



GÖTEBORGS UNIVERSITET  
INSTITUTIONEN FÖR SOCIALT ARBETE



***”FRÅGA MIG! SLÄPP MIG INTE!”***

*Hur många gånger en våldutsatt kvinna söker sjukvården  
utan att få frågan om våld och hur blir hon bemött?*

*Jaana Smed Karling*

Vetenskapligt arbete, 15 högskolepoäng  
Psykioterapeutprogrammet med inriktning mot Familjeterapi  
Handledare Gunilla Krantz

## SAMMANFATTNING

Syfte med studien har varit att undersöka hur många gånger en våldsutsatt kvinna söker sjukvården utan att få frågan om våld. Den andra frågan handlar om hur hon vill bli bemött när våldet uppdragas och hur hon vill att man skall fråga om våld.

Nio kvinnor i åldrarna 28-64 intervjuades. Kvinnorna rekryterades från Krismottagning för kvinnor. Metoden var delvis kvantitativ med frågor om ålder, utbildning, yrke, antal barn samt hur många gånger kvinnan sökt sjukvård. Den kvalitativa delen bestod av djupintervjuer med frågor om kvinnans upplevelser av mötet med sjukvården, hennes förslag till hur man kan fråga om våld samt hur hon upplevde att hennes självbild påverkades av att inte få frågor om våld. Det teoretiska perspektivet utgjordes av kommunikationsteori. Materialet analyserades för att se vilka teman som framträdde. De sammanställdes och belystes sedan med citat. En sammanställning av sidofynd gjordes och en överblick över vilka mönster, likheter och olikheter framträdde. Då gruppen informanter är liten kan man inte dra några generella slutsatser av materialet men det finns starka tendenser då samstämmighet i informanternas utsagor är påtaglig. Det överensstämmer också med tidigare forskning.

Resultaten visade att kvinnorna sökt sjukvård i genomsnitt elva gånger utan att få frågan om våld. Bemötandet av kvinnan varierade, från att hon upplevt ett gott bemötande till att hon känt sig kränkt. I det goda bemötandet ingår att kvinnan upplever att hon möts av en läkare som har kunskap och erfarenhet, att läkaren är intresserad och att kvinnan blir tagen på allvar. Det är viktigt att skapa en känsla av trygghet om hon skall våga berätta.

I det negativa bemötandet ingår att läkaren inte har kunskap att hon bemöts nonchalant och oempatiskt. Att få frågor om våld upplevs både positivt och negativt. Det positiva är att kvinnan känner lättnad, känner att hon blir tagen på allvar och kan få kraft att ta sig ur relationen. Det negativa handlar om att det väcker jobbiga känslor som skuld och skam, oro och ångest samt ledsenhet, ilska och sorg. Att hon inte blir tillfrågad, handlar om brist på kunskap brist på tid, att läkaren är rädd för vilka känslor som kan väckas hos kvinnan och hos läkaren själv.

Alla kvinnor i den här undersökningen tyckte att det är viktigt att fråga om våld, men på ett sätt som inte skrämmer kvinnan. Man skulle helst inte använda ordet "våld". Deras egna förslag till frågor var: Hur har du det i din relation? Hur fungerar samarbetet och arbetsfördelningen hemma? Hur upplever du din familjesituation? Finns det situationer då du känner dig rädd? Står allt rätt till? Om kvinnan kom med uppenbara kroppsskador var det däremot acceptabelt att vara mer rättfram.

Hennes självbild påverkades negativt av att inte få frågan om våld. Hon upplevde sig som svag, gnällig, inkababel och att hon hade sig själv att skylla.

Mönster som framkom var att alla kvinnorna haft många kontakter med sjukvården under många år, utan att ha blivit tillfrågad om våld och att de vill att man skall ställa frågan om våld. Kvinnor såg en skillnad i att möta en terapeut som var insatt i problematiken kring våld och en som inte var det. Terapeuten med kunskap om våld upplevdes mer förstående. Alla var överens om att det är hjälpsamt att kunna prata om våldet och att det är en av de första stegen till att kunna förändra sin situation.

## INLEDNING

Våld mot kvinnor är ett stort folkhälsoproblem över hela världen. Våldet orsakar fysiskt och psykiskt lidande för både kvinnor, barn och män. Förutom lidande medför våldet enorma kostnader för samhället. Socialstyrelsen har i en rapport från 2006<sup>1</sup> beräknat att mäns våld mot kvinnor enbart i Sverige kostar årligen 2.7-3.3 miljarder kronor. År 2007 utgav regeringen en ny handlingsplan för att bekämpa mäns våld mot kvinnor.<sup>2</sup> I rapporten föreslås åtgärder för att förbättra handläggandet av ärenden där våld i nära relationer förekommer. Förbättringar skall göras inom samhällets olika instanser, som vården rättsväsendet och socialtjänsten. År 2007 gjordes en skärpning i socialtjänstlagen. Lagändringen syftar till att tydliggöra kommunens ansvar för att ge stöd och hjälp till brottsoffer. Ändringarna innebär bl.a. att kommunen ska, istället för som tidigare bör, särskilt beakta att våldsutsatta kvinnor och barn som bevittnat våld, kan vara i behov av stöd och hjälp.<sup>3</sup>

### Våldets omfattning

I Sverige anmäldes 2007, 26632 fall av kvinnomisshandel. Av dessa var 19 409 fall där kvinnan var bekant med mannen. En ökning med 1115 fall från föregående år.<sup>4</sup> För Västra Götaland är siffran 2611 anmälda fall. Man räknar med att mörkertalet är stort och att det är endast ca 25 % av misshandelsfallen som kommer till polisens kännedom. Förutom misshandel utsätts kvinnor för dödligt våld. Under 90-talet låg siffran på 16 kvinnor per år som mördats av en man som de har eller har haft en relation med.<sup>5</sup> Därtill kommer självmord som kvinnan begår p g a av sin livssituation. Man kan jämföra med antalet män som blir dödade av en kvinna de haft en relation till. Enligt BRÅ-rapport är det 3-4 fall per år och då är motivet oftast konflikt i missbruksrelaterade situationer.<sup>6</sup> Undersökningar visar att var fjärde kvinna utsätts för någon slags våld under sin livstid.<sup>7</sup>

Många av kvinnorna har barn som också drabbas av våldet. Enligt Rädda Barnens beräkning blir mellan 100 000 och 200 000 barn vittnen till våld i sin familj varje år. En stor andel av barnen utsätts själva för våld.<sup>8</sup> En undersökning i sex kommuner som Rädda Barnen gjorde 2002, visade att mindre än en tredjedel av barnen som bevittnat våld kom till socialtjänsten kännedom. Inget talar för att situationen generellt är bättre på andra håll i landet.<sup>9</sup>

### Våldets effekter på kvinnans hälsa

Kvinnor som utsatts för våld söker sjukvård i större omfattning än icke utsatta kvinnor, de förbrukar också mer läkemedel. Sårskador, frakturer, hörselnedsättning, kronisk värk, magbesvär, högt blodtryck, depression, ångest, posttraumatiskt stressyndrom och självmordsförsök, är våldokumenterade effekter av misshandel. Det sexuella våldet kan

---

<sup>1</sup> Socialstyrelsen (2006) *Kostnader för våld mot kvinnor*. En samhällsekonomisk analys

<sup>2</sup> Integrations- och jämställdhetsdepartementet (2007) Skrivelse Skr. 2007/08:39

*Handlingsplan för att bekämpa mäns våld mot kvinnor samt förtryck och våld i samkönade relationer.*

<sup>3</sup> Socialtjänstlagen 5 kap. 11 § (2001:453)

<sup>4</sup> BRÅ-statistik 2007

<sup>5</sup> Rying, M (2006) *Utveckling av dödligt våld mot kvinnor i nära relationer* BRÅ-rapport.

<sup>6</sup> Peterson, L, Rying, M.(2003) *Dödligt våld*. BRÅ-rapport

<sup>7</sup> Lundgren, E, Heimer, G m fl, (2001) *Slagen Dam – mäns våld mot kvinnor i jämställda Sverige - en omfångsundersökning*. Umeå, Brottoffermyndigheten och Uppsala universitet 2001

<sup>8</sup> Frisk, K (2003) *Anmälningarna som försvann*- en kartläggning av hur polis och socialtjänst uppmärksammar barn som lever med våld i familjen. Rädda barnen

<sup>9</sup> Ibid

orsaka vaginal blödning, sexuellt överförda infektioner, kronisk bäckensmärta, bäckeninflammationstillstånd samt urinvägsinfektioner.<sup>10</sup> Man kan också undra hur många våldutsatta barn sjukvården möter och inte heller hos dem identifierar problemet. Det ligger ett stort ansvar hos sjukvården att identifiera dessa kvinnor och barn så att de kan få adekvat vård och hjälp att få stöd från andra av samhällets instanser.

### **Hur vaknade mitt intresse för frågan**

Under mina 10 år som kurator på vårdcentral träffade jag många patienter. Jag medverkade i samverkansgruppen för kvinnofrid i Vänersborg vilket medförde att jag fick mer kunskap i ämnet. Jag började titta på min egen verksamhet och blev medveten om att vi inom vården inte i tillräcklig omfattning identifierar våldutsatta kvinnor. Under åren 2004 och 2005 gick jag igenom alla mina samtalspatienter för att se hur många av dem var eller hade varit utsatta för våld. Jag delade in patienterna efter sökorsaker, samt kön. Resultatet blev skrämmande. I gruppen patienter som sökte för ångest -04, var eller hade drygt 52% av kvinnorna och 14% av männen, varit utsatta för våld. År -05 var siffrorna 42 % för kvinnor och 3 % för män. Det som var anmärkningsvärt var att endast i något enstaka fall var det känt av läkaren att hon var utsatt för våld. Majoriteten upptäcktes under tiden de gick i samtalsbehandling.

Hur kommer det sig att man inom sjukvården inte upptäcker fler kvinnor som är utsatta för våld? Vad beror det på att kvinnor inte frekvent får frågan om de är utsatta? Som hinder nämns tidsbrist, att man är rädd att såra kvinnan, att man inte vet hur man skall fråga eller vad man gör med svaret.<sup>11</sup>

För att få mer kunskap skulle jag kunna ställa frågor till vårdpersonal för att få deras perspektiv, men jag bestämde mig för att ”våga fråga” kvinnorna själva. Kanske skulle de kunna berätta för mig vad de trodde var orsaken till att de inte blir tillfrågade. Skulle jag få möjligheten att intervjua kvinnor skulle jag också kunna fråga dem om, hur de upplevde mötet med sjukvården och hur de skulle vilja bli tillfrågade om våld.

---

<sup>10</sup> Hovellius, B, Johansson, E (red.) (2004). *Kropp och genus i medicinen*. Lund: Författarna och Studentlitteratur

<sup>11</sup> Ibid.

## SYFTE

Min hypotes är att kvinnorna inte blir tillfrågade om våld i tillräcklig omfattning och detta leder till negativa konsekvenser för de drabbade kvinnorna. Därför blir syftet med den här studien att ta reda på:

Hur många gånger kvinnan sökt sjukvård utan att få frågan om hon är utsatt för våld?

Om hon blivit tillfrågad, eller berättat själv, på vilket sätt har hon blivit bemött och vilken hjälp har hon erbjudits?

Vill hon bli tillfrågad och om hon *inte* blir det, vad tror hon att det beror på?

Hur tycker hon att man skall ställa frågan om hon är utsatt för våld?

Hur påverkar det hennes självbild att inte bli tillfrågad?

## TIDIGARE FORSKNING

För att ta reda på hur mycket frågan undersökts tidigare gjorde jag en datasökning. Jag sökte i databaserna Cinahl, Medline, PsycINFO. Sökorden jag använde var, intimate partner violence, attitude och screening.

På Cinahl fick jag 26 träffar. Av dessa var två relevanta för min undersökning.

En studie gjord i USA handlade om unga kvinnor mellan 16-24 år och deras inställning till att bli tillfrågade om våld.<sup>12</sup> Resultat av denna undersökning visar att kvinnorna är positiva till screening och att sjukvårdspersonal är den mest lämpliga gruppen att ställa dessa frågor. Studien visar också att kvinnorna anger, att de egenskaper som är viktiga för den som frågar om våld, är att personen kan förmedla tillit, trygghet och stöd.

Den andra artikeln beskriver en studie gjord i Uppsala. I denna studie frågar man kvinnor som har kontakt med mödravården, vad de tycker om screeningsinstrumentet, Abuse assessment screen (AAS).<sup>13</sup>

Av de 879 kvinnor som tillfrågades upplevde 80 % av kvinnorna att frågorna var acceptabla, 12 % att det var varken acceptabla eller oacceptabla, (kvinnorna uppfattande inte att frågorna väckte negativa känslor) 5 % både acceptabla och oacceptabla, (frågorna kunde uppfattas som jobbiga men ändå bra) och 3% upplevde dem oacceptabla.

På databasen Medline/Pubmed fanns 59 relevanta artiklar av dem valde jag två som verkade ligga närmast mitt undersökningsområde.

Den ena var en metaanalys av kvalitativa studier.<sup>14</sup> Man ställer två frågor i analysen, dels hur kvinnor med en historia av våldsutsatthet upplever den professionella sjukvårdspersonalens gensvar

---

<sup>12</sup> Zeitler, MS, Paine, AD, Breitbart, V, Rickert, VI, Olson, C, Stevens, L, Rottenberg, L, Davidson, LL. Attitudes about intimate partner violence screening among an ethnically diverse sample of young women. *Journal of Adolescent Health*, 2006; 39: 119.e1-8

<sup>13</sup> Stenson, K, Saarinen, H, Heimer, G, Sidenvall, B. Women's attitudes to being asked about exposure to violence. *Midwifery*. 2001;17:2-10

och vilket gensvar kvinnorna vill ha när våldet avslöjas. Resultatet visar att hur gensvaret uppfattas är avhängigt av både sammanhanget för mötet med sjukvården och kvinnans beredskap att tala om våldet och relationen mellan kvinnan och den professionella.

I den andra studien<sup>15</sup> kommer man fram till att kvinnor har både positiva och negativa upplevelser av att bli tillfrågade. Bland det positiva anges att identifierandet av våldet gör att man känner sig mindre isolerad med sitt problem och att det ger en känsla av att behandlaren bryr sig. Bland det negativa anges att kvinnan kan uppleva att hon blir negativt värderad av behandlaren, får ökad ångest när det okända blir känt, att interventionerna upplevdes besvärliga och inkräktande. Kvinnorna kunde också känna besvikelse över behandlarens reaktion och bemötande

Databasen PsycINFO gav 38 träffar och efter att ha läst ett 10 tal abstracts som verkade ligga närmast mitt område, uppfattade jag att majoriteten handlade om olika sätt att använda screening och att man prövar olika screeningsinstrument. Dessa var inte relevanta i denna studie.

## TEORI

Min studie handlar om hur kvinnor upplever mötet med sjukvården och specifikt hur man kan ställa frågor och samtala om våld. Jag har därför utgått från kommunikationsteori och lagt till det samverkande språkssystemiska förhållningssättet som ett komplement. Jag skall också beskriva hur jag definierat våld i min studie.

### Vad är våld

Enligt könsmaktperspektivet har kvinnan en underordnad ställning i vårt samhälle.<sup>16</sup> Man talar om att våld är ett sätt att utöva makt och kontroll och att det oftast är mannen som kontrollerar kvinnan. Då jag under åren varit ute och informerat om våld, har jag vid varje tillfälle fått frågan om inte det också finns kvinnor som använder fysiskt våld mot män. Det finns det, men omfattningen i jämförelse torde vara marginell. Förutom Per Isdals syn på makt och kontrollperspektivet, finns det andra sätt att se på våldrelationer utifrån makt och kontroll. Michael P Johnson definierar våld utifrån fyra utgångspunkter.

