



GÖTEBORGS  
UNIVERSITET

## Våld mot kvinnor; ett underskattat folkhälsoproblem.

En litteraturstudie om attityder till screening som metod för att identifiera våldsutsatta kvinnor inom hälso- och sjukvården

Författare: Hultqvist. S, Magnusson. L

Program: Folkhälsovetenskapligt program 120 poäng  
Examensarbete i folkhälsovetenskap VT 2007

Omfattning: 10 poäng

Handledare: Lena Andersson

Examinator: Annika Jakobsson

---

Sahlgrenska akademien  
Enheten för socialmedicin

Svensk titel: Våld mot kvinnor; ett underskattat folkhälsoproblem.  
- en litteraturstudie om attityder till screening som metod för att identifiera våldsutsatta kvinnor inom hälso- och sjukvården

Engelsk titel: Violence against women; an underestimated public health issue.  
- a literature study about attitudes to screening for identifying violence against women in healthcare settings

Författare: Hultqvist.S , Magnusson.L

Program: Folkhälsovetenskapligt program 120 poäng  
Examensarbete i folkhälsovetenskap VT 2007

Omfattning: 10 poäng

Handledare: Lena Andersson

Examinator: Annika Jakobsson

---

## Sammanfattning

**Bakgrund:** Våld mot kvinnor är ett underskattat globalt folkhälsoproblem och ett brott mot de mänskliga rättigheterna. Våldet är en riskfaktor för kvinnors hälsa, såväl den fysiska som psykiska. Att tidigt upptäcka våld mot kvinnor skulle kunna mildra konsekvenserna av våldet och samtidigt förhindra såväl förlust av humankapital som stora samhällsekonomiska kostnader.

**Syfte:** Att undersöka attityder till screening inom hälso- och sjukvården samt om screening som metod är ett bra alternativ för att identifiera våldsutsatta kvinnor. Vidare ville vi undersöka kvinnors egna attityder till screening.

**Metod:** En litteraturstudie gjordes för att finna teman och meningsbärande enheter i vår studie. Tolv vetenskapliga artiklar granskades enligt särskild checklista för kvalitetsgranskning av artiklarna.

**Resultat:** Av de inkluderade artiklarna behandlade fem artiklar kvinnors attityder samt sju artiklar behandlade hälso- och sjukvårdsprofessionens attityder till screening. Kvinnorna ställde sig positiva till screening medan hälso- och sjukvårdspersonalen generellt var kritiska.

**Slutsats:** Brist på kunskap och tid, samt rädsla för att kränka patienten är huvudargument för att inte använda screening hos hälso- och sjukvårdspersonal. Till trots kan vi utifrån studier konstatera att kvinnor vill bli tillfrågade och ställer sig positiva till screening på villkoren att man bemöts ickefördömande med respekt för autonomi, förståelse och ödmjukhet. Eftersom en stor del av populationen besöker primärvården kan den vara en utmärkt arena för att identifiera våld. Att implementera screening inom primärvården anser vi vara en viktig uppgift för att upptäcka våld mot kvinnor samt att utveckla interventionsprogram för de utsatta.

**Sökord:** Våld mot kvinnor, screening, attityder, hälso- och sjukvård.

## **ABSTRACT**

**Background:** Violence against women is an underestimated global public health problem as well as a crime against human rights. Violence is a risk factor against women's health, both physical and mental. Early identification can reduce the consequences of violence and prevent loss of humancapital and reduce community economic costs.

**Objective:** The aim of this study was to explore attitudes to screening among health care professionals. Furthermore we were interested in finding out if screening is a god alternative to identify women who is exposed to violence. Another objective was to explore women's own attitude to screening.

**Method:** A litterature study was done to find attitudes and important themes. In our study 12 scientific articles were studied with help of a special checklist made for adress the quality of the articles.

**Results:** Five of the articles deals with women's attitudes to screening and seven deals with healthcare professional's attitudes to screening.

**Conclusion:** Lack of knowledge and time, along with fear to offend the patient is the main argument from healthcare professionals not to use screening. Through our study we found that women are positive to screening. Important is how this is done, professionals have to be aware of, specially regarding autonomy, understanding and be very humble. Since a large portion of the population visits the primary healthcare this is an excellent arena to identify violence. By doing this we think that violence against women would in a lesser degree go by unnoticed and possibilities to find interventions acts for those who are abused could be made.

**Keywords:** Domestic violence, women, screening, attitude, primary health care

## FÖRORD

All respekt och värme till alla dessa kvinnor som visat förtroende för forskningen, som delgett oss sina berättelser och åsikter i olika studier som vi i detta arbete kunnat ta del av. Vi vill också ge en eloge till alla tappra organisationer och forskare som kämpar för våra gemensamma mänskliga rättigheter då vi i vår undersökning förstått att vi kommit långt, men att det trots allt är en lång väg kvar. Vi hoppas i framtiden på ett gott samarbete mellan professioner ( däribland oss som folkhälsovetare) för att tillsammans komma vidare i kampen mot våldet och dess konsekvenser.

Vi vill också tillägna ett tack till vår institution, Socialmedicin vid Sahlgrenska akademien. Ett tack till alla fina personligheter vi mött under dessa år som lärt oss massor och öppnat nya dörrar till förståelse av orättvisor och ojämlikheter som råder i våra samhällen idag.

Vi vill först och främst tacka Allan Dale som öppnade en ny värld för oss, innehållande epidemiologi – som sedan Dag Thelle med stor ödmjukhet förmedlade vidare.

Vi är så oändligt tacksamma för att Gunilla Krantz och Anna Westerståhl ”satte genusglasögonen på plats”. Världen blir sig aldrig mer lik...

Stort tack även till Annika Jakobsson, för att du alltid funnits när vi behövt ditt stöd och framför allt vår handledare Lena Andersson för stort tålamod.

Övriga som stöttat, såväl ekonomiskt som med barnvaktande, uppmuntrande ord och skänkt oss kärlek och mod.

Varmt tack!

Göteborg den 28 Maj 2007

Lisa Magnusson & Susanne Hultqvist

# INNEHÅLLSFÖRTECKNING

<b>1. INLEDNING</b> .....	1
<b>2. BAKGRUND</b> .....	3
2.1. Våldets aktualitet och utbredning i Sverige .....	4
2.2. Hälso- och sjukvårdens potentiella roll i Sverige.....	5
2.3. Teori .....	6
<b>3. PROBLEMFÖRMULERING</b> .....	7
<b>4. SYFTE</b> .....	7
<b>5. METOD</b> .....	7
5.1. Urvalskriterier .....	8
5.2. Datainsamlingsmetod.....	9
5.3. Databassökning .....	9
5.4. Manuell sökning.....	9
5.5. Databearbetning och analysmetod .....	10
<b>6. RESULTAT</b> .....	11
6.1. Kvinnors attityder.....	12
6.2. Kvinnors attityder och polisanmälan .....	12
6.3. Hälso- och sjukvårdspersonal och attityder till screening.....	13
<b>7. DISKUSSION</b> .....	15
7.1. Stigma .....	15
7.2. Autonomi.....	16
7.3. Screening i Sverige, framtid.....	16
7.4. Metoddiskussion .....	18
<b>8. SLUTSATS</b> .....	19
<b>9. KÄLLFÖRTECKNING</b> .....	20

## Bilagor

1. Databassökning
2. Sammanställning analyserade artiklar

# 1. INLEDNING

Strax innan jul 2006 klev vi ur flygplanet efter ett dygns resa från Centralamerika, brunbrända och fullmatade med nya intryck. Vi hade precis avslutat vår fem veckor långa praktik på Centro de Investigación en Demografía y Salud (CIDS) i Leon/Nicaragua. CIDS är ett demografiskt och epidemiologiskt forskningscenter i samarbete med universitetet i Nicaragua, Universidad Nacional Autónoma de Nicaragua (UNAN). Vi fick ta del av pågående studier och fältarbete inom reproduktiv och mental hälsa. Ganska omedelbart sögs vi in i problematiken om våldet mot kvinnor.

Under dessa upplevde vi en helt annan kulturell kontext präglad av machokultur<sup>1</sup>. Att komma från ”jämförbara” Sverige där våld mot kvinnor inte tillhör det dagliga samtalet sattes i stark kontrast. Här är livstidsprevalensen<sup>2</sup> för en kvinna att utsättas för våld 52 %. Våldet ligger djupt rotat i de befintliga strukturerna. Vi vill också här passa på att klargöra att vi fortsättningsvis genom uppsatsen främst syftar ”våld mot kvinnor” som våld förorsakat av en man, då statistik trots allt visar att våld mot kvinnor till största andel förorsakas av en man[2, 3]. Vi förvånades av det öppna samtalet om våldet mot kvinnor i Nicaragua. Vi upplevde en stark medvetenhet, särskilt bland hälso- och sjukvårdspersonal och inom den politiska sfären. När vi sedan återgick till våra studier på Göteborgs universitet kunde vi inte längre låta bli att ifrågasätta vår sanning om ”jämförbara Sverige”. Vi anser att det finns en tystnad och avsaknad av debatt inom området våld mot kvinnor i Sverige. Vi började söka litteratur för att skapa oss en bild av nuläget. Vi upptäckte en publicerad omfångsstudie på ett stort antal kvinnor i Sverige från 2002 där livstidsprevalensen att utsättas för våld efter sin 15-årsdag uppskattas till 46 %![2]. Då bestämde vi oss för att fördjupa oss inom ämnet, som till slut blev en C-uppsats!

