se på likheter och skillnader i deras svar och därmed kunna dra generaliserbara slutsatser utifrån det. Därigenom skulle möjligheterna att ytterligare säkerställa att hälso- och sjukvården uppfyller de krav som föreskrifter och direktiv ställer. Sannolikheten till detta är mindre om inte hälso- och sjukvårdens personal delar bilden med de utsatta kvinnorna omkring bemötande och hantering. En studie som kan påvisa detta skulle kunna bidra till att möjligheterna för de våldsutsatta kvinnorna som söker sig till hälso- och sjukvården kan bryta ett destruktivt relationsmönster och ta sig från en livssituation där de utsätts för mäns våld.

Utifrån hälso- och sjukvårdens perspektiv finns det möjlighet att det finns olika faktorer som påverkar hälso- och sjukvårdens hantering av våldsutsatta kvinnor. En sådan faktor skulle kunna vara, precis som det framgår i den tidigare forskningen, att personalen upplever att de har för många ansvarsområden, vilket skulle kunna visa på att det finns för få resurser för att kunna identifiera våldsutsatta kvinnor. En anledning till att de upplever att de har för många ansvarsområden, skulle kunna vara personalbrist, vilket kan försvåra för hälso- och sjukvårdspersonalens arbete gällande att identifiera, dokumentera, stödja och hjälpa våldsutsatta kvinnor. Prioriteringen inom hälso- och sjukvården samt styrning från chefer och politiker avseende arbetet med mäns våld mot kvinnor, skulle också påverka hälso- och sjukvårdens personals förutsättningar i deras arbete med våldsutsatta kvinnor, detta i enlighet med det som framkommer i den nationella strategin.

9. KÄLLFÖRTECKNING

9.1 Litteratur

Bryman, Alan (2011). *Samhällsvetenskapliga metoder*. 2., [rev.] uppl. Malmö: Liber

Banakar, R. & Travers, M. (red.) (2013). *Law and social theory*. (2. ed.) Oxford: Hart publ..

Hydén, H. (2002). *Rättssociologi som rättsvetenskap*. Lund: Studentlitteratur.

Lundgren, Eva (2004). *Våldets normaliseringsprocess*. Stockholm: Riksorganisationen för kvinnojourer och tjejjourer i Sverige (ROKS)

Mathiesen, T. (2005). *Rätten i samhället: [en introduktion till rättssociologin]*. Lund: Studentlitteratur.

Vago, S. (2012). *Law and society*. (10. ed.) Upper Saddle River, N.J.: Pearson Prentice Hall.

Åkerström, M., Sahlin, I (2001). *Det motspänstiga offret – en brottsofferantologi*. Studentlitteratur AB, Lund.

9.2 Offentliga tryck

Nationellt centrum för kvinnofrid (2008). *Handbok: nationellt handlingsprogram för hälso- och sjukvårdens omhändertagande av offer för sexuella övergrepp*. Uppsala: Nationellt centrum för kvinnofrid (NCK), Uppsala universitet.

Regeringens skrivelse (2016/17:10) *Makt, mål och myndighet*. Regeringen.

>https://www.regeringen.se/4ace09/globalassets/regeringen/dokument/socialdepartementet/jamstalldhet/makt-mal-och-myndighet---feministisk-politik-for-ett-jamstallt-samhalle-skr.-2016_17-10.pdf <

(2018-03-02)

Socialstyrelsen. (2009) *Folkhälsorapport 2009*. Stockholm: Socialstyrelsen

> <https://www.socialstyrelsen.se/Lists/Artikelkatalog/Attachments/8495/2009-126-71.pdf> <

(2018-03-02)

Socialstyrelsen. (2016) *Våld: handbok om socialtjänstens och hälso- och sjukvårdens arbete med våld i nära relationer*. Stockholm: Socialstyrelsen

> <http://www.socialstyrelsen.se/Lists/Artikelkatalog/Attachments/20252/2016-6-37.pdf> <
(2018-03-02)

Socialstyrelsens författningssamling (2014) *Våld i nära relationer*. Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd.

