



Institutionen för folkhälso- och vårdvetenskap
Vårdvetenskap

Sjuksköterskors hanterande av kvinnor inom psykiatrisk vård som utsatts för våld i nära relationer

Författare

Johanna Blomhagen

Carina Gustavsson

Handledare

Therese Berglund

Elisabet Alphonse

Examinator

Ulrika Pöder

Examensarbete i Vårdvetenskap 15 hp

Sjuksköterskeprogrammet 180 hp

Vårterminen 2009

Sammanfattning

Syfte: Att undersöka om, och i så fall hur, frågor om våld i nära relationer ställs av sjuksköterskor till kvinnor inom psykiatrisk vård samt hur sjuksköterskor hanterar kvinnor som blivit våldsutsatta.

Metod: Kvalitativ deskriptiv intervjustudie med tolv sjuksköterskor från fyra psykiatriska vårdavdelningar i Uppsala. Informanterna valdes utifrån ett bekvämt urval. De intervjuades med semistrukturerade intervjufrågor som spelades in på band, transkriberades och analyserades med innehållsanalys.

Resultat: Det finns ingen rutin att tillfråga kvinnliga patienter om de utsatts för våld. Det sker bara i de fall då misstanke uppstår eller bekräftas. Det är individuellt om och hur sjuksköterskan frågar kvinnan om hon utsatts för våld i en nära relation beroende på patient och sjuksköterska. Sjuksköterskan hanterar den våldsutsatta kvinnan genom att stödja henne att våga delge sina upplevelser. Därefter rådfrågar och diskuterar sjuksköterskan med sina kollegor och andra yrkeskategorier för vidare uppföljning och tillvägagångssätt.

Slutsats: Studien har i enlighet med tidigare forskning ytterligare belyst behovet av mer utbildning för sjuksköterskor om bemötande och omhändertagande av kvinnor som utsatts för våld i nära relationer. Fler och djupare studier bör göras i Sverige för att utveckla och införa standardiserade frågeformulär som kan användas av sjuksköterskor inom all vård.

Nyckelord: Kvinnor, psykiatrisk vård, sjuksköterska, våld

Abstract

Aims: To explore whether and in that case how nurses question women in the psychiatric care about violence in close relationships and how nurses respond to women who have been exposed to domestic violence.

Method: A qualitative descriptive interview study with twelve nurses from four psychiatric wards was carried out in Uppsala. Informants were chosen from a convenient selection. The interviews with semi-structured interview questions were recorded on tape, transcribed and analyzed with content analysis.

Results: There is no routine to ask all female patients if they are victims of violence. It happens only in cases where the suspicion arises or is confirmed. It is individually whether and how the nurse asks the woman if she is subjected to violence in a close relationship, depending on patient and nurse. Nurse handles the violence exposed woman by supporting her to share their experiences. Then consult and discuss with their nurse colleagues and other professionals for further follow-up and approach.

Conclusions: The study has in accordance with previous research further highlighted the need for more education for nurses on how to handle women who are victims of violence in close relationships. More research should be done in Sweden to develop and implement standardized questionnaire for nurses in all health care.

Keywords:

Nurse, psychiatric care, violence, women

Innehållsförteckning

Introduktion	6
Misshandelns effekt på kvinnors hälsa	6
Kvinnor med psykisk ohälsa	7
Sjukvården – att fråga eller inte fråga om våld	8
Vårdens hanterande av våldsutsatta kvinnor	9
Problemformulering	10
Syfte	10
Frågeställningar	10
Metod	11
Forskningsdesign	11
Urval	11
Datainsamlingsmetod	11
Tillvägagångssätt	11
Dataanalys	12
Etiska överväganden	12
Resultat	13
Faktorer som är avgörande för att tillfråga kvinnliga patienter om våld	13
<i>Fysiska, psykiska, dokumenterade och/eller verbala antydningar på misshandel</i>	13
<i>Kvinnans relation med anhöriga och/eller psykiska tillstånd samt civilstånd</i>	14
<i>Sjuksköterskans okunskaper och brister</i>	15
<i>Rutiner, riktlinjer och skyldigheter</i>	15
Sjuksköterskornas sätt att tillfråga kvinnan om hon utsatts för våld i nära relation	16
<i>Individanpassat utifrån sjuksköterskan och kvinnan</i>	16
Hur sjuksköterskan hanterar en våldsutsatt kvinna	17
<i>Kvinnan berättar spontant när förtroende/trygghet/respekt har uppstått</i>	17
<i>Samarbete med kollegor och/eller andra professioner</i>	18
Diskussion	18
Resultatdiskussion	18
Metoddiskussion	21

Klinisk implikation	22
Slutsats	23
Referenser	24
Bilagor	26
Bilaga 1 Frågeguide	26
Bilaga 2 Informationsbrev till dig som sjuksköterska inom psykiatrisk vård	27

Introduktion

Fysisk, psykisk eller sexuell misshandel är ett stort, men dolt problem med ett stort mörkertal av utsatta. År 2007 anmäldes 26 900 misshandelsbrott mot kvinnor i Sverige, vilket uppskattningsvis bara är 20 %. Anmälningarna har ökat med 34 % under det senaste decenniet, vilket troligtvis beror på att såväl misshandel som anmälningsfrekvens har trappats upp (1).

