



Slagen kvinna på akuten – Vad ser och vad gör sjuksköterskan

FÖRFATTARE	Katarina Sundberg
PROGRAM/KURS	Specialistsjuksköterskeutbildning psykiatri 40 poäng/ Omvårdnad – Självständigt arbete I, VOM080 HT 2007
OMFATTNING	15 hp
HANDLEDARE	Bodil Augustsson
EXAMINATOR	Hans Ragneskog

Titel (svensk)	Slagen kvinna på akuten – Vad ser och vad gör sjuksköterskan.
Titel (engelsk)	Battered women at the emergency care – what does the registered nurse see and do?
Arbetets art:	Självständigt arbete – fördjupningsnivå I.
Fristående kurs/kurskod:	Omvårdnad – självständigt arbete I - VOM080
Arbetets omfattning:	15 hp
Sidantal:	20 sidor
Författare:	Katarina Sundberg Leg. Sjuksköterska vid akutmottagningen Kungälv's sjukhus, VG-regionen katarina.sundberg@vregion.se
Handledare:	Bodil Augustsson
Examinator:	Hans Ragneskog

ABSTRAKT

Introduktion

Våld i nära relationer är ett allvarligt samhällsproblem. Tre av fyra anmälda våldsbrott mot kvinnor äger rum i hemmet. Våldet leder till ett omfattande lidande för kvinnor och barn. 22-35 % av alla kvinnor som söker vård på sjukhus gör det till följd av våld i nära relation.

Syfte

Syftet med fördjupningsarbetet var att belysa lidandet hos de kvinnor som utsätts för misshandel av sin partner, samt vilka omvårdnadsåtgärder som sjuksköterskan kan använda sig av för att stödja dessa kvinnor.

Metod

Fördjupningsarbetet var en litteraturstudie. Tio vetenskapliga artiklar söktes och bearbetades.

Resultat

Misshandlade kvinnor vill bli frågade om våld. De berättar om någon inleder. Enskildhet, kontinuitet, bra bemötande och tid med vårdarna är viktigt för att de misshandlade kvinnorna ska våga berätta om sin situation. Få sjukvårdspersonal har utbildning och/eller erfarenhet av omvårdnad vid våld i nära relationer.

Diskussion

De misshandlade kvinnorna vill bli frågade om våld men sjukvårdspersonal ser flera hinder att fråga. Mötet mellan misshandlade kvinnor och sjukvårdspersonal blir något av en ond cirkel.

Slutsats

För att komma till rätta med våld i nära relation måste all sjukvårdspersonal utbildas, screening införas och handlingsplaner för våld i nära relationer finnas på alla inrättningar.

Keywords:

Omvårdnad, lidande, våld i nära relation, akutsjukvård

INNEHÅLLSFÖRTECKNING

ABSTRAKT.....	2
Introduktion.....	2
Syfte.....	2
Metod.....	2
Resultat.....	2
Diskussion.....	2
Slutsats.....	2
Keywords:.....	2
INLEDNING.....	4
BAKGRUND.....	4
Historiska perspektiv.....	4
Definition av våld mot kvinnor.....	5
Vem är kvinnan.....	5
Vem är mannen.....	5
Varför går hon inte.....	6
Våldets konsekvenser.....	7
Hälsa- och sjukvårdens ansvar för våldsutsatta kvinnor.....	8
Åtgärder vid misstanke om att en patient har utsatts för misshandel.....	9
Hinder och motstånd hos personal.....	9
Katie Erikssons omvårdnadsteori.....	10
SYFTE.....	10
METOD.....	11
RESULTAT.....	12
Hur beskriver de misshandlade kvinnorna sitt lidande?.....	12
Vilka omvårdnadsåtgärder kan sjuksköterskan använda för att lindra lidandet?.....	13
DISKUSSION.....	16
Metoddiskussion.....	16
Resultatdiskussion.....	17
Slutsats.....	18
REFERENSER.....	19
BILAGA 1 - ARTIKELPRESENTATION.....	21

INLEDNING

Jag har i min närhet kvinnor som levt i förhållanden där våld förekommit. Jag har funderat och på något sätt fascinerats av detta ämne: Våld emot kvinnor. Varför går inte kvinnan vid första slaget? Varför har inte vi sett och förstått? Hur påverkas barnen i en familj där våld förekommer? Hur kan de här starka kvinnorna som jag känner drabbas? I mitt arbete som sjuksköterska på ett akutintag med psykiatri, medicin, kirurgi och ortopedipatienter har jag träffat många misshandlade kvinnor och de berör mig alltid. Under mina senaste år på akutmottagningen, då jag ”fått upp ögonen” för detta ämne har jag upptäckt flera misshandlade kvinnor, men under mina första tio år på akuten minns jag nästan ingen misshandlad kvinna. Jag tror att det handlar om att vi som arbetar i hälso- och sjukvården måste ”se dem” för de berättar sällan själva om misshandeln. Jag kommer i detta fördjupningsarbete att fokusera på vad sjuksköterskan kan göra för att stödja de våldsutsatta kvinnorna i akutsjukvården. Jag vill också beskriva deras lidande.

BAKGRUND

Mäns våld emot kvinnor har under de senaste decennierna allt mer uppmärksammats som ett allvarligt samhällsproblem och under senare år även som ett folkhälsoproblem. Andelen kvinnor som utsatts för våld eller hot har nästan fördubblats sedan början av 1980-talet (1). Varje år anmäls ca 20 000 fall av våld emot kvinnor i Sverige. I 80 % av fallen är mannen nära bekant till kvinnan (2). Tre av fyra anmälda våldsbrott mot kvinnor äger rum i hemmet (3). Under 90-talet har 16 kvinnor per år, mördats av sin manliga partner (4). Nästan varannan kvinna, 46 %, har efter 15-årsdagen utsatts för våld av någon man (5). Mörkertalet när det gäller våld emot kvinnor är stort. Brottsförebyggande rådet (Brå) har uppskattat att endast mellan 20 och 25 procent av våldet mot kvinnor i nära relationer anmäls till polisen (4). Våld förekommer inom alla konstellationer av nära relationer t.ex. homosexuella förhållanden eller föräldrar/barn relationer. Jag har valt att hålla mig till ämnet mäns våld mot kvinnor.

Historiska perspektiv

Inom såväl konventionell som feministisk forskning om kvinnomisshandel råder det enighet om att våld mot kvinnor har sina kulturella, historiska och sociala rötter i ett samhällssystem som placerar kvinnor i en underordnad position i förhållande till män. Att bevara mäns makt i familjen har varit – och är i vissa kretsar fortfarande – viktigare än att respektera kvinnors rättigheter som individer (6). I Birger Jarls kvinnofridslagar från 1256 blev våldtäkt och kvinnorov av kvinnor från andra familjer, brott om det kunde bevisas. Tidigare var det släkten som agerade arme och polis då det inte fanns någon stadsmakt som kunde garantera någon form av skydd för medborgarna. Kvinnofridslagarna handlade egentligen om att skydda familjens ära och rykte och inte om att skydda enskilda kvinnor (3). Häxförföljelserna som förekom både i USA och i Europa är exempel på hur samhället, i vår historia, har tillåtit och sanktionerat förföljelser av vissa kvinnogrupper. Kyrkans roll har också varit viktig. Kyrkofadern Augustinus hävdade 1871 till exempel att mannen, såsom familjens överhuvud, har rätt att fysiskt straffa både sin hustru och sina barn. Från Island finns en lag från medeltiden bevarad som bland annat lyder, att om kvinnor bar underbyxor fick dessa i alla fall

inte vara hopsydda i grenen (6). Kvinnor kunde utsättas för våld av sin make enligt lag ända till 1864, då lagen om husaga försvann. Innan dess var det husbonden som efter eget omdöme och med alla medel upprätthöll ordning och reda bland hustru och barn. Att aga sitt tjänstefolk förbjöds tidigare 1858. Först i slutet av 1800-talet fick kvinnor i Sverige rätt att välja sin egen make mot faderns önskan (3). I samband med demokratiseringen på 1900-talet fick kvinnor fullständiga mänskliga rättigheter som egna individer. Skilsmässa efter "*djup och varaktig söndring*" (6 s.71) har kunnat erhållas sen 1915, men för kvinnors del låg det fortfarande en begränsning i att de inte kunde försörja sig själva. De var i praktiken fångar i våldspräglade äktenskap så länge de inte själva kunde försörja sig och hade möjlighet att studera sig till en utbildning (6). Sverige fick som första land i världen 1965, en lag mot våldtäkt inom äktenskap. På 1970-talet och i större omfattning på 1980-talet, började kvinnojourer att organiseras, som en reaktion mot bristen på respekt för våldsutsatta kvinnors rätt att leva utan våld. Kvinnomisshandel placerades 1982 under allmänt åtal, med vilket menas att kvinnan inte själv måste anmäla sin partner för att rättsväsendet ska reagera. Några år senare kom rätten för utsatta kvinnor att ha med en stödperson till domstolsförhandlingarna (3). Rikskvinnocentrum bildades 1994 vid Akademiska sjukhuset i Uppsala, för kvinnor som misshandlats och våldtagits. Kvinnovåldskommissionens betänkande *kvinnofrid* kom 1995. Betänkandet tog ett samlat grepp på hela området, vilket har satt viktiga spår vad gäller lagstiftning och andra åtgärder (7). Sexköpslagen som kriminaliserar sexköparna kom 1999 (3).