---

<sup>1</sup> Machokultur, från spanskans ”machismo” som syftar till ett manligt ideal där rätten att vara man är självklar samt där man framhäver typiska rådande manliga attribut i den kulturella kontext man befinner sig i. Ofta förknippat med kaxighet, självständighet och kvinnotjusning.

<sup>2</sup> Livstidsprevalens avses som det totala antalet personer som under sin totala livstid haft en sjukdom. I det här fallet utsatts för våld.[1] Janlert U. Folkhälsovetenskapligt lexikon. Stockholm: Natur och kultur 2000.

Vi har under vår utbildning inom folkhälsovetenskap formats av epidemiologi<sup>3</sup> och genusvetenskap<sup>4</sup>. Härigenom har vi fostrats till att ta hänsyn till hälsans olika bestämningsfaktorer i samhället och dess interaktion<sup>5</sup>. Vi har fått en ökad förståelse för svårigheterna att komma till bukt med problem som har sin grund på det strukturella planet.

Vi har i denna uppsats valt att inte ha underrubriker såsom genusperspektiv, etik, etnicitet och sexualitet då vi inte anser det etiskt gångbart att marginalisera och urskilja dessa faktorer som särskilda determinanter för våld mot kvinnor. Då dessa interagerar i ett strukturellt system. Våldet förekommer inom alla fält såsom klass, etnicitet, sexualitet och kön, dock varierar det i utformning och mönster. Vi tror att problematiken i att hitta våldsutsatta kvinnor till stor del beror på en stigmatisering och mytbild av vad våld anses vara och vem det drabbar. Våldet är komplext och svårdefinierat.

Att vara utsatt för våld kan aldrig bli en enskilds individs fel och ansvar. En stor del av populationen kommer på något sätt i kontakt med sin vårdcentral, varför vi tror att vårdcentralerna i Sveriges fall kommer att vara en betydande arena för framtidens arbete inom prevention<sup>6</sup> och folkhälsoarbete. Att medvetandegöra vårdpersonalen om kommunikationens stora betydelse för patientens förståelse och attityd, både till sin egen hälsa och det sända budskapet är mycket viktigt. ”Rätt kommunikation” kan göra att både individens hälsa och därmed folkhälsan förbättras avsevärt.

Samtidigt som vi fått vetskapen om att screening<sup>7</sup> om rökning och alkohol förekommer på vissa vårdcentraler i Göteborg frågade vi oss hur bemötande och identifiering av våldsutsatta kvinnor ser ut i Sverige och vilka attityder råder? Med anledning av detta ville vi undersöka om screening skulle kunna vara en möjlighet inom hälso- och sjukvården, för att upptäcka våld mot kvinnor. Eftersom våld mot kvinnor har visat sig leda till så stora samhälleekonomiska och omfattande konsekvenser frågade vi oss varför inte screening inom detta område är lika vanligt förekommande och prioriterat.

I vår roll som blivande folkhälsovetare anser vi oss besitta en särskilt viktig position som länk mellan forskare, läkare och politiker vad gäller kunskap om strukturellt betingade orättvisor och samhällsproblem och hur det kan förebyggas.

---

<sup>3</sup> Epidemiologi är kunskap om ohälsa och riskbeteendes utbredning och orsak i en viss befolkning, i en särskild kontext samt hur man kan förebygga detta.[1] Ibid.

<sup>4</sup> Genusvetenskap/forskning förklaras som ett synsätt där man ser det sociala könet och maktförhållandet mellan kvinnor och män som en avgörande samhällelig organisationsprincip.[1] Ibid.

<sup>5</sup> Med interaktion menas ett samspel och förhållande mellan två observerade variabler som tillsammans har en annan effekt än en variabel enskilt. [1] Ibid.

<sup>6</sup> Att med särskilda åtgärder förebygga en viss sjukdom eller ett visst tillstånd, riskbeteende.[1] Ibid.

<sup>7</sup> Screening, sällning på svenska, innebär att identifiera sjukdom, missbruk eller tillstånd som individen själv inte känner till eller som inte direkt kan urskiljas. Som ett första steg i en diagnosprocess. Olika tester genomförs med olika standardiserade testinstrument exempelvis frågeformulär eller blodtrycksmätare. I vårt fall talar vi om screening om våld mot kvinnor utfört av vårdprofession, muntligt eller skriftligt. Att identifiera våld som bakomliggande orsak till ohälsa och därmed få adekvat vård och undvika feldiagnostisering. [1] Ibid.

## 2. BAKGRUND

Våld mot kvinnor anses både nationellt och internationellt som ett stort folkhälsoproblem med allvarliga hälsokonsekvenser som följd. I våldets spår följer inte enbart mänskligt lidande utan också förlust av humankapital och stora samhällsekonomiska kostnader. I en fallstudie gjord 2006 beräknar man de statliga direkta kostnaderna (85 % av den totala) till följd av en kvinnas utsatthet för våld uppgå till dryga två miljoner kronor[4, 5]. Därtill en belastning på hälso- och sjukvården vad gäller övriga resurser[4].

Våld är en stor riskfaktor för en mängd hälsoproblem och leder till en signifikant större konsumtion av vård på grund av psykosomatiska symptom som följd av våld. [4, 6-9]Våldet kan förbli oupptäckt om inte rätt frågor ställs och därmed görs feldiagnostiseringar. Våld mot kvinnor som folkhälsoproblem har uppmärksammats både internationellt och nationellt allt mer de senaste decennierna. Fler särskilda inrättningar för specialisering inom området dyker upp inom stora organisationer som rör människor levnadsvillkor och hälsa. Världshälsoorganisationen (WHO) särskilda inrättning, Womens Health and Development Unit (WHDU) etablerades 1980 för att utveckla och öka förutsättningarna för kvinnors rättigheter, organisationen belyser återkommande våld mot kvinnor som ett globalt folkhälsoproblem[10, 11]. Vidare har man beräknat att ca 1/3 av världens kvinnliga befolkning någon eller några gånger har utsatts för fysiskt eller sexuellt våld under sin livstid. I denna grupp är 2/3 av våldet riktat till flickor under 15 år.

Inom FN bedrivs arbete i avskaffandet av våld mot kvinnor, man har exempelvis upprättat en särskild avdelning, United Nations Development Fund for Women (UNIFEM) vars syfte är att stärka kvinnors hälsa och rättigheter samt att utarbeta strategier för bekämpning av våld mot kvinnor.

I arbetet för avskaffandet av all slags diskriminering av kvinnor antogs av FN's generalförsamling, kvinnokonventionen, Convention on the Elimination of all Forms of Diskrimination against women (CEDAW). Kvinnokonventionen grundas på principen om jämställdhet och trädde i kraft i Sverige 1981[12]. FN definierar i konventionen för avskaffande av allt våld, som är ett tillägg till konventionen om diskriminering, könsrelaterat våld enligt:

*"Any act of genderbased violence that results in, or is likely to result in physical, sexual or psychological harm or suffering to women, including threats of such acts coercion or arbitrary deprivation of liberty, whether occurring in public or private life" [9 sid.818]*

Likaså har Amnesty uttryckt våld mot kvinnor som en kränkning av de mänskliga rättigheter enligt följande citat:

*"Våld mot kvinnor utgör allvarliga kränkningar, som inskränker på, eller helt upphäver, kvinnors grundläggande rättigheter. Könsrelaterat våld förekommer i alla världens länder, men trots att våld mot kvinnor är ett av de mest utbredda brotten mot de mänskliga rättigheterna globalt sett, är det fortfarande dolt och underrapporterat i mycket stor utsträckning. Kvinnor av olika nationalitet eller etnisk, religiös och kulturell tillhörighet eller sexuell identitet drabbas. Våldet riktas mot kvinnor i alla åldrar och samhällsklasser, och utgör ett av de största hoten mot kvinnors liv och hälsa"[13 sid.3]*



Våld mot kvinnor förekommer i hela världen men karaktär, intensitet kan ta sig olika uttryck. I krigsdrabbade områden är kvinnor särskilt drabbade av grymma tortyrformer som man anser vara ett effektivt sätt att påverka och kontrollera hela samhällsstrukturer. Hälso- och sjukvården är internationellt central som arena vad gäller möjligheter att upptäcka och förebygga vidare konsekvenser av våld[8]. I en debatt artikel angående screening skriver Taket mfl [6] om rutinmässigt frågande inom hälso- och sjukvård, där man också betonar vikten av mer kunskap enligt följande:

*"Health professionals are ideally placed to identify domestic violence but cannot do so without training on raising the issue and knowledge of advice and support service"[6 sid. 673]*

## **2.1. Våldets aktualitet och utbredning i Sverige**

Statens folkhälsoinstitut (FHI) anser mäns våld mot kvinnor som ett allvarligt men försummat folkhälsoproblem[14]

Enligt Brottsförebyggande rådet (BRÅ) beräknade man att år 2003 uppgick antalet anmälda misshandelsbrott till 22 400 vilket är en ökning med 32 % de senaste 13 åren, 1990-2003 [15]. Fortsättningsvis visar BRÅ i en grov skattning att endast 20 till 25 % av antalet våldsbrott anmäls. Varje år utsätts 20-40 kvinnor för dödligt våld i Sverige, vidare enligt BRÅ dödas 16 personer av en närstående man på grund av våld. Det bör noteras att denna statistik bygger på antalet anmälda brott med risk för underrapportering och mörkertal.