Den första benämner han som ”*intimate terrorism*” och syftar till en relation där den ena är våldsam och även kontrollerande, den andra är inte våldsam, eller har använt våld, och är heller inte kontrollerande. I dessa fall är det nästan uteslutande mannen som utövar våld och kontroll ( 94 av 97 undersökta fall).<sup>17</sup> Den andra benämns som ”*violent resistance*” en relation där den ena är våldsam och icke-kontrollerande och den andra är både våldsam och kontrollerande. Detta är oftast relationer där mannen utövar våld mot kvinnan och hon gör våldsamt motstånd. Den tredje formen kallas ”*situational couple violence*”. Där är ingen av makarna är kontrollerande men

---

<sup>14</sup> Feder, GS, Hutson, M, Ramsay, J, Taket, AR. Women exposed to intimate partner violence: expectations and experiences when they encounter health care professionals: a meta-analysis of qualitative studies. *Arch Intern Med.* 2006;166: 22-37

<sup>15</sup> Chang, J, Decker, M Moracco, KE, Martin, SL, Petersen, R, Frasier, PY. What happens when health care providers ask about intimate partner violence? A description of consequences from the perspectives of female survivors. *Journal of the American medical Women`s association.* 2003;58: 76-81

<sup>16</sup> Gudrun Schyman, föreläsning, 27 okt, 2008

<sup>17</sup> Johnson, M. Gender symmetry and asymmetry in domestic violence. *Violence Against Women.* 2006 ; 12: 1003 - 1018.

tar till våld i vissa situationer t ex upptrappade gräl det s k situations betingade våldet. Den fjärde formen är ”*mutual violent control*” där båda makarna är kontrollerande och våldsamma.<sup>18</sup>

När kvinnor jag intervjuat i min studie och de kvinnor jag träffat i mitt kliniska arbete under åren, berättat för mig hur våldet påverkat dem, kan man inte bortse ifrån att våldet har en starkt kontrollerande effekt på henne. Det må finnas våldshändelser som inte handlar om kontroll, men majoriteten av kvinnor som lever i någon slags situation av förtryck upplever också att det begränsar deras livsutrymme och styr deras handlingar. Vid några tillfällen har kvinnor berättat att de tagit till våld, men då i syfte att försvara sig eller sina barn. Ibland när hon känt att hon annars inte skulle överleva mannens attack.

Denna studie handlar om kvinnor som varit utsatta för mannens makt och kontroll. Jag har delat in våldet i begreppen fysiskt, psykiskt, materiellt, sexuellt, latent och ekonomiskt våld. Jag har använt mig av de definitioner Per Isdal beskriver i sin bok *Meningen med våld*.<sup>19</sup>

Våld är en relationell handling vars syfte är att utöva makt över en annan person. Om man tänker på våld som kommunikation, innehåller våldshandlingen en *avsändare*(den som utövar våldet), en *mottagare* (den våldet riktar sig mot) och ett *budskap*(våldet).

*”Våld är varje handling riktad mot annan person, som genom att denna handling skadar, smärtar, skrämmer eller kränker, får denna person att göra något mot sin vilja eller avstå från att göra något den vill”.*<sup>20</sup>

*Fysiskt våld* är allt ifrån att hålla fast, nypa, knuffa, skaka, slå, sparka eller döda en annan människa. Den som utövar våldet använder sin egen kropp och kraft och/eller vapen i våldsutövandet.

*Psykiskt våld* handlar om hot, indirekt hot, degraderande kränkande beteende, kontroll, svartsjuka, isolering och emotionellt våld. Det emotionella handlar om att den andre utsätts för fientlig nedlåtande hållning.

*Materiellt våld* är att slå sönder saker, kasta saker, slå eller sparka i dörrar eller väggar, att förstöra någons personliga ting som kläder eller minnessaker.

*Sexuellt våld* sträcker sig från sexuella trakasserier och kränkningar till sexuell tortyr. Det kan också handla om påtryckningar att utföra handlingar man inte är beredd att göra. Det sexuella våldet är mycket nedbrytande då det berör vår mest privata och sårbara sida.

*Latent våld* är en underliggande känsla av att det är möjligt att våld i annan form kan utlösas. Man går i en ständig känsla av att något kan hända och rättar sitt liv efter det.

*Ekonomiskt våld* benämns inte specifikt i Isdals bok men jag har tagit med det då jag mött många kvinnor som berättar om hur mannen begränsar, har kontroll eller pressar kvinnan på pengar.

---

<sup>18</sup> Ibid.

<sup>19</sup> Isdal, P. (2001). *Meningen med våld*. Stockholm: Förlagshuset Gothia

<sup>20</sup> Ibid. , s. 34).

## Kommunikationsteori

Hur kan vi kommunicera kring ett så svårt ämne som våld? På vilket sätt kan vi få till stånd ett klimat där kvinnan kan berätta om sina upplevelser?

Jag har utgått från boken Familjeterapins grunder i nedanstående modell och väljer att ta med en del aspekter som jag sedan kommer att använda i min slutdiskussion.

I boken definieras den mellanmännsliga eller interpersonella kommunikationen som:

” överföring av budskap via signaler från sändare till mottagare med en direkt återkoppling”<sup>21</sup>

Budskapet kan vara mer eller mindre medvetet och förmedla tankar, känslor, önskningar etc. Kommunikation är inte bara ord utan innefattar alla slags signaler som personen förmedlar, det kan vara kroppsspråk, miner, tonfall, klädsel etc. Med återkoppling menar man den respons som sändaren får av mottagaren. Detta är ett växelspel som pågår hela tiden.

### Kommunikationens funktioner

Kommunikationens främsta funktion är att förmedla information. Förmedlandet kan ha olika syften, den kan vara *informationsförmedlande*, *handlingsbestämmande*, *social* eller *expressiv*.

Informationsförmedlandet syftar till att uttala sina tankar, känslor, behov, värderingar etc. Även frågandet är ett sätt att förmedla information, då man uttrycker vad man vill veta.

När man förmedlar ett budskap ligger det också en intension att påverka den andres handlingar. Man vill ha en respons på det man har förmedlat.

### Verbal icke-verbal kommunikation

Som redan nämnts sker kommunikation mellan människor på olika plan, allt ifrån ord, fysisk handling till överföring av känslor. Man kan dela in kommunikationen i två huvudgrupper verbal och icke-verbal kommunikation.

*Icke-verbal kommunikation* är allt som uttrycks förutom orden. Lundsbye menar att den verbala kommunikationen är på en medveten nivå medan den icke-verbala rör sig i det primitiva och omedvetna spannet. I den icke-verbala kommunikationen är hela kroppen involverad. Det kan handla om mimik, blickar, gester eller placering i förhållande till den andra. Hur vi berör andra eller oss själva sänder också budskap.

Man talar om *paraspråk* vilket syftar på hur vi använder vår röst, t ex tonläge, tempo

Man talar om *paraspråk* vilket syftar på hur vi använder vår röst, t ex tonläge, tempo röststyrka, artikulation etc. Det handlar också om vokaliseringar i form av suckar, harklingar, fnysningar, gäspningar osv. Dessa inslag ger orden dess valör. Även vårt sätt att andas kan förmedla något, t ex om vilken känsla vi just då bär. Allt detta påverkar vår kommunikation till den andre.

*Verbal kommunikation* är det med ord förmedlade budskapet. Orden kan hur konkreta de än är, symbolisera olika saker för olika människor och kan väcka olika känslor till liv. Här talar man om ordens denotation och konnotation.

---

<sup>21</sup> Lundsbye, M, Sandell, G, Ferm, R, Währborg, P, Petit, B, Fälth, T, Holmberg, B (2000. sid. 80). *Familjeterapins grunder - ett interaktionistiskt perspektiv, baserat på system-, process-, och kommunikationsteori.*(3:e upplagan) Borås: Natur och kultur.



”Med ordets denotation menas begreppets ”yttre” mening – kopplingen till den (mer eller mindre abstrakta) företeelse ordet symboliserar.”  
Konnotation avser den känslomässiga värdeordet har för sändaren eller mottagaren”<sup>22</sup>

Den enskildes association eller känsloladdning kring ett ord kallas för *specifik konnotation*. Vissa ord har en allmänt spridd känslö- och värdeladdning som benämns som *generell konnotation*.

Det finns därmed många aspekter att fundera över och ta hänsyn till när vi försöker att kommunicera med andra. Det är viktigt att vara närvarande och aktivt nyfiken på, vad just den personen jag har framför mig, försöker förmedla, alltså vilket innehåll och vilken innebörd har de sagda orden.

Mottagarens och sändarens roller kan vara *komplementära eller symmetriska*. Den komplementära bygger på olikhet och ofta makt och dominans, t ex läkare-patient, socialsekreterare-klient. Den symmetriska utgår ifrån likhet och maktbalans. En funktionell relation kan pendla mellan dessa positioner utifrån situation. Den är mer flexibel och innefattar en rakare och tydligare kommunikation.

Våra relationer baseras på regler som växer fram när vi interagerar med varandra. Dessa regler kan bilda mönster som vi tar med oss i olika sammanhang, eller som färgar vår bild av oss själva och andra. Om man i sin nära relation är underlägsen och känner sig oviktig kan detta upprepas i möte med andra.

### **Dysfunktionella budskap**

*Det kongruenta budskapet* håller ihop i sin innebörd och sitt innehåll. Det betyder att det som sägs och det som visas känslomässigt överensstämmer. Den är därmed också lättare att förstå och ger en klarare bild av den andres förväntningar. Den är funktionell.

Ett budskap kan också vara *inkongruent*. Då hänger inte innebörd och innehåll ihop. Olika former av inkongruenta budskap är antydningar och paradoxala budskap. Antydningar innebär att man kan antyda något som man sedan förnekar eller förändrar i metakommunikationen. Som mottagare har man att lita till den icke-verbala kommunikationen för att försöka förstå budskapets egentliga mening.

Det paradoxala budskapets olika delar motsäger sig själv, t ex att man i ord säger något positivt men tonfall och ansiktsuttryck visar något annat.

Vilken funktion fyller dysfunktionella budskap? Man kan dölja osäkerhet, eller göra mottagaren osäker. Man kan dölja sin intention, att inte uttala sina önskningar klart ut minskar risken för att man skall bli avvisad. Det kan handla om att man vill kamouflera olikhet eller kamouflera konflikter.

Behovet att kamouflera kommer från en bristande självkänsla eller t o m självförakt. Det betyder inte att personen faktiskt är oduglig utan bara upplever sig så.

---

<sup>22</sup> Ibid. , s. 89).

## Gensvarets betydelse i relationen

Vi blir något i relation till andra och relationer bygger på kommunikation. Det gensvar vi får, när vi försöker att kommunicera påverkar vår självbild. Man talar om tre former av gensvar, det *bekräftande*, *det förnekande* och *det avvisande*. Det bekräftande gensvaret gör det möjligt att utveckla vår identitet, självförtroende och integritet. Det hjälper till att skapa en god självbild. Det förnekande skapar en känsla av att inte vara viktigt, att "jag inte finns". Det avvisande bidrar till en känsla av att min åsikt, uppfattning eller mina tankar inte stämmer.

## Öppen kommunikation

En öppen kommunikation förutsätter att innebörd och innehåll stämmer överens, att budskapet är kongruent och att metakommunikationen bekräftar kommunikationen. Det är viktigt att budskapet är specifikt och klart. Den som lyssnar behöver lyssna på *hela* budskapet, både det verbala och icke-verbala, man behöver förstå budskapets innebörd, kontrollera att den stämmer och ge ett gensvar på det man hör och har förstått. För att detta skall vara möjligt behöver lyssnaren vara ärligt intresserad av den andres budskap, vara lyhörd och öppen för att ifrågasätta sin första tolkning.

## Samverkande språkssystemiskt synsätt

Harlene Anderson och Harry Goolishian är två förgrundsfigurer som samarbetade och utvecklade det språkssystemiska synsättet<sup>23</sup>. Harlene Anderson fortsatte att vidareutveckla sina idéer efter Harry Goolishians död och kallar idag sitt arbetssätt för "*samverkande språkssystemiskt synsätt*". Hon beskriver terapi som:

*"ett språkligt system och en språklig händelse i vilken människor deltar i en samverkande relation och konversation – en ömsesidig strävan att se möjligheter"*<sup>24</sup>.

*Problem* definieras enligt denna skola som "en socialkonstruktion som får sin form i språket". Man löser inte problem utan upplöser dem, genom att ändra och omformulera sin beskrivning av sitt dilemma, som Harlene Anderson föredrar att kalla det.

Inom både medicin och psykoterapi möter vi diagnoser. Antingen är diagnosen redan satt eller skall sättas. Användande av diagnossystem vilar på det teoretiska antagandet att ett problem ingår i ett karakteristiskt mönster, som i sin tur förknippas med vissa problemkategorier. Läkaren eller terapeuten söker efter vissa tecken som kan bekräfta en diagnos. Utifrån kunskap och förförståelse letar vi efter de tecken vi tror på skall leda oss till bekräftelse av vår hypotes. Det finns en risk i att vi begränsar oss till det vi vet och tror på och ger därför inte utrymme för andra alternativ. Anderson menar att:

*"Vi är övertygade om att till sist kommer vi bara fram till våra egna beskrivningar och förklaringar av problemet. Det vill säga att terapeuten åstadkommer en diagnos som är grundad på hans/hennes egna observationer och erfarenheter av klientens beteende."*<sup>25</sup>

Då dialogen är viktig och språket centralt, blir terapeutens roll att skapa ett samgående, ett vänligt samtalsklimat, där klient-terapeut relationen präglas av jämbördighet och respekt. Terapeuten skall

---

<sup>23</sup> Ibid.

<sup>24</sup> Ibid. ,s.21

<sup>25</sup>Ibid. , s. 83

följa sin klient på resan. Genom att ställa frågor fördjupas och breddas berättelsen. Man talar om att det finns en sfär av ”det utsagda och det ännu inte sagda”. Det handlar om klientens inre tankar och samtal. I dialog kan det utsagda formuleras och bli en ny berättelse som påverkar självbilden.

För att skapa en tillåtande samtalsatmosfär behöver terapeuten fundera över sin position till klienten. Anderson talar om en *filosofisk hållning*. Det handlar om hur vi är i relation till våra medmänniskor, i tanke, tal och handling. Det ligger sedan till grund för hur vi bemöter våra klienter. Det personliga och det professionella ligger som en bakgrund i mötet, som då blir både medmänskligt och professionellt. Hur visar terapeuten sitt förhållningssätt? Kanske genom att, vara engagerad, nyfiken, öppen, lyhörd, ödmjuk och respektfull.

”Icke-vetande positionen” är ett centralt begrepp i det språkssystemiska förhållningssättet. Den innebär att terapeuten har en tilltro till att hon/han:

*”inte har bättre tillgång till information, aldrig någonsin helt kan förstå en annan människa, alltid är tvungen att vara mottagare av information och alltid måste lära sig mer om det som sagts eller kanske vad som inte blivit sagt.”<sup>26</sup>*

Terapeuten deltar i dialogen uttolkar och analyserar och är beredd att uttolka och analysera igen allteftersom berättelsen växer. Det kräver att terapeuten är ödmjuk inför klientens berättelse istället för att framhålla sin egen kunskap.

### **Egna reflektioner**

Då jag gjorde min undersökning upptäckte jag att kvinnor upprepat berättar att de inte blir tillfrågade om våld och att de oftast har svårt att berätta om det själv. De har också talat om hur viktigt det är att läkaren skapar ett samtalsklimat som tillåter att ta upp frågan om våld och att det är viktigt vilka ord man använder. Våldsutsatta kvinnor är mycket lyhörda och känsliga och läser av icke verbala signaler hos samtalspartnern. Därför kommer jag att använda kommunikationsteorin som en bakgrund i analysen och det samverkande språkssystemiska synsättet som utgångspunkt för förhållningssätt.

Jag uppfattar det språkssystemiska förhållningssättet som ödmjukt och respektfullt. Man vill uppmuntra människors egna berättelser. Detta torde ligga väl till i mötet med en kvinna som utsatts för våld. Hon vill bli bemött respektfullt och ödmjukt. Hon vill känna medmänsklighet och värme i mötet med behandlaren. Hon behöver få hjälp med att berätta sin historia, då det finns mycket som är ”utsagt” och ”uttalat” och genom denna nya berättelse omformulera bilden av sig själv. Det som hon behöver mer hjälp med, som inte ligger i linje med den språkssystemiska skolan, är det riktade frågandet. Behandlaren behöver aktivt föra in ämnet våld och fråga kring det. Jag kommer att resonera vidare kring detta i min slutdiskussion.

---

<sup>26</sup>Ibid. , s.144

## METOD

Ansatsen i studien är fenomenologisk och hör hemma i den hermeneutiska vetenskapstraditionen.