Definition av våld mot kvinnor

FN:s definition lyder:

"Begreppet våld mot kvinnor innefattar varje våldshandling som är baserade på kön och som resulterar i eller som sannolikt resulterar i, fysisk, sexuell eller psykisk skada eller lidande för kvinnor, inklusive hot om sådana handlingar, tvång eller godtyckliga frihetsberövanden, vare sig det sker i det offentliga eller i det privata livet" (8). Våld mot kvinnor i nära relationer utgörs av ett komplext mönster av övergrepp som omfattar hot om våld, trakasserier, fysiskt våld, psykiskt våld, isolering samt social och ekonomisk kontroll (3, 5).

Vem är kvinnan

Kvinnor som misshandlas förekommer i alla sociala skikt och kulturer. Kvinnomisshandel är dock ovanligare i mer jämlika förhållanden och mest vanligt förekommande i mansdominerade relationer (6). Psykiskt sjuka är en stor riskgrupp tillsammans med utvecklingsstörda, missbrukande kvinnor och vilsegångna tonåringar, för våld i nära relationer (3, 9). Utländska kvinnor är mer utsatta för misshandel. Bidragande orsaker kan vara språksvårigheter, okunskap om det svenska samhället, dess lagar, sociala former och att de ofta saknar ett socialt nätverk (10).

Vem är mannen

I alla samhällsklasser förekommer män som misshandlar sin partner. Ofta kan misshandeln pågå år ut och år in utan att ens den närmaste omgivningen förstår vad som pågår. Många misshandlande män är ofta utåt sett socialt uppskattade, engagerade och omtänksamma personer (2). I allmänhet uppträder de inte avvikande annat än när de inom sin familj, är våldsamma. De männen som använder våld emot sin partner har erfarenheter bakom sig som

har visat honom att han gentemot kvinnor har vissa rättigheter (3). Ofta återkommande är att den misshandlande mannen själv växt upp i en familj där kvinnomisshandel pågått. Båda föräldrarnas agerande spelar här roll. Mamman visar att hon tar emot stryk och pappan visar att det är rätt att slå. Alkohol, arbetslöshet, stress, uppdämda aggressioner, oförmåga att hantera motgångar är några orsaker som har betydelse. Mannen anser sig själv i de flesta fall bara ha "läxat upp" kvinnan och ser sig inte alls själv som en misshandlare (11). Brå har dock i en studie av alla kvinnor som blev mördade i nära relationer under 1990-talet, påvisat att gärningsmännen där, nästan uteslutande utgörs av män som är socialt och/eller psykiskt marginaliserade. Av förövarna var 60 % registrerade för tidigare brottslighet och nära hälften var alkoholmissbrukare (4).

Varför går hon inte

"Tänk dig att du älskar en man och så plötsligt en dag förändras han och blir kall och våldsam. Chocken kan liknas vid att plötsligt bli nedslagen på gatan eller påkördd av en bil. Om mannen sedan tröstar kvinnan så blir förvirringen total. Då är det svårt att vara logisk och handlingskraftig." (12 s.249)

Lundgren (13) beskriver i sitt forskningsarbete "våldets normaliseringsprocess" som fått en betydande och omdiskuterad roll, den process som leder fram till att våld blir ett normalt drag i vardagen och gör så att våldet accepteras och försvaras. Kontrollmekanismer från mannens sida är: Kontrollerad isolering och kontroll med växling mellan våld och värme. Den kontrollerade isoleringen utövar mannen genom att på olika sätt avskärma kvinnan från omvärlden och förhindra henne att ha kontakt med anhöriga och vänner. Kvinnans livsutrymme krymper vilket får stora konsekvenser. Kontroll med växling mellan våld och värme består just i att mannen växlar mellan att vara kärleksfull och omvårdande och att vara aggressiv och våldsam. Detta innebär för kvinnan att hon utvecklar ett känslomässigt beroende av mannen. Lundgren (13) drar parallellen med tortyr där man kan finna liknande dynamik. Växlingen mellan värme och våld leder i kombination med isolering, till att gränserna mellan ont och gott luckras upp och själva våldet kommer efter hand att uppfattas som en kärlekshandling. Våldet har då helt normaliserats. Under våldsprcessens förlopp har mannen starka erotiska upplevelser genom kontrolleringen av kvinnan och att uppnå dessa upplevelser blir ett mål i sig. Anpassning blir kvinnans primära strategi i normaliseringsprocessen. Till en början är anpassning ett sätt att få våldet att upphöra men senare blir det ett sätt att överleva. Anpassningen innebär att kvinnan "gör som mannen vill" och att hon sakta anpassar sig till mannens föreställningar om våldets upprinnelse och orsak.

Våldet internaliseras så gradvis i kvinnan, och efter en tid ser hon på sig själv med mannens ögon i vilka ansvaret för våldet inte sällan ligger på henne. Gradvis förvandlas kvinnan från aktör till offer, i takt med att hennes självkänsla minskar (14 s.19).

I studien: Varför går hon? intervjuas tio kvinnor som levt med våldsamma män och de beskriver starka känslor och band till mannen: Kärlek, rädsla, hat, skuld, medlidande och hopp. Paradoxalt nog verkar rädsla och kärlek gå hand i hand och det är snarare en regel än ett undantag (14).

"Det var så intensivt känslomässigt, det var både rädsla - jag var ju rädd för honom första gången jag träffade honom och hela tiden egentligen. Det räckte med att han gjorde såhär (gör en gest)..så skyggade jag för jag trodde att han skulle slå,

det satt kvar i kroppen.....Det var just den här rädslan och den där intensiteten som var av både kärlek och hat... Jag vet inte hur jag ska förklara. Det var så intensivt att man blev helt uppslukad av det. ” (14 s.72)

Som andra brottsoffer också reagerar kan kvinnan i en våldssituation uppleva att hon är delansvarig och att hon bär skulden till mannens våld. Att kvinnan tycker synd om och känner medlidande med mannen är en ofta förekommande anledning för kvinnorna att stanna i en våldsamt relation. Kvinnan tycker synd om mannen för att han är sårad, sviken, sjuk eller oförmögen att ordna sin egen tillvaro. Kvinnan är ofta väl förtrogen med mannens upplevelser och bakgrund som ges som en ursäkt till hans beteende. Hoppet om att våldsamheterna ska upphöra och förhållandet bli bra är något som nästan alla kvinnor i våldsamma relationer beskriver. Hoppet ses därför som det mest betydelsefulla bandet mellan de båda parterna (14).