> <http://www.socialstyrelsen.se/Lists/Artikelkatalog/Attachments/19441/2014-5-7.pdf> <
(2018-03-02)

Statens Offentliga Utredningar (SOU 2015:55) *Nationell strategi mot mäns våld mot kvinnor och hedersrelaterat våld och förtryck*. Stockholm: Regeringskansliet

> https://www.regeringen.se/contentassets/738becd6961e4a3d8d986c00b8c8bc9e/nationell-strategi-mot-mans-vald-mot-kvinnor-och-hedersrelaterat-vald-och-fortryck-sou_2015_55.pdf <
(2018-03-02)

9.3 Elektroniska källor

Nationellt centrum för kvinnofrid (NCK), (2018) *Grov kvinnofridskränkning*. >

<http://nck.uu.se/kunskapsbanken/amnesguider/vald-i-nara-relationer/grov-kvinnofridskrankning/> < (2018-02-13)

Socialstyrelsen, (2018) *Definition av våld och utsatthet i nära relationer*. >

<http://www.socialstyrelsen.se/valds-ochbrottsrelateradefragor/valdinararelationer/valdsutovare/definition> < (2018-02-13)

Socialstyrelsen, (2018) *Våld i nära relationer*. > <http://www.socialstyrelsen.se/valds-ochbrottsrelateradefragor/valdinararelationer> < (2018-02-13)

9.4 Vetenskapliga artiklar

Alsafy, N, Alhendal, E, Alhawaj, S, El-Shazly, M, Kamel, M 2011 “Knowledge of primary care nurses regarding domestic violence”, *Alexandria Journal of medicine*,

Banakar, R., 2012. *Who Needs the Classics? - On the Relevance of Classical Legal Sociology for the Study of Current Social and Legal Problems*. Social Science Research Network, Rochester, NY.

Dufort, M., Gumpert, C.H. and Stenbacka, M., 2013. Intimate partner violence and help-seeking—a cross-sectional study of women in Sweden. *BMC public health*, 13(1), p.866.

Hägglom, A.M.E., Hallberg, L.R.-M., Möller, A.R., 2005. *Nurses' attitudes and practices towards abused women*. *Nursing & Health Sciences* 7, 235–242.

Nylen, L.L.M., Heimer, G.M.D., 1999. *Sweden's Response to Domestic Violence*. FBI Law Enforcement Bulletin 68, 19–24.

Pound, R. (1910). Law in books, law in action. *American Law Review*, vol 44 no. 1, ss. 12-36

Pratt-Eriksson, D., Bergbom, I. and Lyckhage, E.D., 2014. Don't ask don't tell: Battered Women living in Sweden encounter with healthcare personnel and their experience of the care given. *International journal of qualitative studies on health and well-being*, 9(1), p.23166.

Sundborg, E.M., Saleh-Stattin, N., Wändell, P. and Törnkvist, L., 2012. Nurses' preparedness to care for women exposed to Intimate Partner Violence: a quantitative study in primary health care. *BMC nursing*, 11(1), p.1.

Sundborg, E., Törnkvist, L., Saleh-Stattin, N., Wändell, P. and Hylander, I., 2015. To ask, or not to ask: the hesitation process described by district nurses encountering women exposed to intimate partner violence. *Journal of clinical nursing*.

Sundborg, E., Törnkvist, L., Wändell, P. and Saleh-Stattin, N., 2017. Impact of an educational intervention for district nurses about preparedness to encounter women exposed to intimate partner violence. *Scandinavian journal of caring sciences*.

9.5 Propositioner

Prop 2012/13:108

Prop 1997/98:55

10. BILAGOR

10.1 Bilaga 1

Enkät våldsutsatta kvinnor

1. Hur gammal är du?
2. Vilket civiltillstånd har du för tillfället?
3. Hur skulle du beskriva din hälsa?
4. Har du någon gång varit utsatt för våld i en nära relation?
5. Om Ja på fråga 4: Har våldet varit upprepande?
6. Om JA på fråga 4: Vilket våld har du blivit utsatt för? (Här kan du kryssa i svar)
7. Vilken relation har du haft till mannen som utsatt dig för våld?
8. Befinner du dig i en relation idag där du utsätts för våld?
9. Har du nära tillgång till hälso- och sjukvården?
10. Har du varit i kontakt med hälso- och sjukvården under perioden du varit utsatt för våld?
11. Om svaret är JA på fråga 10, hur ofta har du haft kontakt med hälso- och sjukvården, under perioden du var utsatt för våld?
12. Hur tycker du hälso- och sjukvården har hanterat din situation?
13. Är du nöjd med det bemötande du fått från hälso- och sjukvården?