Ett stort mörkertal om mäns våld mot kvinnor uppdagades i Sverige i en omfångsundersökning från 2001 [2]. Resultaten från undersökningen visar att 46 % av alla kvinnor någon gång efter sin 15 årsdag upplevt våld från en man. Problematiken angående mörkertalet är något man måste ta i beaktning när man talar om våld.

Så här skriver regeringskansliet i sin rapport om patriarkalt våld och mörkertal[16]:

*"Merparten av kvinnor och flickor som utsätts för våld av bekanta, ofta manliga närstående, i sina egna hem, ofta utan vittnen - eller med vittnen som beroende av och sällan vågar peka ut förövarna." [16 sid. 33]*

## **2.2.Hälso- och sjukvårdens potentiella roll i Sverige**

Heimer med flera anser att hälso- och sjukvården besitter en nyckelroll när det gäller omhändertagande av våldsutsatta kvinnor och är ofta den enda myndighet som kvinnan kommer i kontakt med [4, 17].

Eftersom det har visat sig från ett flertal håll att den våldsutsatta kvinnan sällan avslöjar våldet självmant menar Heimer med flera att det borde åligga hälso- och sjukvårdspersonalen att kommunicera över dessa frågor [17-19].

I den nationella kartläggningen för hälso- och sjukvårdens insatser inom kompetensområdet våld mot kvinnor tar man upp problematiken med att vårdcentraler är den instans som många våldsutsatta kvinnor söker sig till[20].

Författarna menar dock att vårdcentralerna inte har den beredskap och rutiner som behövs för att svara till kvinnornas behov. En möjlig orsak till detta menar samma författare, är att man inte besitter tillräcklig kunskap om våldets olika uttryck. Vidare säger man i kartläggningen att man bör utveckla gemensamma riktlinjer och program på en nationell nivå, för att kvalitetssäkra omhändertagandet av våldsutsatta kvinnor. Socialstyrelsen har på uppdrag av regeringen genomfört en stor undersökning i syfte att undersöka screening om våld som metod[21]. Det största hindret enligt personalen i denna rapport var upplevd tidsbrist, dock fanns ett starkt stöd hos de tillfrågade kvinnorna [21].

Screening om våld mot kvinnor är en komplex fråga som skapat många debatter. Man har tidigare från ett flertal internationella organisationer uppmanat hälso- och sjukvårdspersonal världen över att använda sig av screening för att upptäcka våld. Den nuvarande debatten berör till största del avsaknaden av evidens och den potentiella skada och konsekvenser som skulle kunna komma till följd för kvinnan[3, 6, 8, 9,]. Viktiga motargument till screening i debatten har också varit att denna typ av frågor är alltför personliga och skulle inkräkta på kvinnornas autonomi[6]. Fler argument mot screening är rädsla för bristande konfidentialitet mellan den professionella och patient [4]. Det betyder dock inte att man anser frågan som viktig men man efterfrågar mer forskning inom området. I fokus står idag att höja personalens medvetenhet och kunskap om våldets problematik och vikten av det rutinmässiga frågande i väntan på evidens för screening som metod[6]. Det har dock visat sig i flertalet undersökningar både på svensk och internationell mark, att kvinnorna själva oftast ställer sig positiva till screening [21].

### 2.3. Teori

Det kan finnas en fara med att individualisera våldet och se det som en privat angelägenhet då de strukturer vi lever i påverkar oss i vårt handlande [12]. Vi har valt att använda oss av en sociologisk förklaringsmodell varav en av våra inspirationskällor är Bourdieus teorier om makt och hierarkiska system som förklaringsmodell till kvinnors underordning, samt de osynliga strukturer som påverkar de interaktionsmönster som råder inom den kulturella kontexten där man befinner sig och som påverkar kvinnors livsvillkor och hälsa [26].

Två huvudbegrepp som Bourdieu använder, som vi tänker är applicerbara på vår analys är: fält och habitus. Ett av fälten som han beskriver är det sociala fältet, som kan förklaras som ett socialt spel där deltagarna förväntas uppvisa ett speciellt beteendemönster i den kontext man befinner sig. Begreppet habitus kan förklaras som att vi redan under vår uppväxt och under livets gång socialiserats in i ett visst system där vi antar särskilda positioner som naturaliseras och påverkar vårt dagliga handlande och vårt sätt att tala, tänka och känna i det fält man befinner sig i. En persons habitus kan underlätta eller försvåra möjligheten att inta ett fält. Problematik som kan uppkomma med att man tillskrivs egenskaper i sin position kan medföra en stigmatisering som är en negativ social stämpling, vilket kan leda till utanförskap i det fält man befinner sig i [36].

Man kan också tala om en neutralisering eller ett osynliggörande av de överordnades dominans över de underordnade som bekräftar den rollen som den underordnade har blivit placerad i genom att inte ifrågasätta sin position, detta benämner Bourdieu som det symboliska våldet. Detta begrepp spelar en nyckelroll i hans teori om att olika institutioner som: kyrka, skola, stat tillsammans med det privata reproducerar det symboliska våldet [26].

Med våra rötter inom epidemiologi och genusvetenskap har vi antagit ett utpräglat strukturellt seende som naturligtvis präglar vårt arbete och förståelse för hälsans olika bestämningsfaktorer och hur de interagerar på individuell och strukturell nivå. Vi kommer försöka förstå våra resultat utifrån den genustradition vi har skolats i under vår utbildning. Genus är en social och kulturell konstruktion. Vilket betyder att genus skapas genom interaktion mellan strukturella, organisatoriska och individuella förhållanden i samspel med våra föreställningar om ”manligt” och ”kvinnligt”. Med vår bakgrund anser vi att Bourdieus teorier är användbara i vårt försök att förstå vårt material.

### **3. PROBLEMFÖRMULERING**

Våld mot kvinnor är ett dolt och underskattat folkhälsoproblem. Flera studier visar att prevalensen av våld mot kvinnor är hög, både internationellt och nationellt. Dock finns indikationer på att flertalet kvinnor inte uppger detta när de har kontakt med hälso- och sjukvården. Vad beror detta på och vilka metoder kan användas för att förbättra identifikation och behandling av kvinnor som utsatts för våld? En möjlig strategi är att använda screening vilken används inom andra områden inom hälso- och sjukvården. Vilka hinder finns för ett implementering av screening och vilken empiri finns som stöder ett ökat användande av screening? Vi frågar oss hur man kan öka upptäckandet av våld och vilka attityder som tenderar för screening som metod, hos profession och bland kvinnorna.

### **4. SYFTE**

Det övergripande syftet med denna studie är att undersöka vilka attityder och inställningar som finns hos hälso- och sjukvårdens personal till att identifiera kvinnor som varit utsatta för våld. Specifika syften är att undersöka om screening som metod är ett bra alternativ för att identifiera kvinnor som utsatts för våld, samt undersöka vilka attityder till screening som förekommer bland kvinnor.

### **5. METOD**

En litteraturstudie användes som metod för att finna svar på våra frågor. Metoden innebar att vi systematiskt sökte och analyserade artiklar som behandlade problemområdet. Vi har letat efter meningsbärande enheter som vidare gett oss kodord som lett till teman och som vi sedan kategoriserat våra fynd efter. Vi har letat efter återkommande teman angående attityder och inte våldet i sin natur. Vi utförde analyser av 12 vetenskapliga artiklar som ligger till grund för våra resultat.

En checklista för kvantitativa och kvalitativa artiklar samt systematiska litteraturstudier har använts för att på ett strukturerat sätt gå igenom samtliga artiklar [26]. Se bilagor. Det användes också en särskild matris för artikelsammanställning inspirerad av Wengström och Forsberg[26]. Se bilaga 2.