Vanligen är våldsutövaren en bekant man som kvinnan har en partner- eller vänskapsrelation med (2). Mannen manipulerar kvinnan till att tro att misshandeln beror på hennes beteende. Detta leder till att hon sällan tar initiativet för att bryta förhållandet. Våldet har vuxit fram och blivit ett inslag i vardagen och har därmed normaliserats. Förhållandet ter sig till en början normalt och kärleksfullt, men övergår till att alltmer inskränka henne. Han försöker isolera, kontrollera och bryta ned hennes självförtroende verbalt, sexuellt och/eller fysiskt. Kvinnan försöker anpassa sig för att undkomma mannens bestraffningar, men har svårt att se sig själv som ett offer (3).

Misshandelns effekt på kvinnors hälsa

Vanliga symtom hos misshandlade kvinnor är sömnproblem, ångest, depression, kronisk smärtproblematik med eller utan fysiska tecken på våld (4). Misshandel har en negativ inverkan på hälsan, både akut och kroniskt, vilket till exempel leder till ökat sjukvårdsbehov. Tidigare forskning har visat en speciellt stark koppling mellan misshandel i hemmet och de två psykiska störningarna depression och posttraumatiskt stressyndrom. Det har visat sig att kvinnor som utsätts för misshandel har närmare fyra gånger större risk att drabbas av depression och att utveckla posttraumatiskt stressymtom än icke misshandlade kvinnor (5). Vid en femårig studie av misshandlade kvinnor som genomgick ett behandlingsprogram för våldutsatta kvinnor framkom att jämfört med en kontrollgrupp sökte de vård betydligt oftare. Detta gällde trauma, medicinska, gynekologiska, psykiatriska och ospecificerade symtom samt självmords försök (6).

Kvinnor som blir utsatta för våld i nära relation löper även risk för att utveckla missbruk av alkohol och/eller andra droger om de tar dessa för att dämpa ångest eller om partnern är missbrukare. Misshandel under barndomen och i vuxen ålder har olika effekter på den psykiska hälsan beroende på när det hände, hur ofta och hur allvarligt det var. I en studie av

1207 kvinnor som besökte tretton olika läkarmottagningar i London visades en hög grad av samsjuklighet mellan depression, självska debeteende, posttraumatiskt stressyndrom, självmordsförsök utan dödligt syfte, ångest samt alkohol- och drogmissbruk. Kvinnor som utsatts för våld i hemmet rapporterade i större utsträckning alla former av psykiska störningar utom medvetet självska debeteende än vid andra typer av misshandel. Våld i nära relation hade en starkare koppling till ångest och depression än våldtäkt av en främmande person (7).

Kvinnor med psykisk ohälsa

Drygt dubbelt så många personer med psykiska problem utsätts för våld och mår då sämre i större utsträckning än övrig befolkning. De har också svårare att söka hjälp och göra en brottsanmälan (8). Kvinnorna är svagare både fysiskt och psykiskt, i beroendeställning och kan ha nedsatt förmåga att kommunicera eller vägra att ha samhällskontakter. De blir osynliga inom brottsstatistiken om fallet läggs ned efter att rättsväsendet fått in en anmälan och gjort en utredning. Vissa kvinnor bagatelliserar händelserna för att inte falla utanför vad som anses vara normen av jämställdhet inom ett partnerförhållande och ser inte sig själva som brottsoffer. Kvinnan vill inte vara ett offer utan eftersträvar att framstå som kompetent, ha kontroll över sitt liv, bli respekterad och inte bara väcka medlidande (2).

En stor andel av de kvinnor som söker hjälp för misshandel har en pågående psykisk sjukdom. Nästan två tredjedelar av de 71 amerikanska program som tar hand om och stödjer kvinnor som misshandlats i hemmet uppgav att åtminstone en fjärdedel av deras klienter hade en psykisk sjukdom, varav tolv program uppgav att mer än hälften av deras vårdtagare hade sjukdomar av psykiskt art (5).