14. Hur ofta har hälso- och sjukvårdspersonalen ställt frågor kring anledningen till dina skador eller symtom?
15. Hur ofta har hälso- och sjukvårdspersonalen ställt frågor kring vad du lever i för relation?
16. Om du har haft berättat för hälso- och sjukvården att du lever i en relation, har de då frågat dig hur du upplever relationen?
17. Hur ofta har du berättat för hälso- och sjukvården anledningen till uppståndelsen av dina skador?
18. Om svaret är ALDRIG på fråga 17, varför berättade du inte?
19. Om du inte har berättat orsaken till dina skador, har hälso- och sjukvårdspersonalen ändå erbjudit/ talat om vad det finns för stöd och hjälp att få när man är utsatt för våld i en nära relation?
20. Anser du att du har fått den hjälp du behövde av hälso- och sjukvården, för att kunna ta dig ur förhållandet där du blivit utsatt för våld?
21. Om svaret är JA på fråga 20, beskriv nedan hur hälso- och sjukvården har hjälpt dig.
22. Upplevde du att det fanns ett samarbete mellan hälso- och sjukvården med andra myndigheter såsom exempelvis polisen eller socialtjänsten?
23. Om dina symtom varit allvarliga, hur ofta har du fått remiss från läkare vidare till psykolog, gynekolog eller annan specialistvård?
24. Uppfattade du att hälso- och sjukvården hade kunskap och kompetens inom området våld i nära relationer?

25. Under ditt besök hos hälso- och sjukvården, uppstod det vid något tillfälle samtal om våld i nära relationer?
26. Om du haft kontakt med flera olika personer inom hälso- och sjukvården, fanns där någon personal som pratade med dig om våld i nära relationer?
27. Har dina skador någon gång skrivits in i din journal när du besökt hälso- och sjukvården?
28. Om du svarat JA på fråga 27, har det som skrivits i din journal stämt överens med verkligheten, enligt din uppfattning?
29. Har du i rättsliga sammanhang haft användning av det som skrivits i din journal från hälso- och sjukvården?
30. Här är du välkommen att skriva egna tankar och/eller erfarenheter kring din utsatthet och kontakt med hälso- och sjukvården.

10.2 Bilaga 2

Introduktionsbrev enkät



Informationsbrev

Hej!

Vi är två studenter från Rättsociologiska institutionen i Lund som har valt att skriva vår kandidatuppsats, om kvinnor utsatta för våld i nära relationer. Syftet med vår uppsats är att belysa hur våldsutsatta kvinnor upplever hälso- och sjukvården och på vilket sätt hälso- och sjukvårdspersonalen arbetar med att upptäcka kvinnor som är utsatta för våld i en nära relation.

Enkäten består först av tre inledande frågor, vilket följs av fyra frågor som handlar om utsattheten för våld och därefter ställs 19 frågor kring upplevelsen av hälso- och sjukvården. Enkäten är frivillig, det finns ingen skyldighet att delta och det är även möjligt att avbryta sin medverkan när som helst. De uppgifter som lämnas till forskarna kommer endast användas till denna studie och ingen annan kommer ha tillgång till svaren eller vem som har svarat på frågorna, därmed är studien anonym. Vi är tacksamma om ni vill delta och på så sätt bidra med mer kunskap kring våldsutsatta kvinnors uppfattning av hälso- och sjukvårdens arbete inom området för våld i nära relationer. Om det finns ett intresse från deltagarna att ta del av studiens resultat, så finns det möjlighet att kontakta forskarna via deras mejl, men även om det finns frågor kring deltagandet eller enkäten.

Med Vänliga Hälsningar,

Hannah Karlsson
ha7681ka-s@student.lu.se

Johanna Olsson
jo7785ol-s@student.lu.se