Databassökningen sammanställdes i tabell 1 som visar datum, sökord, antal träffar, valda artiklar, samt databas där sökningen är gjord. Se bilaga 1. Sökning av artiklar och bakgrundslitteratur gjordes genom databaser och manuellt. Se mer information om manuell sökning nedan under särskilt avsnitt. Sökningen påbörjades i februari 2007 och avslutades maj 2007 när vi började återfinna författare och ”cirkeln” uppfattades som slutet. Med detta menar vi att vi ansåg oss inringat de mest relevanta och aktuella författarna och publicerade verken inom ämnet. Utfallet från vår databassökning presenteras nedan. Urvalet av artiklar som analyserades skedde utifrån särskilda riktlinjer som vi själva valde. Eftersom vi intresserade oss för attityder och inställningar till screening som metod inom hälso- och sjukvårdspersonal samt kvinnor, valde vi bort de som enbart berörde prevalens och incidens samt screening som enbart metod.

### Tabell 1.

Redovisning av inkluderade artiklar för analys samt lästa artiklar och abstract med träffresultat i resp. databas

Databas	Sökord	AND	Antal artiklar	Lästa abstract	Lästa artiklar	Valda artiklar
<b>PubMed</b>	Domestic violence		24320	5	2	0
		Screening	6976	19	5	3
		<b>AND</b>				
		Primary health care	106	7	3	1
		Attitudes	410	37	9	5
		Public health	11267	7	1	1
<b>CINAHL</b>	Domestic violence		3170	1	1	0
		Screening	284	4	1	0
		<b>AND</b>				
		Primary health care	21	3	2	1
		Public health	17	1	0	0
		Attitudes	40	6	2	1

#### 5.1. Urvalskriterier

Artiklar som publicerats inom en tioårsperiod inkluderades som material till våra analyser och resultat. Till kriterierna hörde även att artiklarna på något sätt skulle beröra screening, våld, hälso- och sjukvård samt profession och patient inom området. Vi valde att inte begränsa oss till enbart ett begrepp för våld mot kvinnor då vi ville inkludera allt våld mot kvinnor. Begränsningar gjordes också till artiklar i peer-review granskade tidskrifter. Sökningar gjordes särskilt efter meta-analyser och studier med ett randomiserat urval, detta för att på bästa sätt nå representativa undersökningsgrupper och undvika olika typer av bias. Enligt Wengström och Forsberg[26] gäller följande rangordning för inkluderandet av artiklar för att nå ett högt bevisvärde i en systematisk litteraturstudie.

1. Systematiska litteraturstudier som inkluderar metaanalyser.
2. Randomiserade kontrollerade studier
3. Icke- randomiserade studier- öppna studier
4. Kohortstudier
5. Fall-kontrollstudier
6. Retrospektiva studier - registerstudier
7. Övriga studier. Övriga studier har svagt bevisvärde men kan vara av värde för att spåra originalarbeten.

## **5.2. Datainsamlingsmetod**

Sökning av litteratur gjordes genom både databaser och manuellt för att hitta relevant material som kan besvara våra frågeställningar samt fylla vårt syfte. Den manuella sökningen har mestadels legat till grund för våra bakgrundskunskaper. Sökning i databaser i februari dokumenterades olyckligtvis inte utan en efterspårning har gjorts manuellt i efterhand då sökord, ungefärligt träffresultat och antal lästa abstract, artiklar och utvalda artiklar kunde identifieras. Vi kommer att diskutera databassökningen mer under metoddiskussionsavsnittet

## **5.3. Databassökning**

Sökning i databas har gjorts via databaserna PUBMED och CINAHL som båda behandlar områden inom medicin och vårdvetenskap. Sökord som användes var på engelska; domestic violence, screening, intimate partner violence (IPV), attitude, primary healthcare, meta-analys och randomized trials. PubMed gav de absolut mest givande träffarna. Den bästa sökkombinationen var domestic violence AND screening AND attitudes. Den minst givande kombinationen i avseende passande artiklar och abstract, var de redovisade sökorden i kombination med public health. Se utförligare utfall via sökord i ovanstående tabell 1.

## **5.4. Manuell sökning**

Funnen litteratur har mestadels använts till bakgrundsavsnitt och i syfte att skaffa oss en så bred kunskap som möjligt inom området våld mot kvinnor. Litteratursökning gjordes dels på relevanta internetsidor som tillhör FN, WHO, Amnesty, Regeringskansliet, Socialstyrelsen, Nationellt kunskapscentrum för våld mot kvinnor (NKC) samt Riksorganisationen för kvinnojourer (ROKS). Den manuella sökningen har växt fram genom att vi hittat länkar från internetsidor som fört oss till nya litteraturkällor med relevant innehåll för vår undersökning. Återkommande och centrala författare inom ämnet undersöktes närmre för att hitta relevant material. En viktig litteraturinhämtningsplats har varit andra publicerade arbetens referenslistor där vi kunnat hitta återkommande och viktiga artiklar inom vårt område. Sökning av böcker har gjorts via Göteborgs Universitets bibliotekskatalog.

### 5.5. Databearbetning och analysmetod

Samtlig litteratur har analyserats tillsammans och tolkats enligt kvalitativ metod. Vi har försökt förstå resultaten och problemområdet utifrån Bordieu's teori om samhällsstrukturers uppbyggnad och hierarkiska ordning [27]. Inläsning av artiklar har skett både gemensamt och separat. Annan bakgrundslitteratur så som offentliga rapporter och utredningar har lästs fortlöpande under hela arbetsprocessen. Data har sållats bort och kommit till utifrån valda urvalskriterier. Bearbetning av artiklarna har skett med hjälp av Wengströms och Forsbergs matris över kvantitativa, kvalitativa och systematiska litteratur studie artiklar [26]. Resultaten och utfallet av databassökning visas i ovanstående tabell. Mer information om valda och granskade artiklar visas i en artikelsammanställning i bilaga 2.

En första genomgång av samlade abstracts gjordes i allra första skedet av litteraturgenomgången då de abstracts som verkade sammanfalla med vårt syfte valdes ut och söktes upp i fulltext. Ytterligare en genomgång av de hittills valda artiklarna mynnade ut i en andra utgallring där artiklar som enbart behandlade det fysiska våldet av kvinnor och där endast prevalens uppmättes valdes bort. Även artiklar som endast tog upp screening som verktyg valdes bort samt alla andra artiklar som inte behandlade attityder och identifikation.

I och med att vi började söka artiklar i februari innan uppsatsskrivandet tagit sin början föreligger ett visst bortfall av dokumentation, vilket betyder en underestimering av vårt fulla material. Slutligen föreföll ca 20 artiklar för en noggrann analys varav ytterligare några artiklar föll bort som inte uppfyllde våra sökkraav och kvalitetskriterier, kvar blev 12 artiklar för analys.

När vi avslutade vår insamling av material började vi söka efter meningsbärande enheter och kodord som vi sedan försökte finna teman ur som kunde bli till grund för våra resultat. Analyserna gjordes tillsammans vilket stärker validiteten när vi kunnat se teman och kodord ur flera synvinklar till skillnad om man arbetat enskilt.

## 6. RESULTAT

I följande avsnitt kommer våra huvudsakliga resultat och fynd från analyserna av artiklar redovisas, se även artikelsammanställning under bilaga 2. Det kommer även visas vilka genomgående teman som vuxit fram under databearbetningen.

Under analysen framkom två centrala teman: Kvinnor vill bli tillfrågade, samt rädsla hos personal. Temana presenteras med innehållande kodord, se nedan under punkt ett och två. I Majoriteten av vårt analyserade material betonade kvinnorna att det var särskilt viktigt att bli bemötta med respekt och hänsyn till autonomi, graden av självbestämmande. Att på egna villkor ta beslut i hur man vill gå vidare eller inte gå vidare, för den upplevda säkerheten skull. Begreppet ”readiness” återkommer och kan kort förklaras som graden av mognad och vart man befinner sig i en medvetandeprocess för att kunna få till stånd en vilja till förändring. Graden av ”readiness” är kopplad till vilken attityd man antar. Vad gäller hälso- och sjukvårdspersonalen angav man till största del tidsbrist och okunskap som de största faktorerna som påverkar inställning och attityd till screening.