Våldets konsekvenser

Kvinnor som upplevt våld i nära relationer, uppger att de upplever både fysiska och psykiska symtom. Några av de psykiska symtom som de uppger är: kraftlöshet, irritation, nervositet, sömnproblem, överansträngning, nedstämdhet, dåligt minne och en känsla av att allt är övermäktigt. 23 % av kvinnorna uppger att de haft självmordstankar. Några av de fysiska symtomen är huvudvärk, magbesvär, domningar i armar och ben, hjärtklappning, illamående, kräkningar, yrsel, darrhänthet, värk i kroppen och rikliga svettningar utan föregående ansträngning (5). Enligt World Health Organization (WHO) är våldet ett allvarligt hot mot kvinnors hälsa och välbefinnande. Våldet skördar fler offer än trafikolyckor och malaria tillsammans och kan i ohälsotal jämföras med den skada och död som cancer orsakar i världen (15). 29 % av alla kvinnliga patienter på en kirurgisk vårdavdelning är föranledda av misshandel (11). En studie från Canada visar att 27-30 % av kvinnorna som söker hjälp på akutmottagningar är offer för våld i nära relationer (16).

Samhället har under de senaste decennierna alltmer börjat uppmärksamma det mycket skadliga våld som barn får uppleva, när de lever i en familj där mamma blir slagen. Att bevittna våld mot sin mamma kan vara lika skadligt för ett barn som att själv bli utsatt för våld (17). Flera studier har visat att barn påverkas negativt och har ökad risk för psykiska störningar som exempelvis depression, dåliga skolprestationer och psykosomatiska problem. Barn är ofta närvarande under misshandeln (18). Tillvaron för barn som bevittnar våld i hemmet är ofta oförutsägbar och kaotisk. Hemmet som skulle vara en trygg och säker plats blir det ställe där de mest skrämmande händelser utspelar sig. En del barn lever med ett reellt dödshot hängande över sig. Hoten kan handla om att pappa ska döda mamma, sig själv eller hela familjen (19). Det är en stor risk att samma man – som ofta är far – är våldsamt både mot kvinnan och barnen och utsätter både den vuxna kvinnan och barnen, framför allt flickor, för olika former av sexuella övergrepp (3). En del barn som upplever våld utvecklar symtom på Post Traumatic Stress Disorder (PTSD) t.ex. hyperkänslighet, tecken på ständig beredskap, sömnlöshet, koncentrationssvårigheter och apati (3, 19).

Hälso- och sjukvårdens ansvar för våldsutsatta kvinnor

I Hälso- och sjukvårdslagen (HSL) § 2 framgår att ”Målet för hälso- och sjukvården är en god hälsa och en vård på lika villkor för hela befolkningen” samt att ”Hälso- och sjukvården ska bedrivas så att den uppfyller kraven på en god vård”. Detta innebär att den särskilt ska:

”vara av god kvalitet och tillgodose patientens behov av trygghet i vården och behandlingen, vara lättillgänglig, bygga på respekt för patienters självbestämmande och integritet samt främja goda kontakter mellan patient och hälso- och sjukvårdspersonalen” (20).

Definition av ”en god vård” enl. HSL, tydliggör den skyldighet som hälso- och sjukvårdspersonal har i omhändertagandet av våldsutsatta kvinnor (10). I den svenska studien *slagen dam* tillfrågades alla kvinnor som deltog, om vilken instans de sökt hjälp hos i första hand och svaret blev vården (5). Steget ut ur ett misshandelsförhållande är stort och vården måste därför vara lättillgänglig. Kvinnan är ofta fylld av skam och skuld känslor och ett bra bemötande är av största vikt för att kvinnan ska känna sig trygg nog att berätta om sin situation. Enligt socialstyrelsen brister hälso- och sjukvårdens personal i att uppmärksamma om de sökande kvinnorna är utsatta för våld (10). Hälso- och sjukvårdens ansvar att ge ett medicinskt och psykosocialt omhändertagande kan sammanfattas med orden upptäcka, dokumentera, informera, behandla, vårda, motivera, upprätta, samverka och hänvisa (10).

Rikskvinnocentrum genomförde 2005 en nationell kartläggning av hälso- och sjukvårdens arbete med våldsutsatta kvinnor. Kartläggningen visar på stor variation i arbetet såväl inom landstingen som mellan landstingen, när det gäller att upptäcka och behandla kvinnor som utsatts för våld. Det gör att våldsutsatta kvinnor som söker vård ofrivilligt deltar i ett geografiskt lotteri. Trots att det inom vissa kliniker pågår omfattande arbeten på att förbättra omhändertagandet av våldsutsatta kvinnor saknas ett helhetsgrepp och gemensam plan för hälso- och sjukvården (21).

Rikskvinnocentrum har på uppdrag av regeringen tagit fram ett utbildningsprogram för hälso- och sjukvårdspersonal. Oavsett av inom vilket område man arbetar som hälso- och sjukvårdspersonal så kommer man att möta kvinnor som utsatts för misshandel och att ha god kunskap om tecken och symtom på misshandel borde vara ett krav. Följande fynd lyfts fram som vanligt förekommande: skada i ansiktet, på halsen, bröstet, armarna, bälgen eller genitalt. Vidare är blåmärken, kontusioner, frakturer, stickmärken, brännskador, bortslitet hår och psykiska/psykosomatiska problem också vanligt. En skadad gravid kvinna bör sjukvården vara extra observant mot eftersom misshandel inte sällan börjar när en kvinna blir gravid. Andra indikatorer på misshandel/övergrepp kan vara: att patientens förklaring inte stämmer överens med skadan eller att patienten haft tidigare akuta sjukvårdsbesök med oklar skadebild. Att patienten söker upprepade gånger för diffusa åkommor utan att bli bra, kan vara ytterligare ett tecken på misshandel eller att kvinnan har väntat länge med att söka för skadan. En överbeskyddande och kontrollerande medföljande partner som vägrar att lämna kvinnan ensam kan också tyda på kvinnomisshandel (10).

Åtgärder vid misstanke om att en patient har utsatts för misshandel

Ta hand om kvinnan så fort du kan. Lämna henne inte ensam. Prata alltid med kvinnan i enrum. Om mannen är med avvisas han under samtalet. Om han inte vill gå ut, använd din auktoritet som sjukvårdspersonal och berätta att ni alltid har som rutin på avdelningen att samtala med patienten i enrum. Fråga rakt på sak om kvinnan blivit slagen. Försök sitta ner i lugn och ro, undvik att bli störd under samtalet, lyssna aktivt och visa förståelse. Be patienten berätta fritt. Undvik dina egna värderingar om det som skett. Låt aldrig medföljande anhörig tolka samtalet. Använd professionell tolk vid behov. Kvinnan ska om möjligt godkänna tolken. Försök motivera kvinnan att polisanmäla händelsen då det bästa är att kvinnan själv anmäler. Om brottet är så grovt att det skulle ge minst två års fängelse så kan sjukvårdspersonal anmäla utan att brott mot sekretesslagen sker, men de är inte skyldiga att anmäla (10). Vid misstanke om att barn far illa har all hälso- och sjukvårdspersonal anmälningsskyldighet till socialtjänsten (22). Dokumentera i patientens journal alla skador och bifoga färgfoto. Vid en rättslig process kan dokumentationen vara av stor betydelse. Alla kvinnor som kommer till sjukvården efter att ha lämnat ett våldsamt förhållande skall erbjudas en skyddad tillflyktsort. Motivera kvinnan till inläggning på sjukhuset. Ge patienten möjlighet till professionell krishantering. Skydda kvinnans identitet (10).

Hinder och motstånd hos personal

För att distansera sig till problematiken kring våld mot kvinnor har både privatpersoner och yrkesutövare en förmåga att hitta ursäkter för att inte behöva ingripa alternativt utföra arbetsuppgifterna mindre noggrant (3 s.55).