I den hermeneutiska forskningstraditionen utgår forskaren från sin förförståelse som ligger till grund för undersökningen. En forskningsprocess som utgår från forskarens förförståelse som via dialog mellan människor påverkas och influeras till nya funderingar och frågor kallas den hermeneutiska spiralen.<sup>27</sup>

En annan viktigt utgångspunkt är att, genom att studera delarna av den information man har, försöker man förstå helheten, som i sin tur kan påverka förståelsen av delarna, ett växelspel som skapar djupare förståelse, den så kallade ”hermeneutiska cirkeln”.<sup>28</sup>

*”Fenomenologi är studiet av strukturen, och variationerna i strukturen, hos det medvetande, för vilket varje ting, händelse eller person framträder”<sup>29</sup>*

Fenomenologin strävar efter att både klargöra det som framträder och på vilket sätt det framträder. Den studerar individernas uppfattning om sin värld och försöker beskriva struktur och innehåll hos individernas medvetanden.<sup>30</sup>

Fenomenologin beskriver istället för att förklara. Den har ett upplevelsebaserat perspektiv, och har sin utgångspunkt i livsvärlden. Utgångspunkten i studien är alltså kvinnornas berättelser om sin livsvärld. Det handlar om kommunikation och bemötande. För att få en fördjupad förståelse har jag i min analys lagt på ett kommunikationsteoretiskt perspektiv.

Min studie innehåller en kvantitativ del som redovisar uppgifter om ålder, yrke, utbildningsbakgrund, formen av våld och hur länge hon varit utsatt, hur många gånger hon sökt sjukvården utan att få frågan om våld, om kvinnan har barn och i så fall hur många, samt barnens ålder. Detta ger en utgångspunkt och ram kring vilken grupp av kvinnor som ingår i studien.

För att beskriva kvinnornas upplevelser valde jag den kvalitativa forskningsintervjun som metod. Den syftar till att förstå intervjupersonens livsvärld utifrån att hon hade varit, eller var utsatt för våld. Intervjun innehöll frågor om hennes upplevelser kring hur hon blivit bemött i sjukvården, hur hon skulle önska att bli bemött, samt på vilket sätt hon vill bli tillfrågad om våld.

Jag utgick från en intervjuguide som utgjorde en stomme för samtalet. Att jag valde en kvalitativ metod baserade sig på tanken och erfarenheten att samtal om våld tenderar att bli känsloladdade och utlämnande. Den kvalitativa intervjun gav möjlighet att vara följsam och ta hänsyn den enskilda kvinnans tempo, känslighet, och grad av medvetenhet. Intervjun antog ofta formen av en dialog som ledde till nya insikter för kvinnan. De flesta av dem hade inte innan tänkt så specifikt på de olika frågeställningarna.

Jag har valt att utgå från ett kommunikationsteoretiskt perspektiv i min analys, eftersom denna studie handlar mycket om hur vi samtalar om våld och hur kvinnan i sin tur förmedlar budskapet om att hon är utsatt för våld. Jag kommer att ta upp några begrepp som jag tycker är relevanta i sammanhanget. Jag lägger till det ”samverkande språkssystemiska synsättet” som bas för förhållningssättet då denna handlar både om kommunikation och bemötande.

---

<sup>27</sup> Eriksson, L, Wiedersheim-Paul, F. (2001) *Att utreda, forska och rapportera*. Malmö: Liber AB

<sup>28</sup> Kvale, S. (1997) *Den kvalitativa forskningsintervjun*. Lund: Studentlitteratur

<sup>29</sup> Ibid., s. 54

<sup>30</sup> Ibid

## Urval

Kvinnorna jag intervjuat rekryterades via krismottagningen för kvinnor i två kommuner. Fem av kvinnorna har haft kontakt med en kvinnofridskurator i annan kommun, fyra på den krismottagning där jag arbetar. De fem kvinnor som kommer från annan kommun har haft en uppföljande kontakt med mig p g a att den terapeuten avslutade sin tjänst.

Mottagningen där jag arbetar ingår i familjerådgivningens verksamhet och innefattas av dess stränga sekretess. Kvinnorna kommer dit på eget initiativ eller på rekommendation av t ex sjukvården, socialtjänsten, familjerådgivningen eller kvinnojouren. Kvinnan har möjlighet att vara anonym, inga journaler förs och alla eventuella uppgifter och minnesanteckningar mals ner efter avslutad kontakt. Det är helt upp till kvinnan själv om hon vill ha en kontakt med krismottagningen. Alla kvinnorna i denna undersökning hade en pågående samtalskontakt med mig. Min upplevelse var att det var till fördel, då vi redan byggt upp ett förtroende och samtalat om svåra saker. Frågan om de på något sätt upplevde att de befann sig i en beroendeställning till mig och att det skulle hämma dem fanns i min tanke, men upplevelsen under intervjuerna var det motsatta. Det faktum att kvinnorna fortsatt sin kontakt med mig på mottagningen, talar också för att de inte hämmandes utan tvärtom gav nytt material till terapisaftalen.

Mina informanter utgjordes av 9 kvinnor. Jag tillfrågade 11 kvinnor. En sa nej med motiveringen att hon inte hade något att bidra med, då hon aldrig sökt sjukvården, den andra sa med tvekan ja, men avböjde senare. De som tackade ja och den kvinna som inte tyckte att hon hade något att bidra med, hade en pågående samtalskontakt med mig. Kvinnan som avböjde var tveksam till kontakt med krismottagningen. De som valde att medverka gjorde det utan tvekan och tyckte att det var en viktig fråga att belysa. De hade en önskan om att det skulle komma till nytta för andra kvinnor.

Jag gjorde inte något specifikt urval men uteslöt kvinnor som befann sig i akut kris.

Åldersspridningen blev 28-64 år. Kvinnorna hade varierande yrken och utbildningsbakgrund. Här nedan beskriver jag kvinnorna. Deras namn är fingerade och vissa uppgifter har ändrats för att kvinnan inte skall riskera att kännas igen.

### Kerstin

Kerstin är 64 år. Hon har varit gift med sin nuvarande man i 40 år. Hon har två vuxna barn i trettioårsåldern. Kerstin har gått i folkhögskola samt kortare kompletteringskurser. Hon har arbetat som kundordermottagare på ett större företag. Hon trivdes mycket bra med sitt arbete men fick sjukpension<sup>31</sup> för 10 år sedan p g a sviktande hälsa. Hennes man har utsatt henne för psykiskt våld i över 30 år. Han började misshandla henne fysiskt för 13 år sedan. Idag befinner hon sig i en situation som innehåller våld i form av fysiskt, psykiskt, materiellt, sexuellt samt latent. Hon har flera gånger blivit så allvarligt skadad att hon måst söka sjukhusvård. För några år sedan drabbades hon av cancer men tillfrisknade. Hennes hälsa sviktar idag och hon har problem med rygg, mage, har ofta huvudvärk och värk i kroppen. Är psykiskt skör och känner sig ofta rädd, nedstämd och trött.

### Janica

Janica är 64 år. Hon kom till Sverige i slutet av -80-talet, från ett europeiskt land. Hon har ett vuxet barn i trettioårsåldern. Janica har högskoleutbildning i ekonomi i sitt hemland. Har drivit ett eget

---

<sup>31</sup> Idag finns inte begreppet sjukpension. Försäkringskassan har ändrat begreppet och kallar det idag för sjukersättning. Jag har valt att använda begreppet sjukpension i de fall kvinnan, fick sin ersättning under den tid benämningen fanns kvar.

företag i Sverige. Hon har sjukpension sedan 10 år tillbaka. Janica var gift i sitt hemland och utsattes av denna man för psykiskt misshandel. Efter några år i Sverige gifte hon om sig och har levt de senast 12 åren med sin nuvarande svenske man. Paret är gifta och umgås men bor inte längre tillsammans. Denne man har utsatt Janica för psykiskt våld under hela deras relation. Han är fysiskt hotfull men har aldrig slagit. Hon upplever också, pga mannens oberäkneliga humör, ett ständigt pågående latent våld. Hennes hälsa idag präglas av värtillstånd, trötthet samt periodvis nedstämdhet, oro och ångest.

#### Trine

Trine är 39 år. Hon är andra generationsinvandrare från Norden. Trine har ett hemmavarande barn som är 8 år. Hon har gymnasieutbildning och arbetar idag med leveranser. Trine var tillsammans med sin man i 10 år. Är nu skild och bor tillsammans med sitt barn som har en regelbunden kontakt med sin pappa. Trine har varit utsatt för fysiskt, psykiskt, materiellt, ekonomiskt, sexuellt samt latent våld. Det fysiska våldet har utövats vid något tillfälle, hon har däremot under hela tiden varit utsatt för grov psykisk misshandel. Våldet har pågått under de sista åtta åren av deras relation. Trine har haft problem med sin hälsa i form av värk i nacke och axlar samt depressioner oro och ångest. Har en stor oro för sitt barn som också mår psykiskt dåligt. Upplever sig själv idag som psykiskt skör.

#### Carolina

Carolina är 28 år. Hon har inga barn. Hon har gymnasieutbildning samt en påbyggnadsutbildning i en estetisk genre. Är idag arbetslös och sjukskriven. Carolina var tillsammans med sin pojkvän i åtta månader, paret bodde inte tillsammans. Hon har sedan tre månader brutit relationen till pojkvännen som inte ville acceptera detta och fortsatte att ta kontakt med Carolina flera månader efter separationen. Han har utsatt henne för fysiskt, psykiskt, materiellt, ekonomiskt, sexuellt och latent våld. Carolina har blivit fysiskt skadad men inte sökt sjukvården för sina skador. Hon har idag problem med sin psykiska hälsa, lider av ångest och oro och är deprimerad och nedstämd.

#### Mona

Mona är 58 år. Hon har två vuxna barn i tjugooårsåldern. Hon har en högskoleutbildning och arbetar med utbildning. Mona var gift med barnens pappa under tio år innan hon skilde sig. Han utsatte henne för fysiskt, psykiskt, materiellt, ekonomiskt och latent våld under hela deras relation. Han fortsatte att trakassera henne efter skilsmässan och Mona känner att det skulle kunna hända även idag. Hon har under åren haft problem med allergier, magkatarr, ryggbesvär samt ångest. Hon har fortfarande sviter av våldet i form av psykiskt dåligt mående. Hon drabbas av perioder då hon upplever nedstämdhet och trötthet har fortfarande problem med sin rygg.

#### Britta

Britta är 59 år. Hon har två vuxna barn i trettioårsåldern. Hon har gymnasieutbildning och arbetar inom affärsverksamhet. Britta var gift med sin man i 40 år och skilde sig från honom för två år sedan. Mannen utsatte henne för fysiskt, psykiskt, materiellt, ekonomiskt, sexuellt och latent våld, under de sista trettio åren av deras relation. Britta har fått fysiska skador och haft problem med värk, problem med ryggen, nervsmärta, underlivsbesvär samt psykiska problem i form av oro och ångest.

## Frida

Frida är 40 år. Hon har tre barn 18, 12 och 9 år varav de två yngsta är hemmavarande. Hon är skild från barnens pappa sedan några år. Frida har en högskoleutbildning och har arbetat i mediebranschen fram till fem år sedan, då hon fick tidsbestämd sjukersättning. När hon var 18 år hade hon en relation där hon utsattes för fysiskt, psykiskt, materiellt, ekonomiskt, sexuellt och latent våld. Hon bröt upp från den relationen efter ett halvår. I relationen till barnens pappa förekom inget våld. De senaste två åren har hon levt i en relation där mannen under nästan hela tiden utsatt henne för fysiskt, psykiskt, materiellt, ekonomiskt och latent våld. Frida har nyligen flyttat ifrån mannen. Hon har i den senaste relationen vid ett tillfälle utsatts för fysiskt misshandel och sökt sjukhusvård. Hon har haft mycket problem med sin hälsa i form av reumatisk värk samt problem med mage och tarm.

## Birgitta

Birgitta är 49 år. Hon har ett hemmavarande barn som är 11 år. Birgitta har grundskoleutbildning och har arbetat i tillverkningsindustrin samt inom serviceyrken. Hon hade en relation till sitt barns pappa under sju år. Han började misshandla henne i samband med graviditeten. Hon skilde sig från honom för fem år sedan. Han utsatte henne för fysiskt, psykiskt, materiellt, ekonomiskt och latent våld. Han utsätter henne fortfarande för psykiska trakasserier. Birgitta har haft problem med sin hälsa i form av en cancersjukdom, värk i nacke och axlar samt problem med magen.

## Malin

Malin är 35 år. Hon har tre barn 15, 10 och 8 år. Hon var gift med barnens pappa i 17 år och har nyligen skilt sig. På grund av att Malin inte hittat en tillräckligt stor bostad bor barnen hos sin pappa. De träffar Malin varannan helg. Mannen har utsatt henne för psykiskt, materiellt, ekonomiskt och latent våld under hela deras relation. Malin hade efter en kroppsskada orsakat efter ett fall, problem med sin hälsa under en längre period. Hon drabbades också av ett livshotande tillstånd efter en felbehandling på sjukhus. Har fortfarande sviter av det.

## Tillvägagångssätt

När jag skulle rekrytera mina informanter presenterade jag tanken med min studie. Jag informerade om hur jag skulle gå tillväga med intervju, bandinspelning, utskrift samt hur jag skulle bearbeta materialet. De fick veta att de skulle vara helt anonyma och att jag i min redovisning och presentation av informanterna skulle ändra en del personuppgifter för att minska risken för att det skulle bli igenkända. Jag frågade om jag fick använda citat vid redovisningen, och fick tillåtelse till det. Jag tyckte det var viktigt att använda citat då de direkt belyser kvinnans tankar och känslor angående de olika frågeställningarna.

Intervjuerna genomfördes på krismottagningen. Kvinnan fick själv välja tidpunkt för intervjun. Jag valde att *inte* sitta i mitt samtalsrum med syfte att markera att intervjun var en självständig del och inte del av terapisalet. Samtalen spelades in på band och skrevs sedan ut ordagrant. Varje intervju tog ca en timma.

Till min hjälp hade jag en intervjuguide som utgjorde stommen för intervjun. En del av den bestod av frågor om ålder, yrke, utbildning, antal barn samt vilken sorts våld och under hur lång tid kvinnan hade varit utsatt, samt hur många gånger hon sökt sjukvården utan att få frågan om våld. Den andra delen bestod av semistrukturerade frågor kring hennes upplevelser och erfarenheter kring mötet med sjukvården. Förutom de specifika frågor som redogjordes för i syftet frågade jag om kvinnan fått frågan om hon har barn. Jag frågade också vilka besvär hon sökt sjukvård för och vilka

önsknings kvinnorna hade vad det gällde behandling och hjälpinsatser. Under intervjuerna väcktes nya frågor och intervjuguiden utvecklades under resans gång.

De flesta informanterna berördes djupt av intervjun då den rörde upp svåra känslor som skuld, skam, ilska och sorg. För flera blev vidden av sin utsatthet mer tydlig. Det gäller både i relation till den man som misshandlat dem och mötet med sjukvården.

## Validitet och reliabilitet

Validitet och reliabilitet samt replikerbarhet har sitt ursprung i den kvantitativa metodteorin, men har anpassats för den kvalitativa metodteorin för att säkerställa undersökningskvaliteten i kvalitativa metoder. Inom den kvalitativa forskningen kan man istället använda begrepp som *trovärdighet* och *äkthet*. Man talar också om *triangulering* som ytterligare en försäkring om ett trovärdigt forskningsresultat<sup>32</sup>.

*Trovärdighet* bygger på tanken att forskaren under sin tolkningsprocess kan hitta flera ”sanningar” i sitt material och att hon då måste bedöma vilken av dem är den mest trovärdiga. Det finns fyra delkriterier som man kan utgå ifrån:

*Tillförlitlighet*: för att öka tillförlitligheten kan man använda respondentvalidering, alltså att de som studerats får ta del av forskarens tolkningar och bekräfta att dessa stämmer. Jag har försökt att uppfylla detta genom att ofta fråga om jag uppfattat svaret jag fått av informanten på rätt sätt. Jag har försökt att klarifiera och sammanfatta under intervjuerna.

*Triangulering* innebär tolkning med flera olika metoder och är ytterligare ett sätt att höja en undersöknings kvalitet. Det bygger på tanken att alla metoder är ofullständiga och har sina egna brister, men genom att man använder flera av dessa ofullständiga metoder minskar riskerna för feltolkning. Jag har inte inom ramen för denna undersökning använt mig av flera metoder.

*Överförbarhet*: ökas i den kvalitativa forskningen av utförliga beskrivningar av detaljer i den unika kontext eller situation man försöker beskriva. Det handlar alltså om att ge djup istället för bredd så att utomstående personer kan bedöma om resultaten är överförbara till en annan situation. Jag har beskrivit de praktiska omständigheterna kring intervjusituationen. Jag har också beskrivit att intervjuerna antog formen av en dialog. Det unika mötet med kvinnan har präglats av att jag försökt att möta henne i det svåra, att visa respekt och vara lyhörd. Jag har haft mycket nytta av min erfarenhet av att samtala om svåra saker. Mina informanter har, trots det svåra ämnet, beskrivit sin situation och sin utsatthet utförligt och därmed givit mig mycket kunskap i ämnet.