### 1. Kvinnor vill bli tillfrågade om våld

- Autonomi
- Eget beslut
- Egna villkor
- Trygghet/säkerhet
- Respekt
- ”Readiness”

### 2. Personalens rädsla

- Okunskap- för lite utbildning
- Tidsbrist
- Varians inom profession



### **6.1. Kvinnors attityder**

De huvudsakliga fynden som framkom efter litteraturgenomgång av de 12 slutliga artiklarna var dels att kvinnor ville bli tillfrågade om våldsupplevelser men att det bör ske med respekt och på egna villkor. Vi fann i flera undersökningar att kvinnorna själva inte ville bli uppfattade som offer och att det därför var av stor vikt hur personalen valde att närma sig ämnet och problematiken [28, 29]. I en kvalitativ intervjustudie [28] framkom det att de absolut flesta, 18 av 21 deltagare tyckte att det bästa sättet att nås med information var genom offentliga utrymmen då kvinnorna själva kunde ta initiativ till kontakt.

Intressant var fyndet i ett klusterrandomiserat försök, där tre screeningmetoder jämfördes för att hitta den mest effektiva för upptäckandet av våld. Två validitetssäkrade screeninginstrument användes "the partner violence screen" (PVS) och "women abused screening tool" (WAST). Skriftligt frågeformulär samt datorbaserad screeningmetod var det som kvinnorna föredrog framför "face-to-face" metoden. Värt att noteras är att prevalensen uppmättes lägre i den skriftliga WAST jämfört med de andra kombinationerna [30].

### **6.2. Kvinnors attityder till screening och polisanmälan**

Generellt ställde sig kvinnorna negativa till att hälsovårdspersonal skulle polisanmäla våld som uppgavs. Man kände oro inför en bristande konfidentialitet, vilket var stadigt återkommande i flertalet av artiklarna [29, 31]. Det framkom vidare att villigheten att avslöja upplevelser av våld minskar vid polisanmälan på vårdspersonalens initiativ [31].

En analyserad fall-kontroll studie undersökte just kvinnors åsikter till screening och polisanmälan. Författarna uttryckte vikten av att ta hänsyn till de negativa konsekvenserna av ett rutinemässigt frågande särskilt i kombination med polisanmälan då utsatta kvinnor ofta känner rädsla inför detta. Till detta tillkom även en känsla av kontrollförlust hos kvinnorna, vilket ofta framkom som motargument mot screening från de deltagande kvinnorna [31]. Till trots finner vi i samma artikel att de tillfrågade kvinnorna ändå anser att det skulle underlätta för de utsatta att få hjälp. Samtidigt som 75 % av deltagarna trodde att polisrapportering skulle underlätta möjligheter till hjälp så ansåg 67 % av kvinnorna att man ändå skulle vara mindre villig att delge upplevelser om våld. Man befarade att det skulle innebära en risk för säkerheten. Av de våldsutsatta kvinnorna var det 53.7 % som tyckte att anmälan till polis skulle vara kvinnans egna beslut. Majoriteten, 54 % av dem som varit utsatta för våld ställde sig positiva till screening om våld jämfört med den icke-utsatta gruppen där endast 42 % var positiva. Utifrån dessa resultat ansåg författarna att screening bör fortsätta vara en metod för upptäckt av våld mot kvinnor [31].

Vidare i en deskriptiv väntrumsundersökning där man undersökte patienters åsikter till screening som universell metod för upptäckt av intimt partner våld bland kvinnor, svarade 86 % oavsett ålder och kön att de stödjer screening som metod [25]. I studien ingick 514 patienter fördelade på två akutmottagningar i Canada. Författarna i denna studie drar slutsatsen att muntlig screening av våld inte får hållas tillbaka på grund av obehag från patient.

Vikten av kvinnans känsla för "readiness" vid avslöjandet av upplevt våld uppkom också i flera artiklar[28, 29].

### **6.3. Hälso- och sjukvårdspersonal och attityder till screening**

I ett randomiserat kontrollerat försök ville man undersöka faktorer som leder till ökad medvetenhet bland hälso- och sjukvårdspersonal för att kunna öka identifikationen av våldsutsatta kvinnor [32]. Studien gjordes i form av randomiserade kontrollerade försök i en stratifierad urvalsgrupp på flera allmänmedicinska kliniker i England. Urvalsgruppen delades vidare in i en fullträningssgrupp där 23 personer inom hälso- och sjukvårdsprofessionen deltog. En grupp med 14 deltagare som enbart använde sig av fokusgruppsintervjuer samt en kontrollgrupp med 17 deltagare också de hälso- och sjukvårdspersonal. Data samlades under sex månader då man rapporterade varje kvinnlig patient som man trodde sig vara utsatt för partnervåld. Fullträningssgruppen upptäckte efter utbildningen 87 fall jämfört med kontrollgruppen som endast upptäckte 14 fall under samma period. Fokusgruppen fördubblade graden av medvetande av partnervåld, den mest signifikanta determinanten om medvetande och graden av identifikation av våldsutsatta kvinnor tillhörde fullträningssgruppen. En jämförelse mellan den tränade gruppen och kontrollgruppen i medvetandegrad av ej uppenbart våld, resulterade i odds ratio 5,92 vilket betyder att chansen för upptäckt är avsevärt större för den gruppen som genomgått fullträning. Författarna drar slutsatsen att en och en halvdagsträning i ämnet ökade medvetandet och identifikation avsevärt[32].

I en systematisk litteraturstudie med 20 inkluderade artiklar mätte man acceptansen och effektiviteten för screening inom hälso- och sjukvården [23]. I fyra av de inkluderade artiklarna ställde sig 43-85 % positiva till screening. I två av de inkluderade artiklarna var 67 % av läkarna och nästan 50 % av akutsjuksköterskorna negativt inställda till screening. Författarna kunde vidare utifrån sina funna resultat konstatera att screening ökade identifikationen av utsatta kvinnor. Den här artikeln är talande för vad vi hittat i samtliga artiklar och representerar våra tidigare redovisade huvudteman[23].

I flera artiklar nämndes brist på utbildning, rädsla för att förolämpa kvinnan samt och att utsätta kvinnan för fara som anledning att inte fråga om våld[24, 33].

Man betonade också i en artikel att det saknas evidens för implementering och att det saknas forskning samt interventionsprogram för identifierade fall[22]

Även märkbart var att det råder en varians mellan sjuksköterskor och läkare och attityder till screening[34]. Ett annat fynd är att graden av självförtroende för att ställa frågor om våld hos hälso- och sjukvårdspersonalen är av vikt för identifiering av våldsutsatta kvinnor. Det skiljer sig också mellan läkare och sjuksköterskor, där läkarna uppgav ha mer självförtroende i frågan[35].

Ett genomgående tema vid vår artikelanalys gällande hälso- och sjukvårdens personal var att de kände en stor okunskap i hur de skulle förhålla sig till att ta upp ämnet våld mot kvinnor med sina patienter. Man angav rädsla och okunskap som huvudfaktorer till denna inställning samt tidsbrist och för lite utbildning[33, 34].

## 7. DISKUSSION

I den här uppsatsen ville vi undersöka hur vårdpersonalen ställer sig till screening som metod för att upptäcka våldsutsatta kvinnor. Skulle screening kunna vara en bra metod för att främja upptäckande av våld inom hälso- och sjukvården? Vi ville också undersöka kvinnors attityder till att bli tillfrågade om våld vid möte med vårdprofession. De olika undersökningsområdena kommer att diskuteras utifrån våra funna teman med innehållande kodord som vi presenterat tidigare under resultatavsnittet. De huvudsakliga temana var att kvinnor vill bli tillfrågade om våld då de söker vård samt att hinder för identifiering av utsatta kvinnor kan sökas i personalens rädsla för att hantera frågan. Diskussionen kommer löpa från resultat till avslutande metoddiskussion.

Eftersom vi inte fann några artiklar av tillräcklig kvalitet som berör svenska förhållanden har vi valt att istället diskutera ett eventuellt införande av screening i Sverige i detta avsnitt. Vi vill med bakgrund av våra internationella artikelanalyser samt bakgrundsmaterial med svenskt ursprung diskutera hur screening skulle kunna användas i Sverige för upptäckande av våldsutsatta kvinnor.

### 7.1. Stigma

Stigmatisering av våldet är ett stort hinder för upptäckt och bekämpning där stora och svåra förändringar är nödvändiga för att bryta upprätthållandet av våldet.

Stigmatisering kan förklaras som en negativ social stämpel som förknippas med ett avvikande från den sociala normen som kan leda till utanförskap och avståndstagande från omgivningen.[1] Ett tydligt exempel på detta fenomen är i studien "Approaches to screening for intimate partner violence" [30] där kvinnorna tydligt visar att man inte vill bli identifierad som våldsoffer. Man föredrar den skriftliga metoden framför "face-to-face" metoden som ändå var mest effektiv för identifikation. Det är ett intressant tecken som vi analyserat och diskuterat och kommit fram till att mötet med profession var ett mycket känsligt moment där man var rädd för att identifieras som våldsoffer. Att föredra den skriftliga metoden kan vara ett sätt att slippa bli identifierad och stigmatiserad. Med bakgrund till vår teori om att institutioner som: skola, stat, kyrka i vårt samhälle reproducerar maktordningar och givna normer kan vi förstå våra fynd som att det finns en stor rädsla hos kvinnor att bli identifierade som offer och därmed skiljas från mängden och därtill som följd att bli stigmatiserad. Kvinnors rädsla för utanförskap och personalens invanda uppfattning om vem som är våldsutsatt kan innebära att många fall går oidentifierade. Våra tankar om detta är att om en implementering av screening är aktuell måste man vara medveten om detta då man annars skulle kunna bidra till en underrapportering. Tillsammans med författare[29] förstår vi att den kontext man befinner sig i har mycket stor betydelse för graden av avslöjandet, vilket vi finner intressant. Enligt oss pekar det på att läkarens attityd och icke-fördömande förhållningssätt till patient är av allra största betydelse, så också för inställningen till screening.