70 % av de 1382 kvinnor som sökt hjälp från psykiatri i Skåne hade någon gång under sitt liv utsatts för hot, våld, eller sexuella övergrepp och uppgav sig ha psykiska problem kopplade till sina tidigare upplevelser. De som delgav sina upplevelser hade främst vänt sig till vårdpersonal och därefter närstående (9).

Det finns en stark signifikant koppling mellan olika typer av kombinerad (fysisk, psykisk och sexuell) misshandel och kvinnor som söker vård för depression. Därför är det viktigt att de blir tillfrågade om bakomliggande faktorer för sin depression. Det bör göras för att komma till rätta med de dolda problemen och ta upp dem till ytan för att kvinnan ska kunna bearbeta

dem och få ett bättre behandlingsresultat även om det saknas bevis för hur effektiv behandlingen av depression är hos våldsutsatta kvinnor (10).

Sjukvården - att fråga eller inte fråga om våld

I en svensk studie svarade 80 % av 879 kvinnor att de accepterade att rutinmässigt bli tillfrågade om våld i hemmet i samband med besök hos barnmorskan. Endast tre procent av kvinnorna fann det oacceptabelt (11). Att fråga om rädsla för partnern och dennes kontrollbehov är viktigt för att få klarhet i om kvinnan blivit utsatt för våld då dessa frågor är starkt förknippade med hennes tidigare erfarenheter av våld i nära relation (12).

Psykologiska, fysiska och känslomässiga gränser gör det svårt för kvinnor att erkänna sin utsatthet för misshandel, varför de föredrar att bli tillfrågade av sjuksköterskor i stället för att själva ta upp ämnet. Faktorer som kan påverka sjuksköterskans val av att tillfråga en kvinna om orsaken till hennes symtom kan vara brist på utbildning, avsaknad av avskildhet, tidsbrist och frustration (13).

Enligt en studie från USA tillfrågas mindre än femton procent av de kvinnliga patienterna inom sjukvården om de blivit utsatta för misshandel. Flertalet av kvinnorna ville tillfrågas av en läkare och uppgav att om frågan ställdes direkt skulle de berätta om sina erfarenheter av våld (14).

Ett frågeformulär med indirekta och direkta frågor inom fem områden har utarbetats och testats på 435 kvinnor på akutvårdsavdelningar i USA. Frågor ställs till kvinnan om hon känner trygghet i hemmet, om hon känner sig accepterad av partnern, om kvinnans familj tycker om partnern, om partnern har ett jämnt humör samt om de talar för att lösa konflikter. Resultatet visade att frågor inom dessa områden fångade upp kvinnor som utsatts för partnervåld och bör därför ingå i sjukvårdens frågeformulär (15).

Ett stort antal internationella medicinska organisationer har sedan flera år utvecklat praktiska riktlinjer som förespråkar screening inom sjukvården av våld i nära relationer, men det är oklart hur ofta de används enligt en studie av Rodriguez, Bauer, McLoughlin och Grumbach (14). Patientrelaterade faktorer visade sig vara det största hindret för att fråga om partnervåld. Detta rörde sig om kvinnans rädsla för partnerns hämnd och att hon inte avslöjar sin

hemsituation medan hon talar med läkaren. Majoriteten av läkarna enades om att även kvinnans rädsla för polisens inblandning, bristen på uppföljning och kulturella skillnader mellan vårdtagare och vårdgivare utgjorde stora hinder. Läkare inom primärvården visade sig rutinmässigt screena 79 % av patienter med skador, medan förekomsten var betydligt lägre (ca tio procent) vid andra kontaktorsaker till att söka sjukvården. I denna studie fanns inget signifikant samband mellan läkarnas etnicitet, personlig erfarenhet av parrelaterat våld eller ålder som påverkade om de screenade patienterna eller inte (14). Dock är effektiviteten av screening osäker och är beroende av miljö, framförande, kultur samt population (16). Nästan 75 % av de program som tagit hand om kvinnor som misshandlats i hemmet använde sig av någon typ av rutinscreening för att upptäcka psykiska symtom hos kvinnorna som uppsökte dem för hjälp. De program som använde sig av rutinscreening uppgav att de inte använde screeningen på alla kvinnor. De som oftast blev tillfrågade var kvinnor som använde sig av kvinnojourer och på andra plats kom kvinnorna som fick personlig rådgivning och därefter de som ringde till deras telefonrådgivning (5).