Flera undersökningar har gjorts och visar på negativa attityder mot kvinnor som utsatts för våld. Kvinnor har blivit bristfälligt omhändertagna och osynliggjorda. Otillräcklig dokumentation, kommentarer som skuldbelägger kvinnan, eller kanske allra värst – att man inte frågar om våld och låter osannolika förklaringar till skador passera – omöjliggör eller åtminstone försenar kvinnans upprättelse och återhämtning. Våldsutsatta kvinnor tillhör inte den patientkategorin som vi oftast möter i sjukvården – de som gärna talar om sina problem - och kan därför ses som avvikande. Att samma kvinna kan ses gång på gång i akutsjukvården kan vara en bidragande orsak till varför sjukvårdspersonal finner det lättare att – ofta under tidspress ”inte rota och fråga så mycket” utan istället bara åtgärda den aktuella skadan. Oförmågan hos sjukvårdspersonalen att fråga och oförmågan hos kvinnorna att berätta om våldet skapar en ond cirkel som kan lösas genom att ansvaret för kommunikationen och att aktivt fråga om våld åläggs personalen. Att fråga patienter om våld görs i liten utsträckning trots att flera studier visar att kvinnor inte har något emot att bli frågade. Motstånd och hinder hos vårdgivaren kan vara både organisatoriska, strukturella och individuella. Det främsta hindret är brist på kunskap. Kompetensområdet våld mot kvinnor saknas inom de flesta grundutbildningar inom hälso- och sjukvården. Tidsbrist är en annan anledning till att inte fråga om våld eller kanske ibland en bekvämlighetsförklaring till varför man inte frågar. En del kvinnor bedöms som osannolika offer, eftersom personalens föreställningar om hur den misshandlade kvinnan ska se ut, inte stämmer överens med verkligheten. En kvinna som kommer tillbaka gång på gång kan också ses som *förlorade fall* – som det inte är någon ide att fråga. Om sjukvårdspersonal har egna erfarenheter av våld kan det göra att personalen identifierar sig med patienten, vilket kan utlösa känslor som påverkar och blir ett hinder för att ingripa. En rädsla för att kränka patienten genom att fråga om våld och blanda sig i någon annans privatliv, är ett annat hinder. En rädsla för den personliga säkerheten om förövaren

konfronteras kan vara ytterligare en orsak att välja att ”inte se problemet”. Sjukvårdspersonal kan känna misslyckande och frustration när en kvinna trots initiativ från sjukvården, väljer att stanna i sitt förhållande. Brist på inom kompetensområdet kunnig personal, rutiner för hur man frågar om våld och vad man gör vid ett jakande svar utgör ett hinder både för upptäckt och intervention. Chefens okunskap och ointresse om våldets omfång kan göra att misshandlade kvinnor inte prioriteras (3).

Katie Erikssons omvårdnadsteori

Detta fördjupningsarbetet utgår från Katie Erikssons teori om lidandet. **Sjukdomslidande, vårdlidande och livslidande** är tre former av lidande som Eriksson (23) beskriver. Dessa begrepp stämmer väl överens med de misshandlade kvinnornas lidande och kommer därför att användas i fördjupningsarbetet. Sjukvårdens primära uppgift är att hjälpa den lidande människan att leva trots sjukdom och att lindra lidandet med alla medel. Lidandet är inte ett abstrakt begrepp, utan det är den lidande människan och hela hennes livssituation som är vårdvetenskapens kärna. **Livslidande** kan vara allt från ett hot mot en människas liv till en förlust av möjligheten att fullfölja olika sociala uppdrag. Livslidande är det lidande som är relaterat till allt vad det kan innebära att leva, att vara människa bland andra människor. Att leva är ett oundvikligt lidande. Det finns inget syfte med lidandet men efter hand så kan en mening med själva lidandet växa fram. **Sjukdomslidandet** är det lidande som upplevs vid sjukdom och behandling. Det kan vara ett fysiskt lidande såsom kroppslig smärta men även ett själsligt och andligt lidande i form av skam och skuld. **Vårdlidande** är det lidande som uppkommer i vårdsituationen vid utebliven eller bristande kvalitet på vården. Det kan vara att inte bli bekräftad i sitt lidande, inte bli bemött på rätt sätt, inte få den hjälp man behöver och leder därigenom till ett ökat lidande. Vi bör sträva efter att eliminera det onödiga lidandet, men det lidandet som inte går att eliminera bör vi göra allt för att lindra. Förutsättningarna för att vi ska kunna lindra är att vi skapar en vårdkultur där patienten känner sig välkommen, respekterad och vårdad. En vänlig blick, en smekning, ett vänligt ord, eller något annat som är ett uttryck för en ärlig känsla av medlidande kan för en stund lindra det svåraste lidandet (23). Några andra exempel på hur vårdarna kan lindra patienternas lidande är: Att man önskar lindra lidande bör vara grundinställningen, att vara närvarande och förmedla ”här är jag om du behöver mig”. Att ge patienten en möjlighet att samtala och dela med sig. Att trösta, uppmuntra och stödja. Förmedla hopp men även dela hopplösheten. Vara ärlig och tillgodose önskningar. Att stödja patienten i hans eller hennes tro. Ett av vårdvetenskapens och vårdandets grundbegrepp är medlidande. Medlidande kan tolkas som en känslighet för andras smärta och lidande (23).

SYFTE

Syftet med detta fördjupningsarbete var att belysa lidandet hos de kvinnor som utsätts för misshandel i en nära relation. Syftet var även att belysa vilka omvårdnadsåtgärder som sjuksköterskan kan använda sig av för att stödja dessa kvinnor.

METOD

Föreliggande arbete är en litteraturstudie där vetenskapliga artiklar har sökts via databaserna Cinahl och PubMed. Resultatet av sökningarna ses i tabell 1. Sökningarna i Cinahl begränsades till research och peer-reviewed och i PubMed gjordes en begränsning till humans. I båda databaserna söktes artiklar på engelska och svenska med tidsramen 1998-2007. Sökningarna utfördes 24/4, 4/5 och 11/5 2007.

Tabell 1 Resultat av databas sökning.			
Databas	Sökord	Antal träffar	Valda Artiklar (ref.nr)
Cinahl	Domestic violence	122	0
	Domestic violence and caring	0	0
	Domestic violence and nursing	33	9 (24-31, 33)
	Domestic violence and nursing and emergency care	1	0
	Domestic violence and nursing and suffering	0	0
PubMed	Domestic violence	16	1 (32)
	Domestic violence and nursing	7	0
	Domestic violence and nursing and emergency care	0	0
	Domestic violence and nursing and suffering	0	0
	Domestic violence and suffering	0	0
	Domestic violence and caring	0	0
Cinahl	Suffering and domestic violence	1	0
	Suffering and women	94	0

Artikelurvalet gjordes i första hand utifrån de titlar som passade syftet. Därefter lästes sammanfattningen. De artiklar som ansågs relevanta lästes i sin helhet. Inledningsvis lästes artiklarna förutsättningslöst för att få en uppfattning av innehållet. I nästa steg lästes artiklarna igen och analyserades noggrant för att hitta innehåll som kunde relateras till fördjupningsarbetets syfte. Av de utvalda artiklarna var en litteraturstudie (30), sex artiklar var kvalitativa (24, 25, 27, 28, 32, 33) och tre var kvantitativa (26, 29, 31). Fyra artiklar var från USA (28-31), tre kom från England (24, 27, 33) två från Finland (25, 26) och en från Australien (32). För närmare presentation av artiklarna se bilaga 1. Vid bearbetningen av artiklarna framträdde två teman: De misshandlade kvinnornas lidande och sjuksköterskornas möjlighet att stötta kvinnorna genom olika omvårdnadshandlingar. Resultatet kommer att redovisas utefter dessa teman.

RESULTAT

Hur beskriver de misshandlade kvinnorna sitt lidande?

De kvinnor som utsatts för våld i nära relation beskriver ett omfattande fysiskt och psykiskt lidande. De psykiska lidande som kvinnorna drabbades av var: Depressioner, ångest, PTSD, sorg och självmordstankar. Några hade gjort suicidförsök (24-28).

“ I was right down and everything. I was crying all the time. I was having continued harassment from him, and I was really scared...Looking back, I was very low, I felt suicidal” (24 s.278)

Kvinnorna beskrev att de var bundna vid ett destruktivt förhållande. De skämdes för sina kroppar, för sin sociala status och för sitt misslyckade förhållande. Att mista hoppet om äktenskapet gjorde att de kände skam och skuld. Kvinnorna berättade att de kände sig bittra, besvikna och saknade självaktning. Flera kvinnor sa också att deras tankar på frihet associerades med antingen självmord eller att skada sin partner. Dessa tankar föranledde ofta att de sökte hjälp (25). Forskare har sett att 22-35 % av kvinnorna som söker vård på sjukhus gör det pga. skador relaterade till våld i nära relation (29, 30). De fysiska skador som kvinnorna drabbats av var: brutna ben, muskel och ledbandsskador, rivsår, hjärnskakningar, hörselproblem, neurologiska skador, blånader och tandskador (27, 30). Stressrelaterade skador pga. misshandel kunde vara: Huvudvärk, kroniskt irriterad tarm, kronisk smärta och ätstörningar. Om kvinnan blivit våldtagen kunde hon ha vaginala och anala skador. Även problem som urinvägsinfektioner, äggledarinfektioner och sexuellt överförbara sjukdomar förekom vid sexuellt våld (30). Kvinnorna berättade om sina liv som kärlekslösa och känslolösa och hur de totalt tappat självförtroendet och kände sig själva som horor, dörmattor, köksredskap eller möbler.