*Pålitlighet*: ökas av att man redogör noga för forskningsprocessens alla faser och att det finns möjlighet att granska forskningsmaterialet. Jag har beskrivit forskningsprocessen tidigare i detta avsnitt. All basmaterial i form av bandinspelningar samt utskrifter är sparade.

*Möjlighet att styrka och bekräfta*: motsvarar objektivitet och handlar om att forskaren försöker undvika att låta sina personliga värderingar eller sin teoretiska inriktning påverka undersökningens utförande och dess slutsatser. Fullständig objektivitet är inte möjlig då man alltid har någon slags förförståelse om det man forskar. Då jag arbetat med våld i nära relationer under en längre tid och också har en erfarenhet av sjukvården har jag varit medveten om att detta kan påverka processen och slutsatserna. Jag har valt att redovisa många citat vilket tar fram kvinnornas egna utsagor så att det finns möjlighet att granska vad jag baserat mina slutsatser på.

---

<sup>32</sup> Hallgren Graneheim, U, Lundman, B. (2004) Qualitative content analysis in nursing research: concepts, procedures and measures to achieve trustworthiness. *Nurse education today*, 24, 105-112.



*Äkthet* handlar om att forskaren försöker att inte inverka på undersökningspersoner eller situationer. Det är dock mycket svårt att uppnå detta i kvalitativ forskning då man själv deltar så aktivt i intervju situationen. Man skapar berättelser tillsammans.

Denna undersökning handlar om kvinnors personliga upplevelser och tankar. Då ämnet berört dem på djupet och skapat olika känslor har det varit en process som uppstått i dialog mellan informant och intervjuare. Flera gånger har kvinnor under intervjun kommit på tankar de inte tidigare tänkt. Det har inte alltid funnits "färdiga" svar utan kunskap och vetskap har skapats i stunden. Mötet i sig är unikt då det inte går att upprepa till fullo. Vad äktheten i denna undersökning skulle bestå i var kvinnornas ärliga berättelser utifrån sina erfarenheter och sina livsrum. Något man inte kan ifrågasätta. Den vanda som det inneburit att berätta om svåra saker stärker också upplevelsen av äkthet. Genom att använda citat från det ordagrant utskrivna materialet kan man direkt belysa vad informanten tyckt eller tänkt kring olika frågeställningar.

### **Etiska aspekter**

Jag funderade över etiken i att under pågående samtalsbehandling fråga en kvinna om hon var villig att ställa upp i en undersökning som berör känsliga saker. Skulle de på något sätt känna sig tvungna att ställa upp och hur skulle det påverka vår fortsatta kontakt?

Jag var därför mycket noga med att påpeka att detta var helt frivilligt och att kvinnan skulle känna sig fri att säga nej om hon var tveksam.

Jag hade en hel del funderingar kring hur det skulle påverka kvinnorna att i en intervju situation berätta om så svåra saker som att ha varit våldsutsatt. De flesta av intervjuerna blev mycket känsloladdade. Samtalet väckte till liv sorg, ilska, besvikelse och frustration. Det var viktigt att intervjuerna var följsamma, så att kvinnan fick utrymme för de känslor som väcktes till liv.

Eftersom jag hade en pågående samtalskontakt med kvinnorna hade jag möjlighet att följa upp hur de upplevt intervjun. Alla tyckte att det hade varit viktigt att berätta om sina upplevelser. Flera av dem berättade att det varit jobbigt, men också att det kändes som en lättnad. Jag har inte upplevt att det påverkat den fortsatta kontakten negativt snarare tvärtom.

Det var viktigt för kvinnorna att deras anonymitet skyddades. De fick information om att jag ändrade eller tog bort uppgifter som kunde röja deras identitet.

### **Studiens begränsningar**

Denna studie beskriver nio kvinnors upplevelser av mötet med sjukvården. De har också berättat om hur de önskade att bli bemötta och bidragit med förslag om hur man kan fråga om våld. Det går inte att dra några generella slutsatser av en så liten studiepopulation, men en del av resultaten överensstämmer med tidigare forskning. Kvinnornas samstämmighet i sina svar om upplevelser och i fråga om önskvärt bemötande torde ändå visa en stark tendens. Det stämmer också väl överens med mina erfarenheter från mitt kliniska arbete med andra kvinnor. Alla kvinnorna i studien har sökt krismottagning vilket ökat deras medvetenhet om sin situation och kanske också påverkat hur de ser på bemötandet de fått. Det är svårt att veta vilken betydelse detta har och om svaren varit annorlunda om de ställts till kvinnor som inte fått samtalsbehandling. Detta skulle kunna vara nästa steg i att söka mer och fördjupad kunskap.

### **Analysmetod**

Jag har analyserat mitt material enligt följande. Först läste jag igenom alla intervjuer. Sedan tittade jag på vad var och en hade svarat på de specifika frågorna och sammanställde dem. Jag letade efter teman, kategorier och vad som utgjorde innehållet och nyckelaspekter i kategorierna. Jag tittade på

det manifesta innehållet, men gjorde en avvikelse från det när det gäller frågan om hur kvinnans självbild påverkas av att inte få frågan om våld. Där gjorde jag en tolkning d v s analyserade det latent innehåll.<sup>33</sup>

Jag gjorde en inledande sammanfattning för varje tema och använde citat för att belysa informanternas erfarenheter och tankar. Vidare gjorde jag en överblick över mönster likheter och olikheter. I slutet av resultatredovisningen finns en sammanställning över andra intressanta fynd som jag tyckte var viktigt att redovisa.

Som nämnts i metodavsnittet belyser jag mitt material utifrån kommunikationsteori.

---

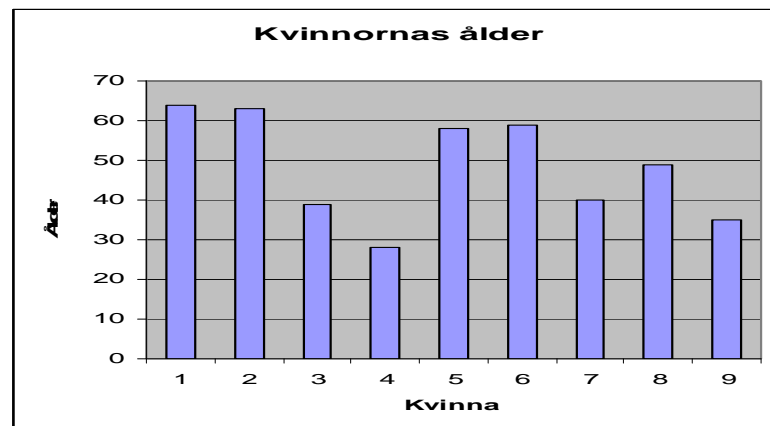
<sup>33</sup> Ibid.

## RESULTAT

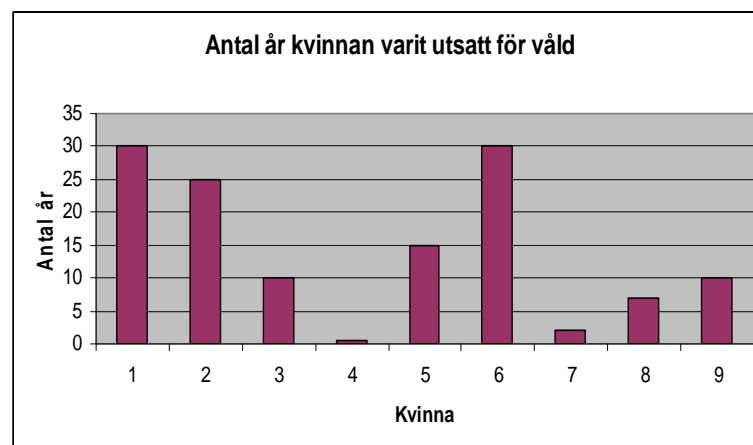
Nedan redovisas de fynd jag gjorde i min undersökning. Först en del data gällande den kvantitativa delen, mest i tabellform för att göra det mer överskådligt, därefter en redovisning av svaren av de öppna frågorna, med belysande citat. Jag redovisar också en del sidofynd som kom fram. Jag kommer därefter att redovisa vilka mönster och likheter som kan utläsas och vilka olikheter som hittats.

### Ålder, antal år kvinnan varit utsatt, utbildning, yrke, antal barn, antal läkarbesök

Kvinnornas ålder låg i spannet mellan 28-64 år. De har varit utsatta för våld från sex månader till trettio år. Alla kvinnor utom en har barn. Allt som allt berörs femton barn av det våld som kvinnorna varit utsatta för.



Tabell 1. Kvinnorna var i åldrarna 28-64 år



Tabell 2. Antal år kvinnan varit utsatt för våld.

Kommentar: Den minsta stapeln betyder utsatt för våld i sex månader.

Tabell 3 nedan visar kvinnornas utbildningsnivå där en har grundskoleutbildning, fyra har gymnasieutbildning och fyra eftergymnasialutbildning. Vad det gäller sysselsättning är endast tre i arbete. Fyra är sjukpensionärer, en är sjukskriven och arbetslös och en är arbetssökande. Ingen av kvinnorna har nått egentlig pensionsålder.

**Tabell 3. Utbildningsnivå**

Utbildningsnivå	Antal
Förgymnasialutbildning	1
Gymnasialutbildning	4
Eftergymnasialutbildning	4

**Tabell 4. Yrke/sysselsättning**

Yrke	Nuvarande sysselsättning
Kontorsanställd	Sjukpensionär
Ekonom/egen företagare	Sjukpensionär
Affärsanställd	I arbete
Utbildare	I arbete
Industriarbetare	Sjukpensionär
Kontorsanställd	Sjukpensionär
Lagerarbetare	I arbete
Kontorsanställd	Arbetssökande
Underhållare	Arbetssökande /sjukskriven

### Antal barn

Fyra av kvinnorna har vuxna barn. Två kvinnor har tre barn var i åldrarna 8-18. Två av kvinnorna har ett barn var i åldrarna 8 och 11. En kvinna har inga barn.

### Antal läkarbesök

Hur ofta söker kvinnan sjukvård utan att få frågan om hon är utsatt för våld?

Den här frågan visade sig svår att besvara på rak arm. Informanterna fick fundera och uppskatta. När intervjuerna framskred uppdagades det fler och fler läkarbesök än de först drog sig till minnes. Kvinnorna har haft många kontakter med sjukvården. Endast en kvinna söker primärvård p g a dåligt psykiskt mående och talar om att hon är våldutsatt. De andra söker sjukvården mellan 5-20 gånger utan att få frågan om våld. Besöken gäller icke akut vård på vårdcentral eller sjukhus.

**Tabell 5. Antal läkarbesök**

Antal kvinnor	Antal läkarbesök
2	15-20
2	10-15
2	7-8
2	5-8

Kommentar: Två av kvinnorna har sökt sjukhusvård i samband med misshandel och då berättat om att de utsatts för våld. Övan avser besök på vårdcentral eller sjukhus vid icke akuta tillstånd. En kvinna sökte vårdcentralen och berättade vid sitt första besök att hon var utsatt för våld.

## Att söka vård

Om hon blir tillfrågad, eller om hon berättat själv, på vilket sätt har hon blivit bemött ?

Den här studien visar att kvinnorna söker sjukvård ofta och att de inte får frågor om våld, trots upprepade läkarbesök. De har sökt sjukvård utifrån psykiska besvär i form av stress, oro, ångest, depression och självmordstankar, samt fysiska åkommor som hjärtproblem, värtillstånd av olika slag, magsår, magkatarr, allergier, underlivsbesvär och cancer.

När det till slut uppdagats att kvinnan är utsatt har bemötandet varierat från ett bra bemötande till rena kränkningar. Tyvärr ligger tonvikten på det negativa bemötandet för kvinnor i den här studien. Ur intervjumaterialet har tre teman utkristalliserats sig, gott bemötande, negativt bemötande och empati.

**Tabell 6. Bemötande**

Huvudtema	Kategori	Innehåll
Gott bemötande	Kunskap/erfarenhet	Kännedom om våldets omfattning Om hur man bemöter/behandlar Vilket stöd finns i samhället Kunskap om att det är svårt för kvinnan att lämna mannen
	Intresse/förståelse	Vill lyssna Sätta sig in i kvinnans situation Fråga ingående Förstå kvinnas känslor och behov
	Bli tagen på allvar	Bekräftar att kvinnan har ett allvarligt problem Förstår att hon t o m kan befinna sig i livsfara Ta sig tid
Negativt bemötande	Brist på kunskap	Förstår inte problemets omfattning Vet inte hur man bemöter kvinnan Vet inte vad man skall göra när våldet uppdagas Förstår inte svårigheten för kvinnan att lämna mannen
	Nonchalans	Ej lyssna fast kvinnans berättar Frågar inte vidare Tar inte henne på allvar Visar med tonfall och kroppsspråk att man är ointresserad
Empati	Omhändertagande	Visa med både kroppsspråk och ord och tonfall att man bryr sig
	Varm/mjuk	Skapa trygghet i rummet Fråga mjukt empatiskt Visa medmänsklighet Personkemi

## Gott bemötande

### *Kunskap/erfarenhet*

Alla kvinnorna anger kunskap och erfarenhet som en av de viktigaste faktorerna. Kunskapen ligger som en bädd för förståelse och förmåga att bemöta. De upplever att det råder en mycket stor brist på kunskap inom sjukvården och det i sin tur innebär att läkaren inte identifierar våldet i tillräcklig omfattning. Det medför att kvinnorna inte får adekvat hjälp. Först citat kring tankar om hur de önskar att det ska vara, sedan deras erfarenheter.

*"Jag kan inte anklaga dem att de har mindre kunskap än jag, det kan jag inte, för de lever här i landet och båda var äldre alltså inte unga läkare"*

*"lyssna och vägleda och komma med bra tips"*

*"gå lite djupare med det, rekommendera mig vidare"*

*"läkarutbildningen/.../ att man ser bredden, helheten på människan det är faktiskt både psyke och kropp och att man kan hitta olika förklaringsmodeller"*

*"Att få hjälp snabbt, att hon kan känna sig trygg, får råd om vart hon kan vända sig"*

*"ingen ide att säga något till henne hon har väl inte den erfarenheten"*

*"jag tror att dem får väldigt dålig utbildning på den fronten jag tror att det är så"*

### *Intresse/förståelse*

Att visa intresse innebär att våga fråga om våld, att lyssna intresserat och visa det genom att ställa fler frågor för att förstå kvinnans situation. Att visa förståelse innebär att inte värdera henne eller mannen, ha tålmod, att inte agera i det praktiska för snabbt, om det ej gäller livet, utan försöka förstå vilka behov hon har just nu. En del av de erfarenheter som kvinnorna beskrev var:

*"Det är väl det att man vågar rakt ut fråga/... /det är bättre att sjukvården frågar för mycket än för lite, för det är ju så att man nästan skäms för att tala om det"*

*"tålmod, respekt, förståelse"*

*"att lyssna och vägleda och komma med bra tips, att jag orkade ta mig igenom den tiden"*

*"Så det har både med kunskap och personlighet att göra och att det är jätteviktigt att man är förstående"*

*"försöka att vara förstående det är svårt att säga men vissa har det i sig och vissa har det inte, beror på hur mycket man gått igenom själv, vad man läst och hur man är som person"*

*"Jag vet inte hur deras utbildning ser ut i den frågan men jag tror att om man skall bli bekväm med den frågan måste man lära sig den från början"*

*"fick ta mig tid och han lyssnade och han ställde små frågor han var verkligen så jätteförstående"*

*"Jag berättade lite grann och då hjälpte hon mig på något sätt, att det inte var okej"*

*"man kommer inte ur det, för man har så mycket delade.. för man tycker ju om den som är dum också och är kanske beroende av honom också"*

## Bli tagen på allvar

*”Ja han säger att det är oerhört viktigt att du berättar detta för mig och att det är ett stort steg att du gör det. Han bryr sig så till vida att han eller hon säger att så här kan du inte ha det, jag måste hitta någon som du kan prata med”*

Att bli tagen på allvar är mycket viktigt eftersom kvinnan behöver bekräftelse på att hon befinner sig i en svår situation. Hon har tankar om att hon inbillar sig eller att det är ”så här det ska vara”. När läkaren poängterar allvaret hjälper det henne att börja fundera över sin situation. I mycket destruktiva relationer, vare sig det är fysiskt eller psykiskt våld, kan det vara livsavgörande. En viktig del i detta är att man tar sig tid så att kvinnan får utrymme att berätta.