Vårdens hanterande av våldsutsatta kvinnor

För att ge den misshandlade kvinnan ett positivt bemötande bör vårdgivaren låta henne berätta om sina erfarenheter, kontrollera att hon i nuläget inte befinner sig i fara, ge råd, informera om polisiära och rättsliga resurser, koppla in socialarbetare, visa intresse och empati, komma med hjälpsamma åsikter, trycka på vikten av uppföljning, ge respons, bekräfta samt stärka kvinnan till att göra förändringar (17).

Att ge sjuksköterskor utbildning i ämnet kvinnovåld ökar bland annat deras medvetenhet och befrämjar en mer positiv attityd till att se och hantera dessa problem enligt Corbally (13). Avskildhet kan vara ett stort problem på en akutmottagning, men även på andra instanser i sjukvården. I allmänna utrymmen kanske inte den misshandlade kvinnan känner sig tillräckligt trygg för att öppna sig och vill då inte berätta. Det är svårt eller ibland rent av omöjligt att kunna fråga en kvinna om hennes bakgrund gällande våld då till exempel den person som förorsakat skadan följer med kvinnan till akutmottagningen och inte lämnar hennes sida. I dessa fall måste sjuksköterskan använda sin fantasi till att hitta avskildhet med kvinnan. En annan faktor till att inte frågor om våld ställs till kvinnor är brist på tid då sjuksköterskorna har fullt upp med antalet patienter som ska tas om hand på avdelningen.

Personalen uttrycker en frustration över att myndigheter och stödorganisationer inte är tillgängliga dygnet runt, vilket misshandlade kvinnor skulle behöva (13).

Många av de kvinnor som utsatts för våld eller övergrepp anser sig behöva ytterligare stöd från psykiatrin, medan andra inte vet vilken typ av hjälp de behöver (9). Det är viktigt att sjuksköterskor ställer frågor om våld och erbjuder stöd till dessa kvinnor.

Svensk författningssamling har lagstadgat att hälso- och sjukvårdspersonal vid misstanke om grovt brott får bryta sekretessen enligt fjortonde kapitlet andra paragrafen i Sekretesslagen gällande patienten och själva kontakta polis eller åklagarmyndighet (18a).

Anmälningsskyldighet föreligger sjuksköterskan när bevis på våld har uppdagats och att misshandeln kan ge fängelse i minst två år. För att en förövare ska få ett fängelsestraff på två år ska brottet vara grov misshandel. Grov misshandel är enligt lagtexten i Brottsbalken tredje kapitlet sjätte paragrafen om gärningsmannen kan anses som livsfarlig, om denne har tillfogat svår kroppsskada, allvarlig sjukdom eller i övrigt betett sig särskilt hänsynslöst eller visat råhet (18b)

Problemformulering

Kvinnor som utsätts för våld i nära relation har av många olika anledningar svårt för att berätta om sina upplevelser. Särskilt komplicerat är det för kvinnor som är psykiskt sjuka och har svårt för att kommunicera. Ett lämpligt tillfälle att försöka ta reda på om den kvinnliga patienten utsätts för misshandel är när de söker vård i synnerlighet om de visar tecken på rädsla, depression eller andra psykiska symtom. Finns det enhetliga rutiner för sjuksköterskor inom den psykiatriska vården att fråga sina kvinnliga patienter om de utsatts för våld?

Syfte

Syftet är att undersöka om, och i så fall hur, frågor om våld i nära relationer ställs av sjuksköterskor till kvinnor inom psykiatrisk vård samt hur sjuksköterskor hanterar kvinnor som blivit våldsutsatta.

Frågeställningar

Vilka kvinnliga patienter tillfrågas om våld i nära relationer?

Hur frågar sjuksköterskorna om kvinnan utsätts för våld i nära relationer?

Hur hanterar sjuksköterskan en våldsutsatt kvinna?

Metod

Forskningsdesign

Examensarbetet bygger på en kvalitativ deskriptiv studie (19, 20).

Urval

Tolv sjuksköterskor från tre psykiatriska vårdavdelningar och en öppenvårdsmottagning i Uppsala valdes utifrån ett bekvämt urval. Informanterna bestod av fem manliga och sju kvinnliga sjuksköterskor mellan 24 till 65 år där medianvärdet blev 39,5 år. De hade erfarenheter inom psykiatrin som sjuksköterskor från en månad till 42 år, vilket i medianvärde var 3,5 år.

Datainsamlingsmetod

Studien bygger på semistrukturerade intervjuer (19, 20). Författarna började med att intervjua två informanter för att kontrollera hur de upplevde intervjufrågorna. Då responsen var god, inkluderades dessa i studien. De sju öppna huvudfrågorna ställdes enligt frågeguiden av den ena författaren medan eventuella följdfrågor kunde ställas av båda (bilaga 1). Frågorna söker svaret på vilka kvinnor som tillfrågas, var och hur, vilka som inte tillfrågas och varför samt hur de hanterar och följer upp vid misstanke på misshandel.