” I was dependent upon him until I was thirty, I was a doormat and a slave, nothing more (25 s.387).

Alla kvinnorna såg sig själva som sexuella objekt som gick med på sexuell aktivitet för att slippa våld. Ibland kunde religiösa löften t ex äktenskapslöften hindra kvinnan från att lämna mannen (25).

Barn som växer upp i familjer där mamma blir slagen tar skada. Dessa barn har högre grad av beteendestörningar än övriga populationen. Enligt Lemmey et al. (31) finns en signifikant betydelse av barnens beteendestörning och våldets form, frekvens och allvarlighetsgrad mot mamma. Våld under graviditet är en stor hälsorisk och kan leda till missfall, placentaavlossning, blödningar, livmoderuptur och för tidig förlossning (30). Postnatal depression hade också drabbat en del kvinnor (26). Den grymmaste konsekvensen av våld mot kvinnor är döden. I USA är majoriteten av kvinnor som dödas offer för våld i nära relation (30). Rädsla för sin egen säkerhet beskrevs av flera kvinnor (24). I en kvalitativ studie från Australien berättar sjuksköterskor om riskerna att arbeta med våld i familjer där vapen är relativt vanligt (32).

”Even finding them is hard...the gate’s padlocked, you park the car, you jump the fence and you walk and hope...you pass the bulls in the paddock and hope they are not wild and then you come up to the dogs and then you have got to get over another fence to get into

the house and then you get greeted with a guy standing there with a gun...”(32 s.283)

Självskadebeteende förklarades i en kvalitativ studie som en copingstrategi för att hantera kvinnornas svåra situation med våld. Svårigheter att få komma till hälso- och sjukvården upplevdes av många kvinnor. Det gick endast att komma fram om kvinnan var desperat (33). Många saknar någon att tala förtroendefullt med och blev mycket isolerade (28, 33). Våldet blir ofta en familjehemlighet och familjemedlemmar kan gå långt för att inte avslöja våldet (32).

”We had a girl whose husband was physically violent. She was knocked unconscious by her husband late one night. The husband called his mother’s sister and she came out and watched her so no nurse was called, no one was ever informed and that is so frightening. No one know about that except those three people until the wife disclosed to me what had happened to her”(32 s.283).

Vilka omvårdnadsåtgärder kan sjuksköterskan använda för att lindra lidandet?

Många kvinnor uttryckte att de skulle vilja bli tillfrågade om våldet. De skulle vilja diskutera sina problem med personalen, bara personalen inledde samtalet (24-26,28). De flesta kvinnor kände att de hellre skulle svara ärligt på en rak fråga än på en vag öppen fråga. Ibland vet personalen om våldet men de frågar ändå inte. Att få kontinuitet, enskildhet och tid med vårdarna, utan medföljande partner var viktigt för att våga berätta om sin situation (24,26).

” I think if they had brought it into the conversation, even once, I would have told them about the domestic violence. I remember waiting to be asked, thinking please ask me...I was crying out for help. But they never asked ...and I never told them” (24 s279).

Flera kvinnor anser att personalens attityd och respons är det viktigaste för att de ska berätta om sina problem. En del kvinnor tycker det är lättare att tala med kvinnlig personal (26). Att kvinnor som talar annat språk behöver tolk framkom i två studier (24, 33). Broschyrer, postrar och information om lokala möjligheter att få hjälp önskas av kvinnorna (24, 26). Informationen ska finnas översatt till flera språk (33).

I en kvalitativ studie av Chew-Graham et al. (33) intervjuades sydasiatiska kvinnor boende i England. De efterlyste förståelse för sin bakgrund och kultur av hälso- och sjukvårdspersonalen. De upplevde att Islam och Koranen ofta misstolkades av västerlänningar.

”They think we all have arranged marriages, and if we don’t they’re surprised”...(30 s.342)

De sydasiatiska kvinnorna var också rädda för att anförtro någon vårdare sin situation pga. rädsla för att vårdarna skulle berätta vidare vad som hänt och att det via ”djungeltelegrafan” skulle komma fram till kvinnans familj (33).

I en kvalitativ studie av Helton och Evans (28) fick sjuksköterskestuderande genomgå Domestic Violence Learning Module (DVLM). Utbildningen innebar att de fick delta vid rättegångar och vid grupperapi för våldsutsatta och för våldsverkare. Studenterna beskrev rädsla och känslomässiga svårigheter inför möten med våld i nära relationer, i praktiken. Studenterna blev förvånade över sina reaktioner i mötet med offer och våldsverkare.

"Going to court really brought to life the amazingly large number of women out there being abused"(28 s.510).

Smärtan, sorgen, isoleringen och rädslan som offren och förövarna kände var påtaglig och slog studenterna med häpnad. Männen (förövarna) beskrev rädslan för att tappa kontrollen, att förlora sina familjer och att förlora sina jobb. Studenternas syn på offer och förövare ändrades under utbildningens gång. En student sa att hon tyckte en av männen var attraktiv och att hon förstod kvinnan som fallit för honom. Studenterna började se på offren med mindre dömande ögon. De förvånades över variationen av drabbade människor: rika, fattiga, gifta, skilda (28).

" I realized that there are probably more reasons to stay in an abusive relationship than there are to leave"(28 s.511).

DVLM var av hög kvalitet och studenterna ansåg att de fick upp ögonen för verkligheten. De fick erfarenhet av att tala om, fråga om och lyssna till historier om våld. En åsikt som framkom var vikten av att även se förövarna, att bara se offren är att bara se halva problemet (28).

" I think I've always thought abusers must be mean to the core if they could hurt an innocent child or harm a women for any reason. I know now there is so much more to it than this type of simplistic thinking. Learned behavior from generations of abusive behavior or someone's inability to handle issues of control does not automatically make him a horrible person. This evening has definitely showed me I need to be more opened minded, empathetic and nonjudgmental"(28 s.511)

Hälso- och sjukvårdspersonal, helst sjuksköterskor är i en idealposition för att kunna identifiera våld i nära relation genom screening. Sjukvårdspersonal måste lära sig att tolka signaler och att uppfatta tecken på våld (28-30, 32). När sjuksköterskan t.ex. hjälper en patient att duscha har de en stor möjlighet att se blånader och då fråga om våld (30). Och när sjuksköterskan upptäckt en misshandlad kvinna, måste hon/han våga ingripa (28).

För att kunna överleva en våldsrelation beskrev kvinnorna fördelen med att ha en bra terapeut, vänner, en stark gudstro, kontakt med sin ursprungsfamilj, en ny partner, bra feedback från arbetet och självstärkande hobbies. Att bli befriad från skuld känslor och finna samhörighet med andra drabbade av våld, stärkte också kvinnorna (25). Många kvinnor var osäkra på vem de skulle be om hjälp, särskilt mammor som är rädda för att tala om våld i hemmet pga. rädsla för att förlora vårdnaden om sina barn. För kvinnor som berättade om våldet för hälsovårdspersonalen var det flera som ändå inte fick något stöd eller skydd (24).

"You know I wasn't pointed towards any group, or anything...I didn't know places like this existed, or else I would still be at home..."She said, be careful" and" why don't you leave". But that was it, basically" (24 s.279).

Många kvinnor var besvikna på vårdarna som var fördomsfulla, underskattade våldet eller var ovilliga att ta itu med problemet. De förväntade sig att vårdarna skulle vara rättfram, empatiska och ha modet att lyssna på svåra berättelser. Personalen är inriktad på att behandla den aktuella skadan och bryr sig inte om hur den har uppkommit. En del kvinnor blev inte erbjudna någon hjälp alls och en kvinna hade fått rådet att åka på semester. Dålig kontinuitet gjorde det svårt att utveckla en förtroendefull relation med personalen (25-27).