*”Hon var bra för att hon var rakt på sak och förklarade att, t han kommer aldrig att ändra sig, utan att det är jag som får ta steget.”*

*”jag tänkte inte på det så, det var då jag försökte hålla med näbbar och klor i familjen. Man ska sköta det själv, jag har så gärna velat ha en familj som funkar och jag har inte velat inse felen./.../ Det kan nog va det, kan rädda livet på vissa”*

*”det är viktigt också att man ställer den frågan(om man upplever att ens liv är i fara) för det kan ju faktiskt vara så att man är det fast man själv inte är medveten om det./.../ Hon borde inte ha påmint mig om att det var 20 min för det fick mig att känna mig tillbakadragen”*

*”det här ska du ta på allvar, det här är inte acceptabelt, du skall inte acceptera det. Du kan vända dig till kvinnojouren. Det så skönt det var en sån avlastning att en vuxen människa med yrkesutbildning kunde säga att det var ett skäl till att jag mådde dåligt och då hade jag ett inferno det var jättejobbigt då och att hon kunde bekräfta att det var okej att kroppen kunde reagera”*

## Negativt bemötande

### Brist på kunskap

Brist på kunskap hos läkaren benämns av alla kvinnor som orsak till varför man inte frågar och inte vet hur man skall bemöta. I det innefattas att, inte förstå problemets omfattning, att inte veta hur man bemöter kvinnan, att inte veta vad man skall göra när våldet uppdragas samt att inte förstå svårigheten för kvinnan att lämna mannen.

*”De vågar inte bemöta det”*

*”Det gjorde hon inte och jag tror att de får väldigt dålig utbildning på den fronten jag tror att det är så”*

*”Nä att de inte kan och inte har den erfarenheten och inte har mött såna saker förut. Som jag förstått långt om länge att kroppen och själen hör ihop att man kan bli kroppsligt dålig av”*

*”Man kan ju i alla fall hoppas på att de har utbildning så att de förstår det och de förstår att man kan må dåligt”*

*”hon sa att då skall jag inte vara med honom om jag inte mår bra av det och det viktigaste var att jag mådde bra och vår son och det var mest det här att jag skulle lära mig att andas i fyrkant, andas i fyrkant det här mot ångesten. Men det hjälpte ju ingenting för det var ju den ständiga oron för det”*

*” sen sa hon att det är inte rätt att behandla någon så och att han är inte frisk den killen och har du tänkt på att anmäla honom till polisen och då sa jag att jag kan inte anmäla min pojkvän eller det vågar jag inte, för om jag skulle göra det skulle han döda mig, för det har han sagt och dem orden tror jag på så jag vågade inte.”*

*” ja att jag skulle skilja mig ingenting annat, ingen utväg”*

## Nonchalans

Flera kvinnor berättar att de upplevt ett nonchalant bemötande som fått dem att känna sig kränkta. Ett par av kvinnorna har blandade erfarenheter av att både bli bra och dåligt bemötta. Nonchalansen upplevs både i det som sägs och hur det sägs. Kvinnan är mycket känslig för kroppsspråk, miner och tonfall.

*”Men hon gjorde det med en ton och ett utseende som var riktigt pikigt. Jag fick den känslan att hon tyckte att jag var där i onödan”*

*”tyvärr jag har bara 20 min per patient och jag har en patient som väntar och hon sa lycka till och sen gick jag bara därifrån och då mådde jag ännu sämre och jag kände mig dum och jag kände mig sjåpig och sen så vågade jag inte....Och det känns jättehemskt för det kändes som hon kastade bort allt jag sa som typ, äh det är förälskelse och det är så i livet det går över och jag tyckte att jag verkligen fick fram också varför jag mådde dåligt, jag trodde verkligen att hon skulle förstå mig”*

*”en väldigt konstig situation, hon frågade inte mycket hon verkade ganska oförstående nu kommer jag inte ihåg allt som sades men jag berättade för henne lite om min man, om hans sexualitet, men hon tyckte att det där är väl ingenting att bry sig om. Hon var ganska nonchalant den människan hon betedde sig inte bra”*

*”sa att det var väl inget att hänga upp sig på, så åk du hem nu och fortsätt som vanligt. Nu är detta för många år sen de sa det till mig, men det var hemskt”*

*”jag sökte kontakt med hans läkare han lyssnade mycket noga på mina berättelser/.../ Och jag gick utan någonting igen”*

*”berättade att jag orkar inte göra någonting, jag klarar inte av att gå upp ur sängen. När jag vaknar det känns om mitt liv är slut jag orkar ingenting. Hon sa att, jag anser inte att det här är någonting att sjukskriva sig för, jag tycker att du skall gå till” ...” och gå sök jobb”*

## Empati

### Omhändertagande

Eftersom en våldsutsatt kvinna lever i en livssituation som är otrygg, behöver hon mycket trygghet i mötet med sjukvården. Förutom det som innefattar det goda bemötandet, som också bidrar till trygghetskänsla, är det rent fysiska omhändertagandet också mycket viktigt. Att mötas av värme och omtanke är särskilt betydelsefullt när man söker för en våldshändelse, men även i samband med vanligt läkarbesök.

*” kom med filtar och väldigt omtänksamma/.../ jag har nog aldrig blivit så väl omhändertagen. Jag fick ett rum fullt med folk och det kom massor med folk som frågade om jag ville sekretesskydda journalen, kände mig aldrig i fråga satt/.../ Och då fick jag en brits på en gång och sen fick jag ligga i ett rum hela tiden, det fick inte alla andra utan dem åkte ut i korridoren,/.../ sköterskor som kom och frågade hur det var och de stannade kvar på röntgen avd bara för att jag skulle röntgas jag blev väldigt prioriterad”*

*”Om jag säger spontant så hade jag önskat att nån krama om mig”*

### Varm/mjuk

Att visa värme och att vara mjuk bidrar också till att kvinnan känner sig trygg och sedd. Hon bär på mycket skuld och skam och har tankar om att det är hennes fel att hon befinner sig i den svår situation. Värme och medmänsklighet bidrar till att hon känner sig bekräftad och inte så ”konstig”.



Personkemi är något som flera av kvinnorna nämner de har svårt att sätta ord på vad det är, men beskriver det mer som en känsla av förtroende som gör det möjligt att öppna sig.

*”Hon var mycket vänskaplig och hon var mycket öppen och hjärtlig så där hjärtlig som hon kunde känna mig 100 år. När jag träffar en sådan människa blir det att vi förstår varandra/.../om människan känner sig bra och avslappnad kroppsligt och psykiskt, att man öppnar sig på olika sätt”*

*”Att personalen skall vara lugn och förstående”*

*”Hon var trevlig när hon sa det, mer som kompis till kompis, mjukt sympatiskt/.../att man vågar tänka att vi är alla människor här”*

*”Det är nåt med personkemin att man känner på sig att här funkar det och här funkar det inte”*

*”man vill ha en människa som kan förstå”*

## Behandlingsinsatser sjukvården erbjuder

Vilken hjälp har hon erbjudits ?

Som jag tidigare nämnt har kvinnorna sökt sjukvården både på fysiska och psykiska besvär. De har haft många kontakter med olika delar av sjukvården och fått behandling av skilda slag. Man har mest fokuserat och behandlat det fysiska och medicinska eftersom våldet inte identifierats i de flesta fall. Flera av kvinnorna kopplar själva sina fysiska symtom med den livssituation de levde i och upplevde att deras hälsa påverkades negativt. De symtom som de kopplade ihop med våldet var bl a besvär med magen, allergier och hjärtbesvär.

Den samtalsbehandling de fått inom sjukvården eller psykiatrin, har i de flesta fall inte speciellt behandlat våldsutsattheten och har därför upplevts endast som delvis till hjälp. De flesta har fått psykofarmaka av olika slag. I tabell 7 finns en sammanställning över de behandlings- och vårdinsatser kvinnorna erbjudits.

**Tabell 7. Vilka behandlingsalternativ hon erbjudits**

Kvinna	Läkarvård	Medicin	Psyko farmaka	Samtal	Sjuk gymnastik	Sjukhusvård	Sjukhusvård pga våld	Sluten psyk	Öppen psyk
1	x	x	x	x	x	x	x	x	x
2	x	x	x		x				
3	x	x	x	x	x			x	x
4	x		x			x			
5	x	x	x	x		x			
6	x	x	x			x		x	x
7	x	x		x	x	x			
8	x	x			x	x	x		x
9	x	x							

Kommentar: Med psykosfarmaka avses antidepressiv-, lugnande- och sömnmedicin. Med sluten psykiatri avses vård på en öppen psykiatrisk avdelning på sjukhus. Öppen psykiatri är mottagning utanför sjukhuset.

De olika kvinnornas erfarenheter beskrivs nedan.

*Frida* sökte sjukhusvård efter en våldshändelse. Hon blev erbjuden hjälp i form av information om vart hon kunde vända sig för skyddat boende, hjälp med undersökning och dokumentation av skadorna och ett krissamtal med kurator. Hon hade innan dess haft många kontakter med

sjukvården under åren men aldrig fått frågan om våld. Hade redan innan sjukhusbesöket kontakt med kvinnofridkurator som hon blev förmedlad till genom socialtjänsten.

*Kerstin* sökte vid upprepade tillfällen sjukhusvård för fysiska skador av misshandel samt andra medicinska problem som var kopplade till hennes situation. Hon blev de flesta gångerna bra bemött. Kände sig vid ett par tillfällen ifrågasatt och kränkt. Har också sökt vårdcentral och där berättat om sin utsatthet. Har vid upprepade tillfällen tagit tillflykt till kvinnojouren. Blev efter en allvarlig våldshändelse förmedlad kontakt med krismottagning för kvinnor av sjukhusets akutteam.

*Birgitta* berättade för sin läkare på vårdcentralen om att hon var utsatt och blev bra bemött. Hon fick hjälp med samtalskontakt på vårdcentralen. När denna inte fungerade blev hon remitterad till öppenpsykiatri för samtal. Hon upplevde dessa samtal som delvis hjälpsamma. Hon kände ett förtroende för sin läkare, som hon gått till under många år, men dröjde ändå flera år med att berätta om sin utsatthet. Den hjälp hon upplevde som mest givande var kontakt med kriscentrum för kvinnor<sup>34</sup> där hon fick både förståelse, råd och stöd.

*Trine* berättade om våldet efter att hon haft kontakt med sin läkare i ett halvår. Hon upplevde att hon fick bekräftelse och ökade sin medvetenhet om att det inte är acceptabelt att vara utsatt. Hon blev sedan erbjuden hjälp med kognitiv terapi, mediciner och sjukgymnastik. Hon upplevde terapin hjälpsam till viss del, men tyckte att den fokuserade mer på henne som person än den våldssituation hon befann sig i. Avslutade denna kontakt p g a att hon inte upplevde att hon blev förstådd och hjälpt i tillräcklig grad.

*Carolina* började må psykiskt dåligt p g a att hon var utsatt för våld. Hon berättade vid första läkarbesöket om sin situation. Hon upplevde läkarens bemötande som kränkande och okänsligt och fick ingen hjälp. På grund av att hon inte kände sig förstådd dröjde det ett par månader innan hon tog mod till sig och kontaktade en annan vårdcentral. Hon mådde då ännu sämre, var deprimerad och hade självmordstankar. Detta besök blev annorlunda. Hon kände sig lyssnad till och tagen på allvar. Fick medicinsk hjälp, blev sjukskriven och förmedlades kontakt med terapeut på krismottagning för kvinnor för samtalsbehandling.

*Mona* blev tillfrågad om sin situation av en sjuksköterska under ett besök på akuten, då hon sökte för akut allergireaktion. Hon berättade lite om sin situation och upplevde att hon fick förståelse. Besöket slutade med att allergin behandlades, men hon fick inte ytterligare hjälp. Hon fick nyligen via socialtjänsten kontakt med krismottagning för kvinnor.

*Janica* tog kontakt med sin mans läkare och berättade att han var psykiskt våldsam. Hon fick rådet att skilja sig, men ingen ytterligare hjälp. Hon tog ett par år senare kontakt med en privat psykiater för att åter höra vad mannens beteende berodde på. Psykiatern bedömde att hennes man hade allvarliga psykiska problem. Hon blev erbjuden att gå i privat terapi hos psykiatern men hade inte ekonomisk möjlighet till det. Fick ingen mer hjälp. Hon blev till slut uppfångad av en kurator på sjukhuset när hon var där p g a mannens sjukdom. Kuratorn hjälpte henne att sätta ord på situationen och förmedlade kontakt med krismottagning för kvinnor.

*Malin* hade kontakt med sjukvården flera gånger under åren men blev aldrig tillfrågad om våld. Hon levde isolerat ute på landet med mycket lite kontakt med yttvärlden. Fick till slut kontakt med andra via Internet och besökte olika forum och byggde upp ett kontaktnät. Hon fick genom dessa kontakter hjälp att sätta ord på sin situation. Hon tog kontakt med familjerådgivningen i samband med att hon ville skiljas och blev förmedlad kontakt med krismottagning för kvinnor.

---

<sup>34</sup> Kriscentrum på annan ort som hon hade kontakt med för flera år sedan.

*Britta* sökte sjukvård många gånger på grund av olika besvär. Vid ett tillfälle upplevde hon situationen i relationen så jobbig att hon blev akut inlagd på psykiatrisk avdelning. Upplevde bemötandet där som kränkande, då hon endast blev erbjuden lugnande mediciner och rådet att hon skulle åka hem och fortsätta som vanligt. Berättade senare om sin utsatthet för läkare på vårdcentral, men upplevde att hon inte blev tagen på allvar och fick ingen hjälp. Efter 40 års äktenskap blev situationen ohållbar. Hon tog kontakt med kvinnojouren och fick rekommendationen att ta kontakt med socialtjänsten och fick därigenom kontakt med kvinnofridskurator.

### Att bli tillfrågad om våld

Vill hon bli tillfrågad om våld ?

Kvinnorna vill bli tillfrågade om våld. De säger också att det är mycket viktigt hur man ställer frågan. Jag återkommer till det senare. Att få frågan påverkar kvinnans liv påtagligt genom att det hjälper henne att medvetandegöra att hon *är* våldsutsatt. Det har en positiv effekt men också en känslomässigt svår påverkan.

**Tabell 8. Positiva och negativa upplevelser av frågor om våld**

Huvudtema	Kategori	Innehåll
<b>Få frågan om våld</b>	Medvetandegöra	Känner lättnad positiv effekt Söker hjälp, skydd
		Börjar processen att ta sig ur relationen
<b>Få frågan om våld</b>	Medvetandegöra	Väcker känslor av skuld, skam
	Känslomässigt	Ökad ångest
	Jobbigt	Sorg, ledsenhet
		Oro för vad som skall hända barnen

## Få frågan om våld

### *Medvetandegöra- positiv effekt*

Det kvinnorna säger är att det hjälper dem att få frågan, att det hjälper till att medvetandegöra deras situation. Flera av kvinnorna sa att de inte sett på sig själva som våldsutsatta förrän de satte ord på det och att det, i sin tur hade hjälpt dem att göra något åt sin situation. Det kan till t o m vara så att man uppfattar det livsavgörande. En kvinna hade en känsla av att, om hon fått frågan och därmed fått hjälp att förstå hur våldet påverkade henne, hade hon inte varit sjukpensionär idag. En annan sa att det kan rädda livet på kvinnan.

Kvinnorna trodde heller inte att kvinnor som inte är utsatta skulle ta illa upp om de fick frågan.