Tillvägagångssätt

För att studien skulle få genomföras efterfrågades tillstånd hos verksamhetschefen som beviljade studien. Därefter informerades cheferna för de psykiatriska vårdavdelningarna och öppenvården om studien och tillfrågades om de kunde hjälpa till att rekrytera informanter till intervjuerna. Informanterna fick skriftlig (bilaga 2) och muntlig information om sitt frivilliga deltagande för att kunna ge ett informerat samtycke enligt forskningsetiska principer (21). Utformningen av frågeguiden (bilaga 1) kontrollerades genom en pilotstudie med två informanter för att minimera risken för missförstånd. Därefter intervjuades informanterna med båda författarna närvarande, enskilt i ett samtalsrum på avdelningen, under bandinspelning för att viktig information inte skulle gå förlorad. Intervjuerna varade allt från fem till 25 minuter beroende på informanternas erfarenhet. Materialet transkriberades ordagrant och analyserades med innehållsanalys (22).

Dataanalys

Data analyserades med en manifest innehållsanalys. Innehållsanalysens (22) samtliga steg utfördes av båda författarna och gick till på följande vis. Materialet lästes flera gånger vid olika tillfällen för att ge en helhet av texten. Noggrann genomgång av det transkriberade materialet gjordes för att finna meningsbärande enheter som var relevanta för syftet och frågeställningarna. De meningsbärande enheterna kondenserades och jämfördes därefter för att upptäcka skillnader och likheter. Sedan placerades de meningsbärande enheterna i subkategorier som efter ytterligare genomgång kunde sammanställas i kategorier (tabell 1). Kategorierna och dess beskrivningar diskuterades därefter med handledaren innan den slutliga presentationen.

Tabell 1. Exempel på meningsbärande enheter, kondenserade meningsenheter, subkategorier och kategorier över hur två av informanterna besvarade frågan ”hur går du tillväga om du har en stark misstanke om att patienten blir misshandlad, men får ett nekande svar?”

Meningsbärande enhet	Kondenserad meningsenhet	Subkategori	Kategori
”är dom knutna till nån annan instans jag menar här är ju oftast våra patienter knutna till ett rehab-team å då skulle jag nog prata med dom... också prata med våran läkare... ehh... jag menar rehab-teamen har ju också väldigt... väldigt bra koll på sina patienter så där tror jag att man kan få mycket hjälp...”	Kontakta övrig vårdinstans	Samverka med läkare och patientanknuten vårdgivare	Samarbete med kollegor och/eller andra professioner
”titta på tidigare läkaranteckningarna journalanteckningarna å se om det finns nåt tecken på att de kommit in för misshandel från tidigare”	Tidigare tecken på våld	Granskar om våld dokumenterats tidigare	Fysiska, psykiska, dokumenterade och/eller verbala antydningar på misshandel

Etiska överväganden

Arbeten som utförs av studenter inom ramen för högskoleutbildning på grundnivå eller på avancerad nivå ska bedrivas under etiskt säkerhetsställda och trygga former. Att detta sker ansvarar utbildningsanordnaren för och studierna behöver inte genomgå en etikprövning (23).

Det är ändå viktigt att tänka på att de som blev tillfrågade om att delta i studien fick information gällande studien och dess syfte och att de gett sitt samtycke om att delta. Informanterna informerades om att de när som helst kunde avbryta sitt deltagande. Namn och telefonnummer för eventuell kontakt med intervjuarna gavs till informanterna. Allt material hanterades anonymt för att skydda informanten. Efter uppsatsens slutförande har inspelningarna av intervjuerna raderats (21).

Resultat

Resultatet bygger på sju kategorier som framkom efter granskning och analysering av de tolv intervjuerna med sjuksköterskor inom psykiatridivisionen i Uppsala;

- ❖ Fysiska, psykiska, dokumenterade och/eller verbala antydningar på misshandel
- ❖ Kvinnans relation med anhöriga och/eller psykiska tillstånd samt civilstånd
- ❖ Individanpassat utifrån sjuksköterskan och kvinnan
- ❖ Sjuksköterskans okunskaper och brister
- ❖ Rutiner, riktlinjer och skyldigheter
- ❖ Kvinnan berättar spontant när förtroende/trygghet/respekt har uppstått
- ❖ Samarbete med kollegor och/eller andra professioner

Kategorierna är ordnade under tre domäner: Faktorer som är avgörande för att tillfråga kvinnliga patienter om våld, sjuksköterskornas sätt att tillfråga kvinnan om hon utsatts för våld i nära relation samt hur sjuksköterskan hanterar en våldsutsatt kvinna.