Materialet vi analyserat har genomgående visat att kvinnorna vill bli tillfrågade och att rädslan och det upplevda obehaget hos professionen ej ska avgöra om frågandet skall förekomma eller ej.

Därför anser vi att resurser för utbildning av personal är nödvändig och skulle främja alla parter.

Vi tror att hela strukturer inom hälso- och sjukvården bör ses över för att komma till bukt med denna problematik angående stigmatisering, då vi inte anser att tillräckliga resurser avsätts idag för en ökad identifiering av utsatta kvinnor. Det kan bero på en underskattning och stigmatisering av problemet på grund av invanda föreställningar om vad våld kan vara och vem det drabbar.

## **7.2. Autonomi**

Det är också av största vikt att ha i åtanke att graden av avslöjande kan bero på kvinnans bristande tilltro och känsla för konfidentialitet, det får inte missuppfattas som att kvinnan inte vill bli tillfrågad[28, 29].

Vi tror att om man vill nå framgång i identifikation av våldsutsatta kvinnor bör man inte kombinera screening med polisanmälan. Kvinnorna uttrycker känslan av autonomi, självbestämmanderätt, som mycket central, det kommer troligen att påverka graden av avslöjande i negativ riktning. Om polisanmälan är aktuell vid rapporteringsskyldighet bör professionen dock ändå vara medveten om detta problem. Vi anser att screening som metod för upptäckt bör hållas till just identifikation av de utsatta kvinnorna utan att behöva bli utsatta för ytterligare hot om polisanmälan. Hälso- och sjukvårdens uppgift bör vara att identifiera och ge alternativ, men beslutet skall ligga hos patienten.

## **7.3. Screening i Sverige, framtid.**

Socialstyrelsen utförde på uppdrag av regeringen en stor undersökning gällande våld mot kvinnor och screening[21].

Syftet med rapporten var att pröva screening som metod på ett antal ungdomsmottagningar samt barnmorskemottagningar i Sverige.

Projektet pågick mellan april till december 2001 på ett 50-tal mottagningar i Skåne, Dalarna och Stockholms län. Man ställde rutinmässigt frågor till de besökande. I starten av studien kände personalen oro inför hur kvinnorna skulle reagera vid frågor dessutom var tidsbristen en ytterligare försvårande faktor. Dessa resultat överensstämmer helt med de internationella. Efter ett halvår hade tveksamheten dock minskat avsevärt till att fråga om våld. Det man efterfrågar mest är tid och utbildning vilket också överensstämmer med tidigare artiklar.

Under projekttiden har 9300 kvinnor tillfrågats om deras våldsutsatthet och av dessa så har närmare 1300 varit utsatta för kontroll, hot, våld eller sexuella övergrepp.

Av kvinnorna är det 93 % av 700 som ger ett starkt stöd till screening som metod.

Vidare återkommande resultat som även påträffats i vårt internationella material var att kvinnorna inte själva spontant berättar utan hellre berättar vid raka ställda frågor från personal.

Man angav också hellre tidigare erfarenheter än pågående vilket andra artiklar styrker.

Jämförelsevis kan vi se att resultatet av den svenska rapporten är mer positiv till screening som metod, både hos profession samt patient. I jämförelsen med våra andra utländska artiklar bör nämnas att i den svenska rapporten har man utfört studier på barnmorskemottagningar och ungdomsmottagningar vilket betyder att de troligtvis är särskilt kunniga och intresserade i frågor som rör kvinnors hälsa. Detta

kan bidra till den mer positiva inställningen till screening än vad vi kunnat se i det utländska materialet som mestadels är utfört på allmänläkaremottagningar och akutmottagningar.

Vi kan konstatera utifrån våra analyser och denna svenska rapport att kvinnor ställer sig positiva till screening i Sverige men att samma problematik påträffas här gällande implementering.

Vi vill påstå att våld mot kvinnor är av största dignitet och bör prioriteras. Man anser det numera som ett folkhälsoproblem och har tyngd i uttalanden från flera stora internationella organisationer som FN och WHO. Man förklarar våld mot kvinnor som ett globalt och strukturellt problem som bryter mot de mänskliga rättigheterna. Det åligger nu de enskilda nationerna att bekämpa problemet. Vi anser att det i Sverige är problematiskt då frågorna är medvetandegjorda på riksnivå men ej förankrade, eller godtyckligt förankrade på lokalpolitisk nivå. Med detta menar vi att det finns kunskap och medvetande av dessa frågors stora betydelse både på riksnivå och i regionerna. Vi frågar oss då varför inte kunskap och policys tycks nå ut i de lokala och regionala sfärerna. Kan det vara så att man utmanar rådande maktrelationer genom att diskutera dessa frågor? Utesluts frågor om våld mot kvinnor från dagordningen och det lokalpolitiska samtalet eftersom de kan skapa socialt obehag? Det kommer i så fall troligen ge resultat i variationer mellan kommuner och landsting om hur arbetet för att främja upptäckandet av våldsutsatta kvinnor bör beaktas. Vidare kan dessa variationer leda till att de utsatta kvinnorna inte får den vård de egentligen behöver.

Vi med flera anser att det strider mot hälso- och sjukvårdslagen där det tydligt framgår att alla har rätt till lika vård[17].

Under vårt arbete har vi tagit del av forskningsmaterial som tagits fram de senaste tio åren och är därför aktuella i dag. Material finns från både svensk internationell mark som visar på betydelsen av ett värdigt bemötande och kunskap som grund för identifikation av utsatta kvinnor. För att gå vidare i frågan bör forskning om screeningens konsekvenser samt interventionsprogram påbörjas. Vi anser att det är nödvändigt med gemensamma riktlinjer samt nationella policys som utövas i praktiken.

Under hela arbetets gång från början till slut har vi fascinerats och bedrivits över detta tungrodda och känsloladdade ämne där det verkar som att människor på alla olika nivåer i samhället, såväl privat som professionellt är omringade av tabun och mytbildning fortfarande i dagens Sverige.

Stigmatisering av våldet är, anser vi tillsammans med Bourdieu också är en följd av de invanda strukturerna, därmed är det oerhört svårt och kanske en onaturlig brytning att börja prata om våldet i vårt samhälle på ett öppet plan.

Inom hälso- och sjukvården anser vi med flera att det behövs ett medvetet och målinriktat förändringsarbete för att förändra attityder och därigenom skapa hållbara och etiskt försvarbara strategier i frågor som rör våld mot kvinnor[3]. Vidare att tillräckliga resurser tilldelas för att arbetet skall vara verksamt och praktiskt möjligt genomförbart. Annars finns risken för att stora ekonomiska satsningar går om intet, det kan ses som ett etiskt problem att inte personalen ges de verktyg såsom kunskap och tid att utföra uppgiften vilket medför direkta konsekvenser för den våldsutsatta kvinnan.

#### 7.4. Metoddiskussion

Med tanke på att vi ville fördjupa oss inom ämnet våld mot kvinnor och ta del av den senaste forskningen inom ämnesområdet ansåg vi att en systematisk litteraturstudie skulle ge mest substans, kunskap och generaliserbarhet. I forskningssyfte anser vi att en litteraturstudie, i ett än så länge relativt outforskat ämne som våld mot kvinnor är lämpligt. Det ger bra förutsättningar för att senare kunna komplettera med kvalitativa studier för djupare förståelse och skapa nya teorier samt hypoteser i ämnet för utveckling. Det vore vidare intressant att se ytterligare forskning på fördelning av attityder som exempelvis landsbygd vs storstad.

Vid databassökning var den mest givande sökordskombinationen domestic violence AND screening AND attitudes. Andra sökord som intimate partner violence (IPV), violence against women, gav inga resultat då de artiklar som hittades inte uppfyllde våra urvalskriterier, eller ej kunde återfinnas i fulltext, det kan tyda på ett visst bortfall. Eftersom vi inte dokumenterade de första sökningarna efter artiklar fick vi göra en efterspårning och lokalisering i efterhand som manuell sökning vilket kanske lett till att inte alla lästa abstract kunnat dokumenteras. Vi valde att enbart redovisa de absolut säkra och därmed en risk för underrepresentation av lästa abstract och artiklar som ej valdes ut. De olika benämningarna på våld mot kvinnor som IPV och domestic violence kan anses vara ett förvirrande inslag. Vi valde att inte begränsa oss till enbart ett begrepp för våld mot kvinnor då vi ville inkludera allt våld mot kvinnor. Det material vi hittat via sökord som domestic violence har dock syftat på partnervåld i en heterosexuell relation, eller tidigare relation.