De flesta sjuksköterskorna hade ingen formell utbildning om våld i nära relationer. De sjuksköterskor som fått utbildning sa sig ha förståelse för de misshandlade kvinnornas situation. En signifikant skillnad i sjuksköterskornas attityder och kunskaper sågs hos utbildade på våld i nära relationer kontra outbildade (27). Undervisning om våld och dess verkningar är nödvändigt för att hälso- och sjukvårdspersonalen ska bli mer vaken på symtom och förberedda på att fråga om våld (24-26, 28). Sjuksköterskor kände dåligt till organisationens riktlinjer och samverkansgrupper i ämnet (27).

I en kvantitativ undersökning på Åland tillfrågades 133 sjuksköterskor om våld mot kvinnor (26). Av de tillfrågade svarade 23 % att de aldrig möter misshandlade kvinnor, trots att 10 % av dem arbetade på akutmottagningar, inom primärvård och på psykiatriska vårdavdelningar där misshandlade kvinnor ofta söker hjälp. Av de tillfrågade svarade 25 % att de alltid frågar sina patienter om våld, 15 % frågar ofta, 35 % frågar ibland och 25 % frågar aldrig. De vanligaste anledningarna att inte fråga var: Respekt för kvinnans integritet, svårt att formulera en fråga, brist på erfarenhet av att fråga, rädd för svaret, tidsbrist och att fråga känns irrelevant. Allvarlighetsgraden på kvinnans skada var av betydelse för om sjuksköterskan frågade om våld eller inte. Om en misstänkt misshandlad kvinna gav ett nekande svar på frågan om våld, accepterades hennes svar utan att ifrågasättas. På frågan om varför en kvinna blev utsatt för våld svarade 2/3 av sjuksköterskorna att alkohol och droger var orsaker till fysisk misshandel. 25 % av sjuksköterskorna trodde att kvinnans hjälplösa personlighet var orsaken. Att kvinnorna skulle kunna lämna sina män om misshandeln tilltog trodde 27 % av sjuksköterskorna (27).

Ellis (29) undersökte akutsjuksköterskors hinder för att screena om våld. Av 41 sjuksköterskor tyckte 52,5 % att de borde screena för våld. På frågan om vad som skulle vara bra för dig, för att kunna erbjuda misshandlade kvinnor bättre hjälp svarade 42,5 %, mer utbildning och kunskap om vad de kan erbjuda kvinnorna. Att inte få möjlighet att tala enskilt med patienten sågs som ett hinder för att screena för våld. Tidsbrist var ett annat hinder. Av de tillfrågade hade 57,5 % personlig erfarenhet av våld. Sjuksköterskorna måste även tänka på sig själva och ta hand om sina egna erfarenheter av våld så att de kan få lugn och ro och bli helade i sina egna liv. På så vis kan de få förståelse och bli säkrare i mötet med misshandlade patienter (30).

I England och Australien gör sjuksköterskor s.k. hälsovårdsbesök i hemmen hos småbarnsfamiljer. Vid de tillfällena har sjuksköterskan stor möjlighet att upptäcka våld (24, 27, 32).

” ...I opened the door, and had on a night shirt. I was unable to move my arms because of heavy bruising and the health visitor asked me what had happened and how I got these bruises” (24 s. 278)

Många kvinnor upplevde dock att sjuksköterskorna mest bryr sig om de medicinska problemen kring barnen och inte hur familjen mår för övrigt. Detta kan bero på att sjuksköterskorna jobbar biomedicinskt och inte socialt (32). Sjuksköterskorna tog ibland en stödjande roll för kvinnan, men det som dokumenterades i journalen var en kontroll på barnet (32). Mödrarna tyckte dock att det var lättare att tala med sjuksköterskorna vid hembesöken än med läkarna på läkarmottagningen. Kvinnorna uppfattade läkarna som osympatiska och ointresserade av sociala bekymmer såvida de inte ledde till fysiska eller psykologiska hälsoproblem (26).

” Sometimes you go to GP’s not only just for medical reasons, but for social reasons. But the moments they start with this ‘How are you feeling?’ it just puts you off totally. You end up thinking, well, let me pretend I’ve got a headache”(26 s14).

DISKUSSION

Metoddiskussion

Syftet med detta fördjupningsarbete som är en litteraturstudie, var att belysa lidandet hos de kvinnor som utsätts för misshandel i nära relation, samt vilka omvårdnadsåtgärder sjuksköterskan kan använda sig av för att stödja dessa kvinnor. Resultatet bekräftar till stor del bakgrundslitteraturen och min tidigare erfarenhet från detta område.

Fördjupningsarbetet breddas genom val av artiklar från flera olika länder, dock valdes flest artiklar från USA. Vapentillgången är större i USA och kanske i Australien vilket gör att våldet där ter sig annorlunda jämfört med i Sverige. Trots dessa olikheter känns alla artiklarna överförbara till svenska förhållanden.

I två av studierna anger författarna att respektive studie är granskade av etiska forskningskommiteer (25, 26). I en studie nämns att etisk granskning inte var nödvändig (33). I två studier anges anonymitet av de intervjuade som en viktig etisk faktor (24, 32). I fem av studierna nämns inte någon etisk diskussion överhuvudtaget vilket kan tyckas anmärkningsvärt (27-31). Säkert har etiska överväganden bearbetats trots att det inte står att läsa i artiklarna.

Jag är medveten om att många citat förekommer i fördjupningsarbetets resultat men detta för att citaten förmedlar mycket information och ger en fördjupad beskrivning av kvinnornas lidande. Min förhoppning är att läsaren på så vis ska få en förståelse för de misshandlade kvinnornas situation.

Att använda sig av Katie Erikssons omvårdnadsteori känns helt relevant i mötet med misshandlade kvinnor. Att leva i ett misshandelsförhållande leder till ett livslidande både för kvinnan och för barnen. Kvinnans (och barnens) alla skador, fysiskt och psykiskt är ett sjukdomslidande. Vårdlidandet är stort för den här patientkategorin eftersom vården på många håll är dåligt förberedd på att ta hand om dessa kvinnor. Handlingsplaner saknas och de flesta personalkategorier har ingen utbildning i ämnet våld i nära relationer.

Så här i slutet av mitt fördjupningsarbete har jag kommit underfund med att ett lämpligt sökord som borde ha provats vid sökning av artiklar är: Intimate partner violence (IPV) vilket är ett vanligt internationellt begrepp för våld i nära relation. Att haft med fler artiklar som berör kulturella skillnader av våld hade också varit en fördel. Endast en av de artiklar som använts i fördjupningsarbetet berör kulturella skillnader (33). En studie (31) som inte tillfört fördjupningsarbetet någon ny kunskap direkt och inte handlar om fördjupningsarbetets syfte, utan mest berör barnens situation kunde kanske ha lämnats åt sidan. Barnens situation och kvinnans situation i ett våldsamt förhållande är dock enligt min mening sammanflätade och att därför ha med en studie om barnens situation kändes ändå relevant.

Resultatdiskussion

Den viktigaste kunskapen som framkommer i resultatet är att misshandlade kvinnor vill bli tillfrågade om våld, men personal frågar sällan om våld (24-26, 28). De misshandlade kvinnorna berättar inte själva om våldet eftersom det är så skambelagt och deras självkänsla ofta är så låg. Personal frågar inte om våld pga. olika anledningar. Den vanligaste anledningen för att man inte frågar kvinnorna är respekt för kvinnans integritet (27). Mötet mellan misshandlade kvinnor och sjukvårdspersonal verkar bli något av en ond cirkel. Denna kunskap stämmer väl överens med fakta i Heimer och Posses bok (3). För att bryta denna onda cirkel och för att komma till rätta med våld i nära relationer borde utbildning av alla yrkeskategorier i sjukvården vara ett krav. Mycket fakta pekar på att våld i nära relation är ett mycket allvarligt problem som leder till stort lidande och en stor samhällskostnad. Att 22-35 % av alla kvinnor som söker vård på sjukhus gör det pga. skador relaterade till våld i nära relationer är ett faktum som även borde tala för att rent samhällsekonomiskt satsa mer resurser på att lösa problematiken kring våld i nära relationer (29, 30). Stor suicidrisk hos kvinnorna och hög frekvens av beteendestörning hos barnen är två exempel på allvarligt lidande (24-28, 31). Det är anmärkningsvärt att ett så här stort samhällsproblem inte har kommit längre i krav på utbildning, krav på handlingsplaner mm. Att screena alla patienter för våld i nära relationer borde inte vara svårare än att screena för hypertoni och bröstcancer vilket görs i sjukvården idag.