Faktorer som är avgörande för att tillfråga kvinnliga patienter om våld

Fysiska, psykiska, dokumenterade och/eller verbala antydningar på misshandel

På frågan om vilka kvinnliga patienter som tillfrågas om våld svarade en av informanterna att det sker vid den första kontakten med alla kvinnliga patienter om det finns tecken på våld:

”när man kartlägger patientens bakgrund... frågar man nog alla... om det finns nån typ av... antydan”.

Kvinnlig sjuksköterska

Misstankar om att kvinnan varit utsatt för misshandel uppstår enligt informanterna av olika anledningar som leder till att kvinnorna tillfrågas. Dessa kan vara av fysisk, psykisk och verbal art, men kan även finnas i tidigare dokumentation. Det som nämndes var bland annat att misstankar uppstod om det i kvinnans anamnes sedan tidigare fanns dokumenterat att det till exempel varit bråk i hemmet, att tidigare vårdgivare antecknat sina misstankar eller om kvinnan inkommit med kroppsskador. Detta sker även vid kännedom genom att kvinnan berättar om att hon blivit utsatt för hot, våld eller visar rädsla för män, vilket dessutom innefattar rädslor som paranoida kan ha. Trots att kvinnan kommer in med tydliga tecken på misshandel kan hon vid förfrågan om hur det gått till ändå förneka detta genom att ge en:

”väldigt vag förklaring till vad som har hänt när man frågar eller om det är olika förklaringar varje gång”

Kvinnlig sjuksköterska

Kvinnans relation med anhöriga och/eller psykiska tillstånd samt civilstånd

Utöver föregående kategori tillfrågas dessutom kvinnor vars situation eller interaktion med närstående ter sig avvikande på ett negativt sätt. Kvinnan har ett komplicerat förhållande med en person som står henne nära och som kontrollerar henne genom ett aggressivt och hotfullt beteende, vilket en informant beskrev med orden:

”om nån... i patientens omgivning utövar nån typ av kontroll som kan tolkas som skadligt på något sätt... som kan vara någon typ av förstadium till hot...”

Kvinnlig sjuksköterska

Kvinnor som inte har några nära relationer tillfrågas inte då de lever ensamma. Ett annat skäl kan vara att de är alltför dåliga i sin psykosjukdom, vilket gör att det blir besvärligt att ställa frågan eller svårt att få ett adekvat svar, varför det riktiga antalet utsatta kvinnor förblir dolt, som en informant sa:

”när det gäller psykospatienter som är psykotiska så kan man ju få väldigt konstiga svar å de e' ju därför som jag tror att det finns ett mörkertal där... för dom kan istället prata om nånting som man som personal kan tolka som hallucination eller en vanföreställning... att det är nån ond man som har slagit dom å det är svårt å... kan va svårt å förstå... är det här nånting som har hänt i verkligheten eller är det nånting i den psykotiska världen...”

Kvinnlig sjuksköterska

Sjuksköterskans okunskaper och brister

Anledningar som framkom under intervjuerna med informanterna, till varför de tycker det är känsligt att ställa frågor inom detta område, var om de hade knapphändig eller ingen erfarenhet och därför inte visste hur de skulle gå tillväga, särskilt om ingen misstanke fanns. Detta kan bidra till att det känns svårt och obekvämt. Det kunde också bero på förväntningar och fördomar om att den första vårdkontakten som tagit emot och remitterat kvinnan vidare hade frågat henne om våld, varför frågan försumrats. Om ingenting fanns dokumenterat sedan tidigare så trodde informanten att våld inte hade existerat i det aktuella fallet, vilket en informant inom slutenvården klargjorde:

”jag tror nog att den här frågan är utredd när de kommer”

Kvinnlig sjuksköterska

En annan anledning till att inte fråga som en av informanterna nämnde, men som hon själv tog avstånd från, var att våld i nära relation är något som utomstående inte bör lägga sig i då det hör till familjens privata sfär. En av informanterna antog att kvinnor som lever ensamma inte utsätts för misshandel och frågar dem därför inte.

”nitti procent e’ ju ensamhetsproblematik de e’ ju liksom inte i parförhållanden eller att dom... att dom saknar ju sexuella kontakter eller överhuvudtaget...”