*"Det är väl det att man vågar rakt ut fråga/.../ jag tror att det är bättre att sjukvården frågar för mycket än för lite"*

*"Så att hon gick rakt på det var mer positivt även om det var starkt och jobbigt men mer positivt och bekräftandet och lättnad/.../ det kändes bättre jag mådde direkt bättre att det fanns nån människa som upptäckte det så fort"*

*"viktigt också att man ställer den frågan för det kan ju faktiskt vara så att man är det, fast man själv inte är medveten om det"*

*"Sen är det så viktigt att om man nu kommer till sjukvården för någon skada eller något psykiskt att de fångar upp en för det är då man är mottaglig för att ta emot hjälp och de kan få ut nånting av mig också tror jag. Släpp mig inte!! Fråga mig!!*

*Släpp mig inte! Jag behöver hjälp! Det är det jag inte riktigt förstår då."*

*"Det var jättebra, det var så litet egentligen men det var så stort i mig"*

*"jag hade ju velat ha upptäckt det tidigare. Det har gått väldigt många år"*

*"Det kan nog va, det kan rädda livet på vissa,/.../ det är svårt att säga"*

*"Det var bra att inte släppa taget, annars blir det att ja, ja det är bra och försöker dölja det"*

*"Som en lättnad, att det hade varit någon som bryr sig och att det faktiskt kan vara så. Det har jag tänkt när jag varit inom sjukvården att konstigt att det aldrig är någon som ställer en fråga"*

*"berätta om det, hur viktigt det har varit, nån slags egen form av aha. Det är viktigt för då vågar man gå över gränsen"*

### *Medvetandegöra-känslomässigt jobbigt*

Här berättar kvinnorna om skuld och skam och om rädsla för vad som kan hända med barnen. Rädslan för vad som kan hända kvinnan själv ökar också då hon kan bli medveten om att hon befinner sig i livsfara p g a mannens våld, eller att hon själv har tankar på att ta sitt liv.

*"viktigt också att man ställer den frågan för det kan ju faktiskt vara så att man är det fast man själv inte är medveten om det"(att man befinner sig i livsfara)*

*"det känns om mitt liv är slut jag orkar ingenting.."*

*" jag tror att det är bättre att sjukvården frågar för mycket än för lite./.../ för det är förnedrande att man inte kan ta för sig på nåt vis"*

*"man är rädd att det skall hända någonting som man inte vill"*

”Jag kanske är skuld till det själv, skulden alltså skuld och skam”

”en stor chock när hon säger att du behöver hjälp. Jag kunde inte veta varför det är därför jag blev mycket ... för hon märkte det ganska fort/.../I början lite rädsla verkligen att jag skall öppna mig så djupt att ingen annan visste bara jag själv”

”Både jobbigt och skönt att få ur sig det”

## Varför frågar man inte?

Om hon inte får frågan, vad tror hon att det beror på?

Ur kvinnornas svar utkristalliserade sig två huvudriktningar. Läkarens profession och hans person. Med läkarens profession i fokus tror man att ett hindret är bristande kunskap och erfarenhet. Tidsbristen inom sjukvården är ett känt faktum för alla som någon gång besökt sjukhus eller vårdcentral. Dessa kvinnor har haft många kontakter med sjukvården och har ofta mött den stress som präglar många möten. Därför tror de att tidsbrist inom sjukvården är ett annat stort hinder. Det andra handlar mer om det mänskliga mötet och läkarens förmåga att hantera svåra känslor, både sina egna och kvinnans.

**Tabell 9. Hinder i att fråga om våld**

Huvudtema	Kategori	Innehåll
Läkarens profession	Brist på kunskap omfattning	Förstår inte problemets omfattning Vet inte hur man bemöter kvinnan Vet inte vad man skall göra när våldet uppdragas Tolkar inte symtomen kvinnan söker för på rätt sätt
	Har inte tid	Tar sig inte tid Har pressad arbetssituation
Läkarens person	Rädsla för kvinnans känslor	Orolig för att kvinnan skall bli arg eller ledsen
	Rädsla för sina egna känslor	Väcker känslor av frustration när man inte vet vad man kan eller ska göra åt problemet Väcker svåra känslor hos läkaren Är inte intresserad

## Läkarens profession

### *Brist på kunskap*

Den vanligaste orsaken var kunskapsbrist om våldsutsatthet hos läkaren. Majoriteten av kvinnorna anger det som skäl. Kunskapsbristen består av att, de inte förstår omfattningen av problemet, att de inte tyder de symtom som kvinnan söker för på rätt sätt och att de inte vet hur de skall bemöta eller hjälpa kvinnan. Brist på kunskap var ett tema som var tydligt när det gällde bemötandet. Jag har i det avsnittet tagit upp flera faktorer kring det. Jag kompletterar med ytterligare aspekter nedan.

*”alla läkare är människor också, så jag kan ha förståelse för dem, men jag menar att det skulle finnas i deras utbildning som kan hjälpa dem också att bemöta kvinnor för det är mest kvinnor som råkar ut för såna här situationer/.../t det är en brist i utbildningen”*

*”min jättedåliga mage, det är ju typiskt när man mår dåligt. Det är ju inte så många av oss som har ett funktionellt fel på magen utan det är någonting annat, så jag tänker att man ska se helheten att man ska lära ut att se helheten.”*

*”jag tycker att de skall ha en sån utbildning så dem klarar av att fråga en människa, hur mår du hur mår du i själen, det tycker jag att en läkare skall kunna fråga”*

## Läkarens person

### *Rädd för kvinnans/sina egna känslor*

Det andra skälet som åtta av nio kvinnor anger är att frågan är för känslig och att läkaren är rädd för både sina egna och kvinnans reaktioner.

*”Det är för känsligt för kvinnan och läkaren främst kvinnan”*

*”man vill blunda för det, för det är för svårt problem och vad ska man göra åt det/.../ det är lättare att dela ut Panodil, det är lättare att prata om hur tarmarna mår, det är svårt, många människor är lite rädda där tror jag.”*

*”De vågar inte bemöta det”*

*”Vill inte bli belastad med andras problem”*

*”Rädsla för kvinnans reaktion de hamnar i en obehaglig situation som de inte vet hur de skall hantera. Det tillhör inte deras vanliga jobb. En viss del ointresse också, alla i samhället tycker att det är hemskt men det är få som vet hur man skall relatera till det/.../mycket tidsbrist”*

*”jag tror att det blir för jobbigt att ta tag i det/.../ jag tror att det är bättre att man inte vet för då slipper man att hantera”*

*”de tycker att det är otrevligt att gå in och fråga folk, eller att de tror att patienten skall ta illa upp om man frågar, men jag tror att det är en hjälp istället.”*

## Att ställa frågor om våld

Hur tycker hon att man skall ställa frågan om hon är utsatt för våld?

Den här frågan har jag valt att belysa genom att beskriva och ge exempel på hur kvinnorna tycker att man skall fråga.

Det framkom under intervjuerna att kvinnorna har svårt att ta till sig att de är våldsutsatta. Även de kvinnor som sökte akut vård för kroppsskada efter våldstillfälle, hade svårt att acceptera sin utsatthet. Därför är det oerhört viktigt att sjukvården kan hjälpa till att sätta ord på våldet. Då krävs det att vi kan samtala om våld på ett sätt som gör att kvinnan kan öppna sig. När jag ställde frågan om *hur* man skall fråga, till kvinnan själv, framkom det en skillnad i hur kvinnorna tyckte att man skulle fråga. Det avgörande var situationen. Om en kvinna har uppenbara skador vare sig det är besök på vårdcentral eller sjukhus tycker två av kvinnorna att man skall fråga direkt om de varit utsatta för våld. Dessa två hade själva sökt sjukhus vid våldstillfälle. En av dem tyckte att om hon söker för andra orsaker skall man gå försiktigare fram. Resterande tyckte att man skulle gå fram försiktigt.

Kvinnorna fick ge egna förslag på hur man kan fråga om våld. Jag frågade också om två alternativ dels, har du varit utsatt för våld eller kränkande beteende eller alternativet finns det situationer då du känner dig rädd eller otrygg.

Kvinnorna upplevde ordet *våld* som skrämmande. De tyckte att man skall inleda frågandet på ett mjukt sätt, att man ska generalisera, genom att säga att man frågar alla kvinnor, men fortfarande att man skall fråga om rädslor och otrygghet istället för våld. De tyckte också att det var viktigt att definiera vad våld är. T o m kränkningar lät tufft för flera av dem. Deras egna förslag på frågor var:

- Hur har du det i din relation?
- Hur fungerar samarbetet och arbetsfördelningen hemma?
- Finns det situationer då du känner dig rädd?
- Hur upplever du din familjesituation?
- Står allt rätt till?

Några belysande citat. Först kring den raka frågan, sedan det mer försiktiga sättet.

*”Det är nog bättre att han ställer en rak fråga istället för att linda in det, jag ser att du har mycket blåmärken och jag är väldigt intresserad av vad du fått dom ifrån. Lindar de in det så blir det lätt för mig att linda in det också. Det är bättre med en direkt fråga för då blir man ställd och då kommer sanningen oftare”*

*” om man nu kommer till sjukvården för någon skada eller någon psykiskt, att dem fångar upp en, för det är då man är mottaglig för att ta emot hjälp och dem kan få ut nånting av mig också tror jag”*

*” finns det tillfällen i ditt liv där du känner dig otrygg det är också en sån ingång för får du en ren våldsfråga så backar man, då kommer den här blandningen av skam och skuld och sätter upp den här muren och går direkt in i försvarsställning”*

*”hade jag fått frågan, är du utsatt för våld direkt hade jag nog inte vågat säga ja, för det hade nog skrämt mig. Då hade jag uppskattat att få frågan, finns det situationer då du känner dig rädd”*

*VÅLD för mig såg annorlunda ut. För mig skulle det behöva ingå en definition om vad är våld, eftersom det kan ske på olika sätt eller ta sig olika uttryck/.../ sen skulle frågan kunna var ganska direkt”*

*”Då hade jag sagt nej, hot och våld jag tänkte inte på det så. Det var då jag försökte hålla med näbbar och klor i familjen. Man ska sköta det själv, jag har så gärna velat ha en familj som funkar och jag har inte velat inse felen. Nej man får fråga på flera olika sätt så att man fattar det själv”*

Kvinnorna berättade att det allra väsentligaste, kanske viktigare än vilka ord man använder, är att läkaren skapar en atmosfär där det är möjligt att prata om det svåra. De flesta sa att kvinnan behöver känna sig trygg, respekterad och tagen på allvar. Att läkaren skall skapa en kontakt som gör det möjligt för kvinnan att berätta. De nämner, lyhördhet, intresse, kunskap, erfarenhet och medmänsklighet.

*”Beroende på vem som hade frågat mig hade jag nog uttryckt mig på olika sätt, för det är givetvis en människa man känner förtroende för och det kan jag inte påstå att jag kände på min VC. Där tycker jag inte att de behandlade mig reko alls. Jag kom i kontakt med en läkare där och hon var ganska nonchalant det är två läkare som var nonchalanta när jag sa mina symtom dom brydde sig inte så som jag tycker att dem borde göra”*

*”Skapa trygghet så att jag känner mig trygg, för känner inte jag mig trygg så blockerar jag mig själv och då funkar det inte då sluter jag mig själv /.../Att personalen skall vara lugn och förstående och inte pressa fram eller fråga blir du slagen utan prata runt om kring varför man mår som man gör”.*

*”Att man är ärligt intresserad, sitt inte och le med bena i kors . Med den här attityden, den rent fysiska attityden. Sen är det viktigt att ha en individuell ingång beroende på vilken kvinna det är, är det en tuff kvinna som har en tuff approach krävs mer raka frågor men är det en undfallande kvinna så ju mer hårda frågor du ställer ju mer kryper hon in i sitt skal”*

## Kvinnans självbild

Hur påverkar det hennes självbild att inte bli tillfrågad?

Det här var en svår fråga som krävde eftertanke, men genom att beskriva sina känslor, tankar och upplevelser gav kvinnorna ledtrådar till hur självbilden påverkas. Utifrån den information jag fick gjorde jag en tolkning av hur jag uppfattar att deras självbild påverkas.

**Tabell 10. Påverkan på självbilden**

Huvudtema	Undertema	Innehåll
<b>Självbild</b>	<b>Känslor</b>	Skam, skuld
		Rädsla Lättnad
	<b>Upplevelser/tankar</b>	Ensamhet
		Hjälplöshet Att inte vara sedd Att inte vara värd
	Inbillar sig	Att inte bli tagen på allvar



## Självbild

### *Känslor*

Känslor som väcktes hos kvinnorna var skuld, skam, rädsla men också lättnad.

*"uppfylls av någon slags skuld"*

*"jag skämdes eller från början tänkte jag inte att det var fel"*

*"Skulden blir större"*

*"På ett sätt var man besviken och på ett annat ville man inte, man försökte att dölja det."*

*"Både besvikelse och rädsla för att berätta"*

*"Att det är övervägande lättnad"*

### *Upplevelser/tankar*

Här beskrivs känslor av ensamhet, hjälplöshet, att inte vara sedd, att inte vara värd något, att inte bli tagen på allvar och att hon inbillar sig.

*" slut med liv och ensam och hjälplös på nåt sätt. Det bestämmer mycket i en persons liv, speciellt framtiden"*

*"Det är beklämmande om man skall vara riktigt ärlig./.../ det känns som det är löpande bandprincipen, nästa in"*

*"Fan att ingen bryr sig! Var är omtanken om andra människor"*

*" det är inte meningen att jag skall ha det bättre än så"*

*"ingen bra bild alls. För mig har det varit att jag inte är värd nånting helt enkelt och skulle jag lämna... så skulle jag få vara ensam resten av livet. Vem sjutton skulle vilja ha en sån som mig"*

*"Upplever att det är henne det är fel på att man bara är gnällig"*

*"Att det är mig det är fel på, eller att jag kanske inte mår så dåligt som jag tror, att jag gör det är nog ingenting jag borde söka hjälp för. Att det inte är tillräckligt allvarligt och viktigt som andras problem"*

*"jag fick ju hela tiden höra att det var fel på mig, så jag tog ju åt mig detta. Det är klart det är så man tänker och då utstrålar man det kanske lite också"*

Min tolkning av det som kvinnorna berättade blev att deras självbild påverkas mycket. De upplever att det är deras fel och att de får skylla sig själv. De kan få en upplevelse av att de inbillat sig allt och att de överdriver sin situation. Flera beskrev att inte bli tillfrågad ökar känslan av skuld och skam. Upplevelsen att inte bli sedd, tolkades av dem, att de inte var viktiga eller trovärdiga. Självbilden blir att hon är en svag, gnällig, inkapabel "kärring" som får skylla sig själv.

Detta är en direkt parallell till den känsla som våldet skapar i kvinnan. Hon får ofta höra att hon är dum, att hon inte betyder något, att ingen kommer tro henne om hon berättar och att det är hennes fel att våldet utlöses. Starka känslor av skuld och skam finns hela tiden närvarande. Det innebär att när kvinnan inte blir tillfrågad om våld förstärks den känsla och självbild som våldet skapat.

## ANDRA VIKTIGA FYND

### Barnen

Alla kvinnor utom en har barn. Ingen av kvinnorna har fått någon fråga om barnen eller hur de mår. En kvinna som berättade om våldet fick en fråga om hon orkade med sitt barn.

### Hur har man följt upp när våldet blivit känt

Fem av kvinnorna följdes upp på något sätt, t ex via återbesök hos läkaren eller att hon blev uppringd av kurator från sjukhuset, dagen efter sjukhusbesöket. Fyra av kvinnorna fick ingen uppföljning, av dessa hade tre berättat att de var våldutsatta, en hade inte berättat för sin läkare.

### Andra instanser kvinnan sökt

Det framkom att kvinnorna sökt hjälp via många andra instanser. Förutom de instanser som redovisas nedan har alla kvinnorna haft en kontakt med kvinnofridskurator eller krismottagning för kvinnor.<sup>35</sup> Kontakten med krismottagning har inletts under det senaste året i alla fall utom den kvinna som hade kontakt med krismottagning på annan ort.

Tabell 11. Andra hjälpinstanser har kvinna sökt

Kvinna	Social tjänst	Kvinnjour	Familje-	Familje-	BUP	Psykiater
			rådgivning	rätt		
1	x					
2						x
3	x					
4						
5	x		x	x	x	
6	x	x				
7	x	x				
8	x	x			x	
9	x		x			

Deras upplevelse av bemötandet hos socialtjänsten var i huvudsak positivt. Fem av kvinnorna förmedlades kontakt med kvinnofridskurator eller krismottagning för kvinnor via socialtjänsten, två via sjukhuset, en via familjerådgivningen och en via vårdcentralen. Även den hjälp, stöd och skydd de fick på kvinnojouren upplevdes positivt. Vid kontakt med socialtjänst, kvinnojour och krismottagning för kvinnor blev de tillfrågade om barnens mående.

<sup>35</sup> Här avses terapeut som specifikt arbetar med våldutsatta kvinnor inom kommunens regi. Olika kommuner har valt att kalla befattningen på olika sätt. De är inte kopplade till kvinnojouren. De kommuner som berörs här inrättade sin kvinnofridskurator 2007. Krismottagning för kvinnor startade våren 2008.