På grund av att alla artiklar vi hittat inte var tillgängliga i fulltext, eller endast i tryck har vi inte kunnat inhämta visst material kan det finnas ett visst bortfall av relevant litteratur. Vi har även under studiens gång hittat material som har breddat vår kunskap men som inte svarat på syftet men ändå delgett oss viss relevant information. De har dock ej tagits med i vår sammanställning då de ej är centrala eller av vikt för resultatet.

Med tanke på att tidsramen varit knapp har en pragmatisk mättnad tillämpats. Svenska studier har varit bristfälliga i databaserna vilket lett till att det svenska materialet mestadels använts till bakgrundsavsnittet för att tillämpas till vårt ”svenska perspektiv” i resultatdiskussionen. Litteraturbegränsningen kan anses vara en svaghet för generaliserbarheten till svenska förhållanden. Vi anser dock att våldet mot kvinnor är ett universellt problem oavsett kultur, etnicitet, kön och klass. Med reservation för proportionsskillnader och skiftningar i våldsmönster.

Ett problem med vårt arbete har varit att begränsa oss och inte beröra politiska aspekter och strukturella perspektiv under datainsamling och analys då tanken var att vi skulle undersöka attityder och inställningar till screening. Vi anser dock att interaktionen mellan de olika sfärerna, person (patient), profession och politik inte går att särskilja från varandra då detta är en del av vår förklaringsmodell som vi dels använt till att hitta teman och kodord i våra resultat. Kanske på grund av denna komplexitet har det varit särskilt värdefullt att jobba i par, då vi kompletterat varandras tankar och kunnat diskutera våra fynd och teorier.

## **8. SLUTSATS**

Enligt den litteraturgenomgång som presenteras i denna uppsats visas att det finns vetenskapligt stöd för att screening skulle kunna vara en fördelaktig metod att använda inom hälso- och sjukvården. Det torde öka identifieringen av kvinnor som tidigare utsatts eller utsätts för våld. Vidare visar uppsatsen att hälso- och sjukvårdspersonal upplever hinder för att diskutera ämnet med patienterna. Dokumentation och utvärdering av centrala verksamheter inom området våld mot kvinnor är en viktig del i det fortsatta arbetet om en eventuell implementering av screening som metod för att upptäcka våld. En förutsättning för att detta ska kunna genomföras är att man utvecklar interventionsprogram för omhändertagande efter identifikation. Det är centralt att hälso- och sjukvården får den utbildning och träning de behöver för att kunna utföra uppgifterna på ett kostnadseffektivt och etiskt hållbart sätt och undvika resursslöseri i form av pengar, humankapital och för att legitimiteten och tilltron till screening som metod ska bibehållas. Vad som vi anser är nödvändigt inför framtiden och vid eventuellt implementerande är att påvisa och ta i beaktning kvinnornas egna och faktiska attityder och önskemål om att vara föremål för screening. Mer kvalitativ forskning och utbildning skulle kunna ge mer relevant information om kvinnornas behov och förväntningar av hälso- och sjukvården. Vi hävdar också utifrån våra resultat att screening är en metod som höjer prevalens och identifikation av våldsutsatta kvinnor samt att kvinnorna stödjer denna metod.



## 9. KÄLLFÖRTECKNING

- [1] Janlert U. Folkhälsovetenskapligt lexikon. Stockholm: Natur och kultur 2000.
- [2] Lundgren E, Heimer G, Westerstrand J, Kallioski AM. Slagen Dam - mäns våld mot kvinnor i jämställda Sverige - en omfångsundersökning. Umeå Brottsoffermyndigheten, Uppsala Universitet 2001.
- [3] Wijma B, Heimer G, Wijma K. Skall man ställa frågan – och i så fall hur? Läkartidningen. 2002;Volym 99 Nr 20.
- [4] Widding Hedin L. Kvinnomisshandel är ett folkhälsoproblem. Läkartidningen. 2002;99 Nr 2002.
- [5] Weinehall K, Änggård A, Blom K, Ekelund B, Finnlund K. Räkna med kostnader- en fallstudie om mäns våld mot kvinnor. Umeå: Juridiska Institutionen; 2006.
- [6] Taket A, Nurse J, Smith K, Watson J, Shakespeare J, Lavis V, et al. Routinely asking women about domestic violence in health settings. Bmj. 2003 Sep 20;327(7416):673-6.
- [7] Danielsson I, Olofsson N, Gillander Gådin K. Våldets följder- en fråga om folkhälsa. Läkartidningen. 2005;Volym 102 Nr 12-13.
- [8] Garcia-Moreno C. Dilemmas and opportunities for an appropriate health-service response to violence against women. Lancet. 2002 Apr 27;359(9316):1509-14.
- [9] Krantz G, Garcia- Moreno C. Violence against women. J Epidemiol Community Health. 2005;(59):818-821
- [10] WHO. Violence against women: a priority health issue. New York: United Nations; 1997.
- [11] WHO. Multi-country Study on Womens health and Domestic violence against women, Summary report. Switzerland; 2005.
- [12] CEDAW: Ljung C. Kvinnors rättigheter. Stockholm; Wallin och Dahlblom 2004.
- [13] Amnesty. Mäns våld mot kvinnor i nära relationer-en sammanställning av situationen i Sverige. Stockholm; 2004.
- [14] Statens Folkhälsoinstitut. Folkhälsopolitisk rapport. Stockholm; 2005.
- [15] Brottsförebyggande rådet. Våld mot kvinnor i nära relationer, en kartläggning. Stockholm; 2002.

- [16] Regeringskansliet. Patriarkalt våld som hot mot mänsklig säkerhet. Stockholm; 2005.
- [17] Heimer G, Posse B (red). Våldsutsatta kvinnor - samhällets ansvar. Lund: Studentlitteratur; 2003.
- [18] Tønnesen E, Lundh C, Heimer, G. Respektfullt, lyhört lyssnande kan bryta en ond misshandelscirkel. Läkartidningen. 1999;Volym 96( 48);5381-5384
- [19] Johansson E E, Hovellius B. Kropp och genus i medicinen. Lund: Studentlitteratur 2004.
- [20] Andréasson C, Stenson K, Björck A, Heimer G. Den svenska hälso-och sjukvårdens arbete inom kompetensområdet våld mot kvinnor, Nationell kartläggning. Uppsala: Rikskvinnocentrum; 2006.
- [21] Socialstyrelsen. "Tack för att ni frågar" - Screening om våld mot kvinnor. Stockholm: Socialstyrelsen; 2002.
- [22] Wathen CN, MacMillan HL. Interventions for violence against women: scientific review. Jama. 2003 Feb 5;289(5):589-600.
- [23] Ramsay J, Richardson J, Carter YH, Davidson LL, Feder G. Should health professionals screen women for domestic violence? Systematic review. Bmj. 2002 Aug 10;325(7359):314-318
- [24] Richardson J, Coid J, Petrukevitch A, Chung WS, Moorey S, Feder G. Identifying domestic violence: cross sectional study in primary care. Bmj. 2002 Feb 2;324(7332):274-277.
- [25] Hurley KF, Brown-Maher T, Campbell SG, Wallace T, Venugopal R, Baggs D. Emergency department patients' opinions of screening for intimate partner violence among women. Emerg Med J. 2005 Feb;22(2):97-98.
- [26] Forsberg C ,Wengström Y. Att göra systematiska litteraturstudier. Stockholm: WS bookwell Finland 2003.
- [27] Bourdieu P. Den manliga dominansen.Göteborg: Daidalos 1998.
- [28] Chang JC, Cluss PA, Ranieri L, Hawker L, Buranosky R, Dado D, et al. Health care interventions for intimate partner violence: what women want. Womens Health Issues. 2005 Jan-Feb;15(1):21-30.
- [29] 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 Jan 9;166(1):22-37.