Manlig sjuksköterska

Rutiner, riktlinjer och skyldigheter

Det rådde osäkerhet hos flera av informanterna om det fanns särskilda rutiner och riktlinjer gällande hur och när de ska fråga sina kvinnliga patienter om de utsätts för våld i nära relation samt hur de skulle hantera det svar de fått. En av informanterna önskade att riktlinjer skulle utvecklas och introduceras i verksamheten. Ett par av informanterna har sagt att tillfrågningen inte var något som skedde per automatik och därför förbisågs frågorna ofta då de inte prioriterades eller ingick som rutin, vilket en informant uttryckte:

”en brist i våra inskrivningsrutiner... att den frågan inte finns med”

Manlig sjuksköterska

Samme informant önskade att han i fortsättningen skulle börja fråga sina kvinnliga patienter oftare. Däremot hänvisade några informanter att de skulle använda Akademiska sjukhusets rutiner på navet och nationellt centrum för kvinnovålds hemsida för att få veta hur de skulle hantera de fall där misshandel var ett faktum eller tros ha förekommit samt att de skulle uppmuntra kvinnan att själv göra en brottsanmälan. Om våldet är så pass allvarligt att det ger två års fängelse eller mer nämnde tre informanter att sjukvårdspersonalen har anmälningsplikt och då får bryta tystnadsplikten.

Sjuksköterskornas sätt att tillfråga kvinnan om hon utsatts för våld i nära relation

Individanpassat utifrån sjuksköterskan och kvinnan

Det visade sig vara individuellt hur informanterna valde att ställa frågor om våld i nära relation till kvinnan beroende på hur hon mådde samt sjuksköterskans egen kunskap, erfarenhet och utbildning. Informanterna tyckte att det kunde vara svårt att avgöra vad som var verklighet, hallucination eller vanföreställning relaterat till kvinnans psykosjukdom, i synnerlighet vid upprepade frågor om kvinnan uppgav olika svar vid olika tillfällen. Dessa frågor om misshandel kunde då skapa en tro hos kvinnan att hon varit utsatt och därför erkände något som inte hade hänt i verkligheten. Handlade det om en kvinna med nedsatt kognition var det viktigt att fråga så kort och koncist som möjligt, vilket en informant beskrev som att det var:

”bra att fråga så enkelt å så tydligt som möjligt å så direkt med så få ord som möjligt”

Kvinnlig sjuksköterska

Informanten valde ibland att konfrontera kvinnan med direkta frågor som till exempel ”har någon slagit eller hotat dig?”. I annat fall ställdes indirekta frågor för att resonera runt de tecken informanten såg och uttryckte:

”frågar man runt den här rädslan... händelser som kan ha förorsakat den här rädslan och om... omständigheter runt det...”

Kvinnlig sjuksköterska

Huvudsaken som informanterna sa var att samtalen skedde ostört och med sekretess, vilket kunde ske enskilt, inne på kvinnans rum eller i ett samtalsrum. Ett sätt för att göra det mer jämlikt menade en informant kunde vara att ta upp ämnet under en promenad:

”man får ofta väldigt bra kontakt med folk när man är ute å går... och då är man ju litegrann mera på lika villkor”

Kvinnlig sjuksköterska

Om en kvinna visade rädsla för män ansågs det lämpligare att låta en kvinnlig sjuksköterska samtala med henne så att hon skulle känna sig trygg nog att våga berätta om sina upplevelser.

Hur sjuksköterskan hanterar en våldsutsatt kvinna

Kvinnan berättar spontant när förtroende/trygghet/respekt har uppstått

Hur informanterna valde att hantera en våldsutsatt kvinna hängde på om hon självmant erkände eller nekade till att hon varit utsatt för misshandel.

”antingen så berättar dom spontant... redan vid ankomstsamtalet eller också när dom väl får förtroendet för en så berättar dom”

Manlig sjuksköterska

Om kvinnan trots misstanke gav ett nekande svar nämnde informanterna att de försökte förmedla trygghet, skapa förtroende, visa respekt och stödjade kvinnan för att hon skulle våga berätta om sina upplevelser, vilket följande citat skildrar:

”se'n så ska man ju stötta patienten, jag respekterar det du säger, men jag känner en väldig oro för att jag ändå är rädd att det kan va nån som gör dig illa”

Kvinnlig sjuksköterska

I motsats till ovanstående citat valde en av de andra informanterna att hantera problemet på det här sättet efter att han fått ett nekande svar:

”jag forskar nog inte så mycket vidare i det... om jag misstänker att hon är misshandlad... alltså att hon har märken på kroppen... å inte vill berätta det så... så finns det inte så mycket jag kan göra”

Manlig sjuksköterska

Samarbete med kollegor och/eller andra professioner

Efter att talat med kvinnan om misshandel svarade de flesta informanterna att de skulle informera och diskutera med sina kollegor, avdelningschef, läkare och kurator hur de ska följa upp och gå vidare. En informant sa det på det här sättet:

”tar man ju upp det på genomgång med läkare å och med kurator”

Kvinnlig sjuksköterska

En informant vars kvinnliga patienter vanligen hade kontakter med andra vårdgivare skulle kontakta dem för att delge sina misstankar och höra deras åsikter. Kontakt togs också med kvinnomottagningen för rådfrågning och vidare utredning med en särskild läkarundersökning och dokumentation.