Varför är det så svårt att fråga om våld i nära relationer? Är det för att vi är uppfostrade att tro på vad våra medmänniskor säger och inte ifrågasätta deras berättelser? Eller är det för att våld inom ett förhållande är så oerhört personligt, som gör att det känns så svårt att "lägga sig i" någon annans situation. Enligt Ellis (29) så hade 57,5 % av sjuksköterskorna egen erfarenhet av våld. Är det därför sjuksköterskorna så sällan frågar om/upptäcker våld för att egna obearbetade erfarenheter begränsar förmågan att hjälpa andra? Kanske borde sjukvårdsorganisationen först se till att fånga in alla medarbetare som behöver bearbeta egna våldserfarenheter, för att de sedan i sin tur ska vara kapabla att hjälpa patienter i liknande situationer? Enligt Häggblom et al (27) hade allvarlighetsgraden på kvinnans skador betydelse för om sjuksköterskan frågade om våld eller inte. Är det så att sjukvårdspersonal blundar för "mindre" skador och inte förrän kvinnan är allvarligt skadad försöker att hjälpa henne? Om hon redan får hjälp vid de mindre skadorna så kanske hon kan räddas från ett destruktivt liv mycket tidigare. Och om vi frågar först vid de allvarliga skadorna kan jag inte låta bli att fundera över alla psykiska skador som inte syns utanpå – hur ska de bedömas i allvarlighetsgrad? Tidsbrist, brist på enskildhet med patienten och medföljande anhörig är andra hinder för att fråga om våld (24, 26). Jag har förståelse för dessa hinder utifrån mitt yrkesliv, men jag vet att ibland har vi tid att fråga även på akutmottagningen och att be anhöriga att gå ut lite brukar inte heller vara något problem. Vi frågar patienterna så mycket: om blodsmittor, allergier, mediciner, avföringsvanor osv. så att ställa en fråga till, även om den helst kräver en del tid av oss, för att patienten ska få förtroende för oss, borde vanligtvis inte vara något problem. Att inte veta vad man ska göra vid ett jakande svar på frågan om våld såg 12,5 % av sjuksköterskorna som ett hinder för att inte fråga (29). Om det finns handlingsplaner på alla vårdinrättningar – behöver ingen vara rädd för att inte veta vad man ska göra! Våldsutsatta kvinnor söker i första hand hjälp inom sjukvården och sjuksköterskor på akutmottagningar/triagesjuksköterskor är i en unik position att fånga upp IPV (5, 28-30, 32) vilket borde vara skäl nog att utbilda alla akutmottagningssjuksköterskor i omvårdnad vid IPV.

Det hot och våld som en misshandlad kvinna får utstå känns mycket relevant att beskriva med Erikssons (23) begrepp om livslidande. Den dödsrisk som dessa kvinnor lever med är ett faktum och det fysiska och psykiska lidandet som de utstår är ett enormt sjukdomslidande. Att inte sjukvården erbjuder ett bra omhändertagande av dessa kvinnor leder till att de även drabbas av ett onödigt vårdlidande.

DVLM var en uppskattad utbildning som gjorde att deltagarna fick upp ögonen för våld i nära relationer (28). Min personliga erfarenhet i ämnet är också att ju mer utbildning jag får ju fler våldsutsatta kvinnor upptäcker jag.

En motsägelsefull kunskap i fördjupningsarbetet är att de män som slåss sägs finnas i alla samhällsskikt men i Brå-rapporten konstateras att de kvinnor som dödats under 1990-talet i Sverige dödats av män som ofta var alkoholister och hade kriminell bakgrund (2, 4). Är det möjligen så att det våldet som blir allra mest allvarligt – kanske leder till döden – begås av män i marginaliserade grupper?

En framtida intressant studie skulle vara att på ett svenskt sjukhus genomföra en screening av alla kvinnor och se hur många som söker på grund av våld. Eller att genomföra en screening innan och en efter att sjukvårdspersonalen fått utbildning om IPV och se på skillnaden.

Slutsats

Alla sjuksköterskor och övrig hälso – och sjukvårdspersonal måste utbildas i ämnet: Våld i nära relationer. Att screena för IPV bör vara ett krav inom akutsjukvården, psykiatri, mödravården, barnvårdscentraler och andra inrättningar där misshandlade kvinnor kan tänkas söka hjälp. Alla sjukvårdsinrättningar måste ha en handlingsplan för IPV.

REFERENSER

1. Socialstyrelsen, Folkhälsorapport 2005. www.sos.se Tillgänglig 070413
2. Kvinnofrid. Utbildningsprogram. www.kriminalvarden.se Tillgänglig 070420
3. Heimer G, Posse B Våldsutsatta kvinnor - samhällets ansvar. Lund: Studentlitteratur; 2003
4. Brottsförebyggande rådet. Brå-rapport: 2001:11. Inte vilka män som helst. Dödligt våld mot kvinnor i nära relationer, www.bra.se Tillgänglig 070414
5. Lundgren E, Heimer G, Westerstrand J, Kalliokoski A, Slagen dam, Mäns våld mot kvinnor i jämställda Sverige – En omfångsundersökning, Umeå: Brottsoffermyndigheten ; 2001
6. Eliasson M. Mäns våld mot kvinnor. Stockholm: Natur och Kultur; 1997
7. Statens offentliga utredning SOU;1995:60 Kvinnofrid. www.sou.gov.se Tillgänglig 070419
8. Förenade nationerna. Peking kvinnokonferens 1995, Slutdokument § 114 www.fn.se Tillgänglig 070501
9. Ormstad K. Professor vid Rättsmedicinska institutet, Oslo, Föreläsning: Rädslans rum, 2006-04-06, Park Aveny hotell, Göteborg
10. Rikskvinnocentrum, Uppsala universitet Att möta kvinnor som utsatts för misshandel och våldtäkt. Utbildningsprogram för hälso-och sjukvårdens personal, , Reviderad 2003
11. Fågel Fenix, Intresseorganisation mot kvinnovåld, www.fagelfenix.org Tillgänglig 070417
12. Johansson K, Wirbing P, Riskbruk och missbruk, Kapitel om sexualiserat våld, incest och missbruk. Stockholm, Natur och kultur; 2005.
13. Lundgren E, Våldets normaliseringsprocess – Två parter – två strategier, Stockholm: Riksorganisationen för Sveriges kvinnojourer; 2004
14. Holmberg C, Enander V, Varför går hon? Om misshandlade kvinnors uppbrottsprocess. Ystad, Kabusa böcker; 2004
15. World Health Organization. Violence against women: a priority health issue. New York; 2000 www.who.org Tillgänglig 070408
16. Hurley K F, Brown-Maher T, Campbell S G, Wallace T, Venugopal R, Baggs D Emergency department patients' opinions of screening for intimate partner violence among women. Emerg Med J 2005; 22:97-98
17. Socialstyrelsen Rapport: När mamma blir slagen. Att hjälpa barn som levt med våld i familjen. Stockholm; 2005
18. Almqvist K, Broberg A, Barn som bevittnar våld mot mamma – en studie om kvinnor och barn som vistas på kvinnojourer i Göteborg. Stadsdelsförvaltningen Lundby, Göteborgs stad; 2004
19. Arnell A, Ekbohm I, ”och han sparkade mamma” - möte med barn som bevittnat våld i sina familjer. Rädda barnen, Trelleborg; 1999.
20. Wilow K: Författningshandbok 2003 för personal inom hälso- och sjukvård. Liber AB, Stockholm; 2002.
21. Andreasson C, Stensson K, Björk A, Heimer G. Den svenska hälso- och sjukvårdens arbete inom kompetensområdet våld mot kvinnor. Nationell kartläggning. Rikskvinnocentrum, Uppsala; 2006
22. SFS Socialtjänstlagen;2001:453,14 kap.1 § www.riksnet.se Tillgänglig 070501
23. Eriksson K, Den lidande människan. Stockholm, Liber; 2003
24. Peckover S.”I could have done more with a little more help”: an analysis of woman's help-seeking from visitors in the context of domestic violence. Health and Social Care in the Community 2003;11(3):275-282