- [30] MacMillan HL, Wathen CN, Jamieson E, Boyle M, McNutt LA, Worster A, et al. Approaches to screening for intimate partner violence in health care settings: a randomized trial. *Jama*. 2006 Aug 2;296(5):530-536.
- [31] Gielen AC, O'Campo PJ, Campbell JC, Schollenberger J, Woods AB, Jones AS, et al. Women's opinions about domestic violence screening and mandatory reporting. *Am J Prev Med*. 2000 Nov;19(4):279-285.
- [32] Wong SL, Wester F, Mol SS, Lagro-Janssen TL. Increased awareness of intimate partner abuse after training: a randomised controlled trial. *Br J Gen Pract*. 2006 Apr;56(525):249-257.
- [33] Waalen J, Goodwin MM, Spitz AM, Petersen R, Saltzman LE. Screening for Intimate Partner Violence by Health Care Providers. *Am J Prev Med* 2000;2000;19(4):230-237
- [34] Gutmanis I, Beynon C, Tutty L, Wathen CN, MacMillan HL. Factors influencing identification of and response to intimate partner violence: a survey of physicians and nurses. *BMC Public Health*. 2007;(7):12.
- [35] Sugg K N, Thompson S R, Thompson C D, Maiuro R, Rivara P F. Domestic Violence and Primary Care. *Archives of family medicine*. 1999;(8):301-306
- [36] Engdahl O, Larsson B. Sociologiska perspektiv. Studentlitteratur 2006.

## **BILAGOR**

Bilaga 1: Databassökning

Bilaga 2: Sammanställning analyserade artiklar

**Bilaga 1:** Samtliga sökord och utfall vid databassökning

Databas	Sökord	AND	Antal artiklar	Lästa abstract	Lästa artiklar	Valda artiklar	
PubMed	Domestic violence		24320	5	2	0	
		Screening	6976	19	5	3	
		<b>AND</b>					
		Primary health care	106	7	3	1	
		Attitudes	410	37	9	5	
		Public health	11267	7	1	1	
		Systematic review	157	11	1	0	
		Randomized trial	275	0	2	0	
		Metaanalysis	51	11	1		
		Violence against women		217	4	0	0
			Screening	11	0	0	0
			<b>AND</b>				
			Attitudes	11	0	0	0
			Public health	143	0	0	0
			Primary health care	0	0	0	0
		IPV		978	2	2	0
			Screening	158	17	3	0
			<b>AND</b>				
			Attitudes	23	7	3	
			Public health	127	0	0	0
		Primary health care	13	4	0	0	
CINAHL	Domestic violence		3170	1	1	0	
		Screening	284	4	1	0	
		<b>AND</b>					
		Primary health care	21	3	2	1	
		Public health	17	1	0	0	
		Attitudes	40	6	2	1	

**Bilaga 2 – Litteratur sammanställning**, använda artiklar i alfabetisk ordning

Författare, år	Titel	Deltagare/ Material/ Land	Metod	Huvudfynd
Carlson, Giele. A (2000)	Women's Opinions About Domestic Violence: Screening and Mandatory Reporting	Kvinnor 21 – 55 år Våldsutsatta och icke-våldsutsatta  USA	Case-control studie som inkluderade 202 våldsutsatta kvinnor och 240 randomiserat valda kvinnor som ej var våldsutsatta intervjuade via telefon.	48 % ansåg att hälso- och sjukvårdspersonalen rutinmässigt skulle screena för våld, med starkare stöd från de våldsutsatta kvinnorna. 48 % ansåg att det skall vara kvinnornas beslut att polisanmäla.
Chang, J. et al, (2004)	Health Care interventions for intimate partner violence: What women want	21 st kvinnor med erfarenhet av intimt partner våld.  USA	Kvalitativ metod Semi-strukturerade intervjuer.	Denna studie lägger ansvaret för ett individuellt perspektiv på kvinnan och hälso- och sjukvårdspersonalen. Fokus ligger på kvinnans autonomi, villkor och rättigheter.
Feder, G. et al (2000)	Women Exposed to Intimate Partner Violence Expectations and Experiences When They Encounter Health Care Professionals: A Meta-analysis of Qualitative Studies	29 artiklar som behandlade 25 studier. Inkluderingsskriterier var kvalitativa engelskspråkiga studier omfattande kvinnor över 15 år med erfarenhet av våld  England	Systematisk litteraturstudie	Kvinnor vill bli ickefördömda bemötta och med en bibehållen konfidentialitet. Kvinnorna ville undvika medikalisering. Att kvalitativ forskning är en lite använd källa till evidens för policys. Författarna anser att det är viktigt att ta reda på vad kvinnorna vill.
Gutmanis, I. et al, (2007)	Factors influencing identification of and response to intimate partner violence: a survey of physicians and nurses	1000 sjuksköterskor & 1000 läkare  Canada	Beskrivande cross-sectional studie, professions – specifikt randomiserat urval från en mailinglista. 43 frågor ställdes om uppförande/attityder och resurser för upptäckt/omhändertagande av våldsutsatta kvinnor	Träning och erfarenhet är av stor betydelse för attityder och praktiserande av sjuksköterskor och läkare i mötet med kvinnliga patienter. Den kunskap som finns om IPV behöver på ett bättre sätt integreras i den kontext man befinner sig i.

Forts.

Författare, år	Titel	Deltagare/ Material/ Land	Metod	Huvudfynd
Hurley, KF. et al (2005)	Emergency department patients' opinion of screening for intimate partner violence among women	514 patienter i åldrarna 16 – 95 år som besökte akutmottagning under den givna perioden och vars status inte var kritisk  Canada	Deskriptiv studie. Enkätundersökning i väntrum.	86 % stödjer screening som metod oavsett ålder eller kön. Resultatet ska vara en anledning till att använda screening oavsett patientens invändning. Att patienten skulle kunna tänkas bli förorättad skall ej ses som en anledning till att inte fråga.
MacMillan, H. et al (2006)	Approaches to Screening for Intimate Partner Violence in Health Care Settings A Randomized Trial	2602 (141 st i bortfall) engelsk talande kvinnor i åldrarna 18 – 64 år  Canada	Kluster randomiserad undersökning på akutmottagningar, läkarmottagningar och kvinnokliniker	Kvinnorna föredrog självrapporterade skriftliga svar framför ”face-to-face” metod.
Ramsay, F. et al (2002)	Should health professionals screen women for domestic violence? Systematic review	20 artiklar som behandlade attityder till screening inom hälso- och sjukvården hos hälso- och sjukvårdspersonal och kvinnor.  England	Systematisk litteraturstudie	Man fann liten evidens för effektiviteten av interventioner för kvinnor som var identifierade av screening programmen. Randomiserade kontrollerade försök saknas samt studier som mäter utfall såsom livskvalitet och mental status.
Richardson, J. et al (2002)	Identifying domestic violence: cross sectional study in primary care	1207 kvinnor som besökte 13 randomiserade allmänmottagningar i östra London under den givna perioden som var över 15 år samt kunde läsa på Engelska, Turkiska och Bengali.  England	Beskrivande cross-sectional studie. Självadministrerat frågeformulär med olika aspekter av våld mot kvinnor. Statistisk analys.	Den begränsande acceptansen för och avsaknaden av fördelar för kvinnor i användandet av screening av våld tyder på att en introducering av screening är alldeles för tidig.

Forts.

Författare, år	Titel	Deltagare/ Material/ Land	Metod	Huvudfynd
Sugg, N. K. et al (1999)	Domestic Violence and Primary Care: Attitudes, practices, and beliefs	Hälso- och sjukvårdspersonal med 206 av 240 svarande vid fem primärvårds kliniker  USA, Seattle	Deskriptiv enkätundersökning	25 % trodde att den utsatta kvinnans personlighet var förklaring till våldet; 28 % ansåg att de ej hade strategier att ta hand om de identifierade. 20 % var mer angelägna om sin egen säkerhet vid frågande.
Waalén, J. et al (2000)	Screening for Intimate Partner Violence by Health Care Providers: Barriers and Interventions	24 artiklar	Systematisk litteraturstudie	Avsaknad av effektiva interventionsprogram för IPV när patienter väl är identifierade. Rädsla att förolämpa patienten. Avsaknad av kunskap om IPV. Begränsad tid att genomföra screening.
Wathen, C. N, MacMillan, H. L. (2003)	Interventions for Violence Against Women	22 artiklar  Urvalet fokuserat på effektivitet hos interventioner för att förebygga IPV, komparativa studier där man jämför olika program att erbjuda en utsatt patient.  Canada	Systematisk litteraturstudie	Screeninginstrument finns för att identifiera kvinnor som varit utsatta för våld, men inga studier har utvärderat effektiviteten av screening för att minska våld eller öka kvinnors hälsa Dessutom saknas data om eventuella risker associerade med screening.
Wong S.L et al (2006)	Increased awareness of intimate partner abuse after training: a randomised controlled trial	Fullträningsgrupp (n=23) Enbart fokusgruppsdiskussioner (n=14) Kontrollgrupp (n=17)  Amsterdam	Randomiserad kontrollerad undersökning av ett stratifierat urval. Fokusgruppsintervjuer	Att en 1,5 dagars utbildning förbättrade läkarnas förmåga att identifiera kvinnor som var våldsutsatta. Vilket ledde till mera effektiva och meningsfulla konsultationer för både läkare som patient.