## Kvinnors önsknings

När jag frågade kvinnorna om deras önsknings gällande hjälpinsatser svarade alla att de behövt samtalskontakt i första hand, i andra hand nämndes medicinering under en kortare period. Samtalskontakten önskades innehålla både behandlingssamtal, råd och stöd. De efterfrågade också åtgärder för att begränsa eller behandla mannen. Att kunna få en bostad så snart som möjligt var också viktigt.

*”Jag behöver lugn och ro. Det är ju bra att kunna fly någonstans om man skulle vilja och det är ju naturligtvis kvinnojouren./.../Det är han som skall flytta på sig inte jag, det tycker jag skulle vara rättvist. Jag tycker att det skulle finnas ett ställe där de kunde ta hand om dem och inte bara nyktra till, utan förstå vad dem håller på med.”*

*”Inte kemiska medel som läkare skriver idag antidepressiva medel för det finns massor av biverkningar och andra problem men terapi från början.”*

*”Jag tycker att det viktigaste är att få prata med någon om det. Att få prata och om man mår riktigt dåligt och har destruktiva tankar så kan det kanske hjälpa med medicin, men framför allt det viktigaste är att få prata med någon”*

*”att man får samtal, att få komma till någon som man kan prata med. Hon behöver hjälp att inte springa på en ny sän karl, psykoterapi och det behöver han också så att han inte skall slå nästa./.../ Att han skulle flytta långt härifrån”*

*”få hjälp av någon som vet vart ska man vända sig för att få tag på bostad och alltihopa det här dem grejerna man måste ha för att komma ur det”*

## MÖNSTER, LIKHETER OCH OLIKHETER

### Långa kontakter

Alla kvinnor utom en har haft upprepade kontakter, under lång tid med sjukvården. De besvär de sökt sjukvården för är psykiska besvär i form av stress, oro, ångest och depression samt fysiska åkommor som hjärtproblem, värktillstånd av olika slag, magsår, magkatarr, allergier, underlivsbesvär och cancer. Alla dessa sjukdomar och symtom är tillstånd som kan ha samband med pressade levnadsvillkor samt psykiskt mående. De är således varningssignaler som sjukvården bör vara uppmärksam på. En kvinna berättade om hur hennes symtom helt försvann när hon satte ord på sin situation.

*”Jag tror på sambandet mellan kropp och själ och jag ville tala om att något var fel och eftersom jag inte kunde verbalisera det, eftersom jag inte trodde att någon skulle tro på det, så var jag tvungen att visa genom att bli fysiskt sjuk och när hon frågade kändes det som att det fysiska språket jag hade använt, att det var okej och när man kunde prata behövde man inte hålla på mer med det./.../ Det så skönt det var en sän avlastning att en vuxen människa med yrkesutbildning kunde säga att det var ett skäl till att jag mådde dåligt och då hade jag ett inferno det var jättejobbigt då och att hon kunde bekräfta att det var okej att kroppen kunde reagera”*

## Vill hon bli tillfrågad

Här är det genomgående att kvinnorna vill bli tillfrågade om våld. De har samma utgångspunkt i hur man skall fråga. De säger att man skall gå försiktigt fram när kvinnan inte söker för uppenbara skador. Det beror på att hon inte fullt ut har tagit till sig att hon är våldsutsatt och behöver hjälp med att sätta ord på sin situation. Det stora hindret är att man känner skuld och skam och tror att man själv är orsaken till våldet. När man är utsatt för psykiskt våld är det särskilt tydligt. Det upplevs av alla kvinnor i den här studien som den mest nedbrytande formen av våld, såvida man inte blivit grovt våldtagen. När någon annan sätter ord på våldet och beskriver vad våld är uppkommer många olika känslor. Kvinnan känner befrielse, och bekräftelse, men också skuld, skam, sorg och ilska.

## Längden av utsatthet

Två av kvinnorna i den här studien har varit utsatta för våld kortare tid än övriga, ett halvår, respektive två år. Det som skiljer dem från övriga är att de vid läkarbesök berättade om att de varit utsatta för våld och att de fick ett bra omhändertagande och adekvat hjälp. Den ena kvinnan hade vid det här tillfället en pågående kontakt med krismottagningen.

Tre av kvinnorna har fått samtalshjälp via psykiatri eller primärvård efter att det uppdragats att de varit utsatta. Samtalshjälpen fokuserade inte på våldet utan på kvinnan som person. Upplevelsen av det blev att hennes dåliga självbild befestades. De upplevde att de inte blev hjälpta av den kontakten. Dessa kvinnor har stannat kvar i relationen en mycket längre tid.

Eftersom alla kvinnor haft kontakt med krismottagning eller kvinnofridskurator<sup>36</sup> kan de beskriva en skillnad mellan mötet med terapeut, som har kunskap och erfarenhet i att möta våldsutsatta kvinnor, och terapeut som inte har den kunskapen. Skillnaden har bestått i att de i det första fallet känt sig bekräftade, att de tagits på allvar, att de fått hjälp att sätta ord på våldet och vad det gör med dem. Förståelse för att det inte är självklart och enkelt att lämna mannen eller att det kan ta tid innan hon får kraft till att göra det. Detta framkom inte vid direkt fråga utan som en beskrivning av hur man vill bli bemött och exempel på situationer när man upplevt ett bra bemötande. Liknande upplevelse beskrivs i kontakten med kvinnojouren.

## Hur har det gått för kvinnorna

Sju av kvinnorna har lämnat våldsrelationen. Sex av dessa har fått stöd och samtalsbehandling under sin uppbrottsprocess på krismottagning för kvinnor eller av kvinnofridskurator. En av kvinnorna bröt upp för några år sedan och fick då stöd av kriscentrum för kvinnor på annan ort, men på grund av att mannen fortfarande förföljer henne behöver hon fortsatt stöd. En kvinna bröt upp för många år sedan av egen kraft men har nu kontakt med krismottagning för att bearbeta sina upplevelser som hon fortfarande lider av.

Två av kvinnorna lever kvar i sin relation. En har flyttat till en egen lägenhet och upplever att hon nu kan hantera mannen på ett sätt som gör att hon inte längre är rädd. Den andra bor kvar men upplever att situationen är hanterbar.

---

<sup>36</sup> De som haft kontakt med kvinnofridskurator är de kvinnor som är bosatta i annan kommun än den jag arbetar i.

## DISKUSSION/SLUTSATSER

Våld mot kvinnor är ett enormt samhällsproblem. Det drabbar kvinnor, men också barn och män. Känd kunskap är att kvinnor som är utsatta för våld söker sjukvård i större utsträckning än icke våldsutsatta.<sup>37</sup> Jag har mött kvinnorna i sjukvården och jag möter dem idag på krismottagningen. Allt som kan göras för att hjälpa och stötta dessa kvinnor är ett steg framåt. Eftersom kvinnan är en viktig del av familjen, blir våldet också ett familjeproblem. Kunskap om hur man bemöter och hjälper våldsutsatta kvinnor borde i större utsträckning ingå i en familjeterapiutbildning. Min utgångspunkt har varit sjukvårdens bemötande, men kunskapen om mötet med en våldsutsatt kvinna gäller oavsett behandlare.

### Resultatdiskussion

Jag intervjuade nio kvinnor. Frågan är vilka slutsatser man kan dra av ett så litet underlag? Jag tycker dock att samstämmigheten i deras utsagor ger en stark indikation på vad som är viktigt i mötet med en våldsutsatt kvinna. Deras tankar om hur man skall ställa frågan om våld stämmer väl överens med mina egna kliniska erfarenheter och de bekräftas delvis av tidigare forskning.

Kvinnorna i studien var mellan 28-64 år. Alla utom en har barn, fyra kvinnor har vuxna barn, tre har barn mellan 8-18 år.

Kvinnorna har sökt sjukvården för både psykiska och fysiska besvär. De psykiska utgjordes av stress, oro, ångest, depression och självmordstankar, de fysiska åkommorna av hjärtproblem, värtillstånd av olika slag, magsår, magkatarr, allergier, underlivsbesvär och cancer.

De hade sökt läkare på vårdcentral eller planerat besök på sjukhus i genomsnitt elva gånger utan att få frågan om våld! Det kanske finns, men jag har inte hittat någon undersökning som ställer just frågan, hur många gånger hon söker sjukvård utan att få frågan om våld.

De kvinnor som inte fått frågan om våld och som sökt för psykiska problem har fått antidepressiva-, lugnande- eller sömnmedel i olika kombinationer. Tre av dem fick samtalshjälp. De som sökt för fysiska åkommor har fått medicinering samt sjukgymnastik. De två kvinnor som sökt akut vård har fått medicinsk hjälp, råd om skyddat boende samt möjlighet till kortare samtalskontakt.

Alla kvinnor i den här undersökningen tycker att sjukvården skall ställa frågan om våld. För detta finns stöd i tidigare forskning. I Uppsala gjordes en studie där man undersökte ett screeningsinstrument för våld, Abuse assessment screen(AAS),<sup>38</sup> 80 % av de tillfrågade kvinnorna tyckte att frågorna var acceptabla.

En annan undersökning gjord bland unga kvinnor i USA<sup>39</sup> visar att de är positiva till screening och att sjukvårdspersonal är den mest lämpliga gruppen att ställa dessa frågor. De anger också att de egenskaper som är viktiga för den som frågar om våld, är att personen kan förmedla tillit, trygghet och stöd. Något som kvinnorna i min undersökning också har förmedlat.

Det är mycket viktigt att man skapar en trygg situation så att kvinnan vågar berätta. Det är också viktigt *hur* man frågar. Kvinnorna i min undersökning menar att man skall fråga försiktigt, inte använda ordet *våld*, utan börja med frågor om relationen, familjen, arbetsfördelningen i hemmet eller om kvinnan känner sig otrygg. Om kvinnan söker sjukvård med uppenbara skador kan frågan ställas mer direkt. I instrumentet AAS<sup>40</sup> ställer man direkta frågor om våld. Frågan är hur de 20 % i

---

<sup>37</sup>Hovellius, B, Johansson, E. (red.) (2004)

<sup>38</sup> Stenson K, m fl. (2001)

<sup>39</sup> Zeitler, MS m fl. (2006)

<sup>40</sup> [http://chipts.ucla.edu/assessment/Assessment\\_Instruments/Assessment\\_files\\_new/assess\\_aas.htm](http://chipts.ucla.edu/assessment/Assessment_Instruments/Assessment_files_new/assess_aas.htm)

Uppsala-undersökningen som inte tyckte att frågorna var acceptabla, ville att frågan skulle ställas. Och hur utfallet hade blivit i undersökningen och det funnits alternativa frågor.

Viktigare än orden är hur hon blir bemött, att hon känner sig respekterad, och bemöts med intresse, lyhördhet, kunskap, erfarenhet och medmänsklighet. Även för detta finns belägg i andra undersökningar.<sup>41</sup>

Bekräftelsen hon får i ett respektfullt möte är mycket betydelsefullt, då det kan vara början till att fundera över sin situation och eventuellt få kraft att ta sig ur den.

Så hur kommer det sig att man inom sjukvården inte i tillräcklig grad frågar kvinnor om våld? Kvinnorna själva tror att det beror mest på okunskap om problemets omfattning och kännetecken. Osäkerhet hur man skall bemöta och hjälpa kvinnan samt tidsbrist. Detta är också välbelagt i andra undersökningar.<sup>42</sup>

Att få frågan om våld för med sig både positiva och negativa upplevelser. Kvinnorna känner lättnad, känner att någon bryr sig, känner sig sedda och får möjlighet att sätta ord på våldet. När våldet blir känt för både kvinnan och läkaren ökar möjligheten att gå vidare i sin process och få adekvat hjälp. Även detta har belagts i andra undersökningar.<sup>43</sup>

De negativa känslor som väcks är skuld, skam, sorg, ilska och ökad ångest.

Våldsutsatta kvinnors självbild påverkas mycket av att de inte får frågor om våld. Deras upplevelse av skuld och skam blir stark. Det för med sig en känsla av att de själva är orsaken till våldet. Något som de ofta får höra från mannen. Det kan finnas en känsla av överklighet, att de inbillat sig allt eller att de överdriver sin situation. Upplevelsen att inte bli sedd, tolkades som att de inte var viktiga eller trovärdiga. Självbilden blir att hon är en svag, gnällig, inkapabel "kärring" som får skylla sig själv.

Detta är en direkt parallell till den känsla som våldet som mannen utsätter henne för skapar. Hon får ofta höra att hon är dum, att hon inte betyder något, att ingen kommer tro henne om hon berättar och att det är hennes fel att våldet utlöses. När man börjar sätta ord på det som sker och de känslor man känner, kan man ompröva bilden av sig själv och det som händer. Kvinnorna är medvetna om behovet av att prata om sina upplevelser. Alla kvinnorna i den här undersökningen tryckte på behovet av samtalsbehandling. Det skulle innehålla så väl råd och stöd som bearbetning av kvinnans upplevelser. I andra hand efterfrågar man medicinsk behandling under en kortare tid och då i de fall där kvinnan mår riktigt dåligt.

## Metoddiskussion

För att få svar på mina frågor i den här undersökningen valde jag att göra en kombination av en kvantitativ och kvalitativ undersökning. Den kvantitativa delen inledde intervjun med frågor om bl a ålder utbildning och yrke. Det visade sig att frågorna som var lätta att besvara blev en slags "uppvärmning" inför de svårare frågorna i den kvalitativa delen. Jag hade en förförståelse om att våld är ett känsligt och svårt ämne och kräver en följsam och respektfull metod. Det visade sig att kvinnorna var mycket generösa med att dela med sig av sina tankar och erfarenheter trots att det stundtals var känslomässigt jobbigt. Jag fick svar på mina frågor och upplevde att jag fick tillgång till mer information än jag räknat med och har därför breddat och fördjupat min kunskap om kvinnors tankar, känslor och reaktioner.

---

<sup>41</sup>Chang, J, m fl. (2003)

<sup>42</sup> SOS (2002) ["Tack för att ni frågar" - Screening om våld mot kvinnor.](#)

<sup>43</sup> Chang, J, m fl. (2003)

Det visade sig att en del frågor var svåra att besvara. Frågan om hur många gånger kvinnan sökt sjukvård innan hon blivit tillfrågad om våld, som också var min huvudfråga, var en. Den andra som upplevdes svår var frågan om påverkan på självbilden. Under intervjuens gång kom kvinnorna ihåg fler och fler tillfällen de sökt sjukvård, ofta i samband med att hon berättade om hur hon mått under åren. Det krävdes lyhördhet av mig som intervjuare att identifiera dessa tillfällen. Vad det gäller självbilden växte svaren fram i dialog med kvinnan, ofta via vilka känslor hon var uppfylld av. Att kunna jobba med svåra frågor på detta sätt är den kvalitativa intervjuens styrka. Den ger möjligheter att tillsammans med informanten utforska okända arenor. Det blev tydligt att intervjun öppnade nya tankar hos kvinnorna som ökade deras insikt om sig själva.

I min redovisning har jag använt många citat. Det är ett medvetet val för att stärka äktheten i undersökningen. Det ger också möjlighet för läsaren att tydligt se vad jag grundat mina slutsatser på. Det är också ett sätt att stärka undersökningens tillförlitlighet.

## **Teoretisk koppling**

Både undersökningen som sådan och samtal mellan kvinna och läkare handlar om kommunikation, därför vänder jag blicken mot kommunikationsteorin och tar upp några aspekter utifrån den.<sup>44</sup>

Kommunikationens främsta funktion är att förmedla information. Förmedlandet kan ha olika syften, den kan vara *informations förmedlande, handlingsbestämmande, social eller expressiv*.

Läkarens främsta uppgift är att hämta information så att han/hon kan ge rätt behandling. Det främsta instrumentet för detta är samtalet med patienten, som beskriver sina symtom, som sedan följs av vidare undersökningar. Kvinnor söker oftare vård för sjukdomstillstånd som inte kan diagnostiseras med biomedicinsk kunskap.<sup>45</sup>

Läkarens och patientens relation är komplementär och läkaren befinner sig således i en maktposition till kvinnan. Redan där har vi en utgångspunkt som liknar kvinnans relation till mannen. När kvinnan söker sjukvården anger hon en fysisk åkomma som sitt problem. Hon har svårt att berätta om våldet eller är inte ens fullt ut medveten själv om sin utsatthet. När hon i ovanstående uttalar hur hon önskar att bli bemött talar hon om bland annat respekt, intresse och lyhördhet. I kommunikationsteorin talar man om icke-verbal kommunikation. Då avses allt som uttrycks förutom orden, t ex mimik, blickar, gester eller placering i förhållande till den andra. Hur vi berör andra eller oss själva sänder också budskap. Också tonfall, suckar, blickar på klockan, det s k paraspråket, som säger något om det känslomässiga läget, spelar roll. Den verbala kommunikationen är på en medveten nivå medan den icke-verbala rör sig i det primitiva och omedvetna spannet. När kvinnor berättar om bemötande är den icke-verbala kommunikationen en viktig del i det. Kvinnor som varit utsatta för våld är mycket känsliga. De är vana att läsa av kroppsspråk, miner, gester, tonfall och röstläge hos mannen som utsätter dem för våld. Det ingår i deras överlevnads strategi och styr delvis deras handlande. De är därför mycket vaksamma på läkarens icke-verbala signaler. Citatet nedan beskriver hur kvinnan uppfattar läkaren som överlägsen och lite nonchalant.