25. Flinck A, Paavilainen E, Åstedt-Kurki P. Survival of intimate partner violence as experienced by women. *Journal of Clinical Nursing* 2005;14:383-393
26. Bacchus L. Mezey G. Bewley S. Experiences of seeking help from health professionals in a sample of women who experienced domestic violence. *Health and Social Care in the Community* 2003;11(1):10-18
27. Häggblom A.M.E. Hallberg L.R.-M. Möller A.R. Nurses attitudes and practices towards abused women. *Nursing and Health Sciences* 2005;7:235-242
28. Helton S.M. Evans G.W. "She looked just like me." A domestic violence learning module. *Mental Health Nursing* 2001;22:503-516
29. Ellis M.J. Barriers to effective screening for domestic violence by registered nurses in the emergency department. *Crit Care Nurs Q* 1999;22(1):27-41
30. Draucker C. Domestic violence: The challenge for nursing. *Online Journal of issues of nursing* 2002;7(1)
31. Lemmey D. Malecha A. McFarlane J. Willison P. Watson K. Henderson Gist J. Fredland N. Schultz P. Severity of violence against women correlates with behavioural problems in their children. *Pediatric Nursing* 2001;27(3):265-270
32. Cox H. Cash P. Hanna B. Dàrey-Tehan F. Adams C. Risky business: stories from the field of rural community nurses` work in domestic violence. *Aust. J. Rural Health* 2001;9:280-285
33. Chew-Graham C. Bashir C. Chantler K. Burman E. Batsleer J. South Asian women, psychological distress and self-harm: lessons for primary care trusts. *Health and Social Care in the community* 2002;10(5):339-347

BILAGA 1 - ARTIKELPRESENTATION

Referens nummer: 24
Titel: "I could have done with a little more help": an analysis of women's help-seeking from health visitors in the context of domestic violence.
Författare: Peckover S
Tryckår: 2003
Tidskrift: Health and Social Care in the community
Syfte: Att undersöka hur den Brittiska hälsopersonalens hembesök fungerar i relation till våld i hemmet.
Metod: Kvalitativ. Djupintervjuer.
Urval: Sex ideella organisationer mot kvinnovåld kontaktades för att dela ut information och bjuda in deltagare till studien. 16 kvinnor deltog.
Antal referenser: 43
Land: England

Referens nummer: 25
Titel: Survival of intimate partner violence as experienced by women.
Författare: Flinck A, Paavilainen E, Åstedt-Kurki P
Tryckår: 2005
Tidskrift: Journal of Clinical Nursing
Syfte: Att beskriva kvinnors erfarenhet av partnervåld och av att vara överlevare, våldets konsekvenser och vilken hjälp de erhöll.
Metod: Kvalitativ. Djupintervjuer.
Urval: En frivilligorganisation mot våld emot kvinnor och barn informerade sina medlemmar om studien. Sju kvinnor hörde av sig och ville delta.
Antal referenser: 76
Land: Finland

Referens nummer: 26
Titel: Nurses' attitudes and practices towards abused women.
Författare: Häggblom A. M. E. Hallberg L. R-M. Möller A. R.
Tryckår: 2005
Tidskrift: Nursing and Health Sciences
Syfte: Att beskriva sjuksköterskornas kunskap och erfarenhet av våldsutsatta kvinnor.
Metod: Kvantitativ.
Urval: Ett frågeformulär skickades ut till alla 234 sjuksköterskor inom Ålands hälso- och sjukvård. 57 % svarade.
Antal referenser: 27
Land: Finland

Referens nummer: 27
Titel: Experiences of seeking help from health professionals in a sample of women who experienced domestic violence.
Författare: Bacchus L. Mezey G. Bewley S.
Tryckår: 2003
Tidskrift: Health and Social Care in the Community
Syfte: Att undersöka hur den psykiska hälsan är och hur den varit hos kvinnor som har erfarit våld i nära relation och att beskriva deras erfarenheter av att söka hjälp hos hälso- och sjukvården
Metod: Kvalitativ. Intervjuer, frågeformulär och skalor.
Urval: Alla kvinnor som bokade tid för mödravård på två sjukhus screenades för våld i nära relation under 5 månader. Av de kvinnor som tillstod våld valde barnmorskor ut lämpliga kvinnor och tillfrågade dem om de ville delta i studien. 16 kvinnor deltog.
Antal referenser: 62
Land: England

Referens nummer: 28
Titel: "She looked just like me." A domestic violence learning module.
Författare: Helton S.M. Evans G.W.
Tryckår: 2001
Tidskrift: Mental Health Nursing
Syfte: Att undersöka sjuksköterskestuderandes erfarenheter av Domestic Violence Learning Module (DVLM)
Metod: Kvalitativ, Fenomenologisk metod.
Urval: Av de 87 sjuksköterskestuderande som genomförde DVLM under 1997-1998 tillfrågades alla om de ville delta i studien. Av de 60 som ville delta valdes sedan 18 dagboksanteckningar ut slumpmässigt och granskades noggrant.
Antal referenser: 25
Land: USA

Referens nummer: 29
Titel: Barriers to effective screening for domestic violence by registered nurses in the emergency department.
Författare: Ellis J.M.
Tryckår: 1999
Tidskrift: Critical Care Nursing Quarterly
Syfte: Att ta reda på sjuksköterskors hinder för att screena för våld i nära relationer på akutmottagning.
Metod: Kvantitativ
Urval: Frågeformulär skickades till 101 sjuksköterskor på en stor akutmottagning. (90000 patienter/år.) 40 % fullföljde studien.
Antal referenser: 22
Land: USA

Referens nummer: 30
Titel: Domestic violence: The challenge for nursing.
Författare: Draucker C
Tryckår: 2002
Tidsskrift: Online journal of issues in nursing.
Syfte: Att undersöka de tre mest betydande typerna av våld i nära relationer: Partnervåld, barnmisshandel och våld mot äldre.
Metod: Litteraturstudie.
Antal referenser: 58
Land: USA

Referens nummer: 31
Titel: Severity of violence against woman correlates with behavioral problems in their children.
Författare: Lemmey D, Malecha A, McFarlane J. Willson P. Watson K. Henderson Gist J. Fredland N. Schultz P.
Tryckår: 2001
Tidsskrift: Pediatric nursing
Syfte: Att undersöka hur allvarligt våld mot kvinnor leder till beteendestörningar hos kvinnornas barn.
Metod: Kvantitativ
Urval: Alla kvinnor som kom till en byrå för misshandlade kvinnor och som uppfyllde kriterierna för studien tillfrågades om att delta. 83 kvinnor deltog.
Antal referenser: 30
Land: USA

Referens nummer: 32
Titel: Risky business: stories from the field of rural community nurses work in domestic violence.
Författare: Cox H, Cash P. Hanna B. D`Arcy-Tehan F. Adams C.
Tryckår: 2001
Tidsskrift: Australian journal of rural health.
Syfte: Att undersöka familjevåldet på landsbygden i Victoria, Australien.
Metod: Kvalitativ. Fokusgrupper.
Urval: Brev skickades till alla kommunala hälsocentra, lokala stadskontor och statens regionala kontor på landsbygden. 24 sjuksköterskor svarade och ville delta.
Antal referenser: 17
Land: Australien

Referens nummer: 33
Titel: South Asian women, psychological distress and self-harm: lessons for primary care trusts.
Författare: Chew-Graham C. Bashir C. Chantler K. Burman E. Batsleer J.
Tryckår: 2002
Tidskrift: Health and social care in the community
Syfte: Att undersöka vilka behov, vilket lidande och vilka psykiska problem som sydasiatiska kvinnor lider av och som kan leda till självska debeteende och självmord. Samt att använda resultatet till att förbättra primärvården för dessa kvinnor.
Metod: Kvalitativ. Fokusgrupper. Intervjumall användes.
Urval: Redan existerande Sydasiatiska kvinnogrupper kontaktades och tillfrågades om kvinnorna de ville delta Fyra fokusgrupper bildades.
Antal referenser: 13
Land: England