*”Att man är ärligt intresserad sitt inte och le med bena i kors och le/.../ den här attityden den rent fysiska attityden”*

Kvinnan i sin tur signalerar med hela kroppen genom att den visar olika symtom. Kvinnorna har beskrivit att de inte är fullt ut medvetna om sin utsatthet, om de inte fått sätta ord på det. Det rör sig mer eller mindre i det omedvetna spannet. De vill att man skall hjälpa dem att sätta ord på våldet.

---

<sup>44</sup> Lundsby, m fl (2000)

<sup>45</sup> SOU rapport 1996:134

Kvinnorna har berättat om att de helst inte vill att man använder ordet *våld*.

Om man lägger ett kommunikationsteoretiskt perspektiv på *ordet* kan man fundera över på vilket sätt ordets *denotation*, *dess konnotation* och *dess specifika konnotation* påverkar hur vi hanterar dess innebörd.

Ordets *denotation* avser begreppets ”yttre” mening – kopplingen till dess konkreta eller abstrakta företeelse ordet symboliserar. Den yttre meningen med ordet *våld* ser olika ut för olika människor, men kanske för de flesta av oss ”*den generella konnotationen*” ändå betyder en handling som skadar. Vi associerar till smärta, rädsla, förtryck etc. dess känslomässiga valör. För en kvinna som är utsatt för *våld* blir betydelsen smärta, förnedring, skam, skuld, känsla av värdelöshet, makt och kontroll, *ordets specifika konnotation*. För henne blir betydelsen mycket djupare, den berör hennes känslor och påverkar hennes självbild på ett annat än för den som inte varit utsatt för *våld*.

Kvinnorna har också berättat om hur viktigt bemötandet är. Det handlar om vilket gensvar hon får i kontakten, om hon blir *bekräftad*, *förnekad* eller *avvisad*. Man talar om att det bekräftande gensvaret möjliggör att utveckla vår identitet, det stärker vårt självförtroende och värnar om vår integritet samt skapar en god självbild. Detta är helt i linje med det bemötande kvinnor önskar när de söker sjukvården, för att det över huvudtaget skall bli möjligt att tala om *våld*. Tyvärr upplever de allt för ofta att de blir förnekade och avvisade. Förnekandet tar sig uttryck i att man inte blir tillfrågad om *våld*. Avvisandet i att fast läkaren får vetskap om det, tar han/hon det inte på allvar, vilket i sin tur medför att kvinnan riskerar att inte få rätt hjälp.

För att kvinnan skall kunna vara mer öppen behöver hon känna att läkarens förhållningssätt ”hänger ihop”. Med det menar jag att läkarens bemötande skall vara kongruent.

*Det kongruenta budskapet* håller ihop i sin innebörd och sitt innehåll. Det betyder att det som sägs och det som visas känslomässigt överensstämmer. Den är därmed också lättare att förstå och ger en klarare bild av den andres förväntningar. Om läkaren känner ett genuint intresse och har kunskap och beredskap att hjälpa kvinnan att berätta om hur hon har det, att möta henne med respekt och välvilja, kommer det underlätta för henne att kunna öppna sig

Kvinnan å sin sida är ofta inkongruent då hon inte vågar berätta om *våldet* och gör också allt för att hålla fasaden. Hennes kropp säger en sak, hennes yttre uttryck en annan och hennes berättelse kanske ger en tredje version.

Om det fanns möjlighet att få till en mer öppen kommunikation skulle nog fler fall av *våld* upptäckas. Om läkaren både lyssnar på det som sägs med ord, på det som kroppsspråket säger och det kroppen signalerar i form av olika symtom, ökar möjligheten att tolka budskapet mer fullständigt eller få ledtrådar till vidare frågor.

Kanske kan det språkssystemiska förhållningssättet ge en grund för hur man kan förhålla sig i mötet med kvinnan. Enligt detta förhållningssätt finns inte problem, de uppstår i språket. Det stämmer ganska väl med kvinnans upplevelse, då hon faktiskt säger att *våldet* inte blir riktigt ”verkligt” och gripbart förrän man satt ord på det. Det är viktigt att skapa ett samtalsklimat som gör ett samgående möjligt. Den baseras på jämbördighet och respekt. Genom att samtala med henne och ställa frågor till henne hjälper man henne att bredda och fördjupa sin berättelse. Inom den språkssystemiska skolan talar man om ”det utsagda och det ännu inte sagda. Läkarens förhållningssätt är alltså avgörande för om det skall bli ett bra möte. Att möta sin patient både som människa och professionell, att ha en ”*filosofisk hållning*”, ger tillgång till både medmänsklighet och kunskap.



Carin Holmberg behandlar i sin bok "Varför går hon"<sup>46</sup> begreppet "den signifikante andre". Begreppet syftar till en person som är viktig i en annans liv. Denna person kan påverka en människas självbild och dennes tolkning av verkligheten. En läkare som möter en kvinna som lever i en våldssituation kan genom att fråga henne och hjälpa henne att identifiera våldet bli en, kanske inte "den signifikante andre" men en signifikans<sup>47</sup>.

## Slutsatser

Syftet med den här studien var att undersöka hur många gånger kvinnan söker sjukvården utan att få frågan om våld. Jag ville också veta hur hon blir bemött och hur hon *önskar* att bli bemött. Jag var nyfiken på hennes funderingar kring varför man inte frågar om våld och hur hon tycker att man skall ställa frågan, samt hur det påverkar hennes självbild att inte bli tillfrågad.

Jag tycker att jag fått svar på mina frågor och utifrån det redovisade materialet drar jag slutsatsen att utbildning i både våldets omfattning, dess verkningar samt hur man bemöter våldsutsatta kvinnor bör förbättras inom många områden i samhället. Vården är en nyckelinstans dit många kvinnor söker. Därför borde all vårdpersonal få mer utbildning i frågan. Det skall ingå som ett obligatoriskt moment i utbildningen för all vårdpersonal både läkare, sköterskor och undersköterskor. Jag kan inte uttala mig om hur mycket utbildning i frågan ingår i dag, men resultaten i denna studie och mina egna erfarenheter från vården antyder att det inte är tillräckligt. Den personal som redan verkar i vården bör få gå fristående utbildningar. Omfattningen av dessa kan anpassas på ett sätt så att det blir möjligt att genomföra. Bättre att få lite utbildning än ingen alls. Västra Götalandsregionen har nyligen inrättat ett Kompetenscenter om våld i nära relationer. Utbildning av personal torde bli en av de viktigaste uppgifterna för det nya kunskapscentret. En annan åtgärd kan vara, att det på varje vårdcentral och klinik finns en person som ansvarar för kvinnofridsfrågor. Likt modellen med kvinnofridsinstruktörer som redan finns i Fyrbodals området. Denna person kan ha till uppgift att vara mer insatt i frågorna, att sprida information och/eller utbilda övrig personal. Alla kvinnorna efterfrågar samtalsbehandling. Det är därför viktigt att samhället bygger upp resurser där det finns personer som har specifik kunskap att möta dessa kvinnor.

Frågor som skulle vara intressanta att forska vidare kring är barnens situation. De våldsutsatta kvinnorna uppmärksammas alltför lite inom vården och deras barn verkar inte finnas på agendan över huvudtaget. Bara denna studie som handlat om nio kvinnor involverar femton barns uppväxtvillkor. Så därför undrar jag var finns barnen? Så fråga dem! Släpp dem inte!

---

<sup>46</sup> Holmberg, C, Enander, V. (2004) *Varför går hon? Om misshandlade kvinnors uppbrottsprocesser*. Göteborg: Kabusa Böcker

<sup>47</sup> Med detta menar jag att ett betydelsefullt möte i livet i rätt ögonblick, kan ha en så stor betydelse för hur man uppfattar sig själv och sitt liv.

## REFERENSER

BRÅ 2007-statistik

Chang, J, Decker, Moracco, KE, Martin, SL, Petersen, R, Frasier, PY. What happens when health care providers ask about intimate partner violence? A description of consequences from the perspectives of female survivors. *Journal of the American medical Women`s association*. 2003;58: 76-81

En kunskapsöversikt. *Mäns våld mot kvinnor i nära relationer*. (2006)  
Sveriges Kommuner och landsting

Eriksson, L T, Wiedersheim-Paul, F. (1999) *Att utreda forska och rapportera*.  
Malmö: Liber AB

Feder, GS, Hutson, M, Ramsay, J, Taket, AR. Women exposed to intimate partner violence: expectations and experiences when they encounter health care professionals: a meta-analysis of qualitative studies. *Arch Intern Med*. 2006;166: 22-37

Frisk, K. (2003) *Anmälningarna som försvann- en kartläggning av hur polis och socialtjänst uppmärksammar barn som lever med våld i familjen. Rädda barnen*

Hallgren, Graneheim, U, Lundman, B. (2004) Qualitative content analysis in nursing research: concepts, procedures and measures to achieve trustworthiness.  
*Nurse education today*, 24, 105-112.

Holmberg, C, Enander, V. (2004) *Varför går hon? Om misshandlade kvinnors uppbrottsprocesser*.  
Göteborg: Kabusa Böcker

Hovellius, B, Johansson, E. (red.) (2004) *Kropp och genus i medicinen*. Lund:Författarna och Studentlitteratur

Isdal, Per (2001). *Meningen med våld*. Stockholm: Förlagshuset Gothia

Jonhson, M. Gender symmetry and asymmetry in domestic violence.  
*Violence Against Women*. 2006 ; 12: 1003 - 1018.

Kvale, Steinar (1997). *Den kvalitativa forskningsintervjun*. Lund: Studentlitteratur

Lundgren, E, Heimer, G m fl, (2001) *Slagen Dam – mäns våld mot kvinnor i jämställda Sverige - en omfattningsundersökning*. Umeå, Brottoffermyndigheten och Uppsala universitet

Lundsbye, M, Sandell, G, Ferm, R, Währborg, P, Petit, B, Fälth, T, Holmberg, B  
(2000). *Familjeterapins grunder - ett interaktionistiskt perspektiv, baserat på system-, process-, och kommunikationsteori*.(3:e upplagan) Borås: Natur och kultur.

Peterson, L, Rying, M.(2003) *Dödligt våld*. BRÅ-rapport

Rienecker, L, Stray Jörgensen, P. (2000). *Att skriva en bra uppsats*. Malmö: Samfundslitteratur och författarna

Rosenqvist, Mia Maria (red). Andrén, Maria (red). (2006) *Uppsatsens mystik*. Uppsala: Hallgred & Fallgren

Rying, M (2006) *Utveckling av dödligt våld mot kvinnor i nära relationer* BRÅ-rapport.

Socialstyrelsen(2002) *"Tack för att ni frågar" - Screening om våld mot kvinnor*. Stockholm: Socialstyrelsen

Socialstyrelsen (2006) *Kostnader för våld mot kvinnor. En samhällsekonomisk analys*. Stockholm: Socialstyrelsen

SFS 2001 Socialtjänstlagen 5 kap. 11 § (2001:453) Svensk Författningssamling  
Justitiedepartementet: Stockholm

SOU (1996) *Jämställd vård – möten i vården ur ett tvärvetenskapligt perspektiv*  
(SOU 1996:134) Stockholm:Fritze

Stenson, K, Saarinen, H, Heimer, G, Sidenvall, B. Women's attitudes to being asked about exposure to violence. *Midwifery*. 2001;17:2-10.

Sverige Riksdagen Justitieutskottet Socialutskottet. (2008) *Handlingsplan för att bekämpa mäns våld mot kvinnor, hedersrelaterat våld och förtryck samt våld i samkönade relationer*. Stockholm: Riksdagen

Zeitler, MS, Paine, AD, Breitbart, V, Rickert, VI, Olson, C, Stevens, L, Rottenberg, L, Davidson, LL. Attitudes about intimate partner violence screening among an ethnically diverse sample of young women. *Journal of Adolescent Health*, 2006; 39: 119.e1-8

## **BILAGOR**

### Intervjuguide

Ålder

Yrke

Utbildning

Antal barn

Vilken sorts våld har hon varit utsatt för och under hur lång tid?

När kvinnas sökt sjukvård vad har hon sökt för?

Hur många gånger och under hur lång tid har hon sökt sjukvård utan att få frågan om våld?

Om hon blivit tillfrågad om våld eller själv berättat om våldet vilket bemötande har hon fått?

På vilket sätt önskar hon att hon hade blivit bemött?

Vilken hjälp har hon erbjudits?

Har man följt upp hur det blivit?

Har hon sökt andra hjälpinstanser tex kvinnojour, BUP, soc etc?

Vill hon bli tillfrågad om våld?

Hur känns det att bli tillfrågad?

Hur känns det att inte bli tillfrågad?

Varför tror hon att hon inte blir tillfrågad?

Hur påverkar det hennes syn på sig själv att inte bli tillfrågad?

Varför tror hon att man inte regelmässigt frågar om våld?

Vilka önskningar har hon?

<b>INLEDNING</b> .....	<b>2</b>
VÅLDETS OMFATTNING .....	2
VÅLDETS EFFEKTER PÅ KVINNANS HÄLSA .....	2
HUR VAKNADE MITT INTRESSE FÖR FRÅGAN .....	3
<b>SYFTE</b> .....	<b>4</b>
<b>TIDIGARE FORSKNING</b> .....	<b>4</b>
<b>TEORI</b> .....	<b>5</b>
VAD ÄR VÅLD .....	5
KOMMUNIKATIONSTEORI .....	7
KOMMUNIKATIONENS FUNKTIONER .....	7
VERBAL ICKE-VERBAL KOMMUNIKATION .....	7
DYSFUNKTIONELLA BUDSKAP .....	8
GENSVARETS BETYDELSE I RELATIONEN .....	9
ÖPPEN KOMMUNIKATION .....	9
SAMVERKANDE SPRÅKSYSTEMISKT SYNSÄTT .....	9
EGNA REFLEKTIONER .....	10
<b>METOD</b> .....	<b>11</b>
URVAL .....	12
TILLVÄGAGÅNGSSÄTT .....	14
VALIDITET OCH RELIABILITET .....	15
ETISKA ASPEKTER .....	16
STUDIENS BEGRÄNSNINGAR .....	16
ANALYSMETOD .....	16
<b>RESULTAT</b> .....	<b>18</b>
ÅLDER, ANTAL ÅR KVINNAN VARIT UTSATT, UTBILDNING, YRKE, ANTAL BARN, ANTAL LÄKARBESÖK .....	18
ATT SÖKA VÅRD .....	20
BEHANDLINGSINSATSER SJUKVÅRDEN ERBJUDIT .....	24
ATT BLI TILLFRÅGAD OM VÅLD .....	26
VARFÖR FRÅGAR MAN INTE? .....	28
ATT STÄLLA FRÅGOR OM VÅLD .....	30
KVINNANS SJÄLVBILD .....	31
<b>ANDRA VIKTIGA FYND</b> .....	<b>33</b>
BARNEN .....	33
HUR HAR MAN FÖLJT UPP NÄR VÅLDET BLIVIT KÄNT .....	33
ANDRA INSTANSER KVINNAN SÖKT .....	33
KVINNORS ÖNSKNINGAR .....	34
<b>MÖNSTER, LIKHETER OCH OLIKHETER</b> .....	<b>34</b>
LÅNGA KONTAKTER .....	34
VILL HON BLI TILLFRÅGAD .....	35
LÄNGDEN AV UTSATTHET .....	35
HUR HAR DET GÅTT FÖR KVINNORNA .....	35
<b>DISKUSSION/SLUTSATSER</b> .....	<b>36</b>
RESULTATDISKUSSION .....	36
METODDISKUSSION .....	37
TEORETISK KOPPLING .....	38
SLUTSATSER .....	40
<b>REFERENSER</b> .....	<b>41</b>
<b>BILAGOR</b> .....	<b>43</b>