Diskussion

Det finns ingen rutin att tillfråga kvinnliga patienter om de utsatts för våld. Det sker bara i de fall då misstanke uppstår eller bekräftas. Det är individuellt om och hur sjuksköterskan frågar kvinnan om hon utsatts för våld i en nära relation beroende på patient och sjuksköterska. Sjuksköterskan hanterar den våldsutsatta kvinnan genom att stödja henne att våga delge sina upplevelser. Därefter rådfrågar och diskuterar sjuksköterskan med sina kollegor och andra yrkeskategorier för vidare uppföljning och tillvägagångssätt.

Resultatdiskussion

Huvudresultatet av studien är att det inte finns några rutiner för sjuksköterskan om vad som styr vilka kvinnliga patienter som ska tillfrågas om de har varit utsatta för hot och/eller våld, varför frågan sällan tas upp. Att endast ett fåtal kvinnor tillfrågas är i enlighet med Rodriguez et al. studie (14). Det är upp till var och en av sjuksköterskorna om de tar upp frågan eller inte. Frågan ställs ifall sjuksköterskan under inskrivningssamtalet fattar misstankar om att kvinnan blivit utsatt för våld genom att hon visar rädsla, själv berättar om sina våldsupplevelser, har synliga tecken på våld i form av till exempel blåmärken, kommer med vaga eller olika förklaringar till vad som har skett. Ingen av informanterna uttalade sig om att det underlättar för kvinnan om sjuksköterskan aktivt frågar istället för att invänta hennes

spontana erkännande som Corbally (13) kommit fram till. Däremot nämndes att kvinnor som är rädda för män oftast föredrar att öppna sig och berätta sin historia för en kvinnlig sjuksköterska än för en manlig. Andra skäl kan vara att anhöriga betar sig konstigt eller kontrollerande samt om kvinnan har ett problematiskt och aggressivt förhållande med partnern.

Flera av informanterna svarade att de endast frågade om de läst något i kvinnans anamnes som gav en antydning av att hon tidigare varit utsatt för hot eller våld. Om det inte fanns någon tidigare dokumentation om våld i kvinnans bakgrund missades ofta frågan då sjuksköterskan inom slutenvården antog att remitterande instans tagit upp frågan med henne. Det uppkom från flera av informanterna att de utan att forska vidare tog för givet att den första akuta kontakten har som rutin att fråga kvinnor om våld, vilket studiens författare inte funnit belägg för att de gör. Felaktiga antaganden som dessa går ut över misshandlade kvinnor då de mår allt sämre ju längre misshandeln pågår, vilket studierna av Coid et al. (7) samt Walsh et al. (8) styrker. Andra orsaker till att inte fråga om våld är att det för sjuksköterskan kan kännas obekvämt att ställa frågan, att kvinnan lever ensam, sjuksköterskornas fördomar om att kvinnan inte blir utsatt för våld samt att dessa frågor inte prioriteras tillräckligt. Denna studie har fått flera att tänka om och uttrycka en önskan om att ställa dessa frågor mer frekvent.

Hur sjuksköterskan frågar är individuellt beroende på vad sjuksköterskan har för kunskaper, utbildning, erfarenhet samt vilket psykiskt tillstånd kvinnan befinner sig i. Resultatet överensstämmer med Corbally's (13) studie om att sjuksköterskors utbildning påverkar om och hur de ställer frågor till sina kvinnliga patienter angående våld. Flera av informanterna menar att det vanligen görs under inskrivningssamtalet, men att kartläggningen fortsätter under hela vårdtillfället. Det viktigaste är att det görs i enskildhet under sekretess, vilket kan ske i ett samtalsrum, i kvinnans rum eller under en promenad. I de fall då kvinnan vid ankomsten är alltför psykiskt nedsatt för att kunna ge adekvata svar, måste sjuksköterskan tills vidare avvakta med sina frågor. Om sjuksköterskan ändå väljer att ställa frågor kan det vara svårt att skilja mellan verkliga händelser och villfarelser relaterat till kvinnans psykossjukdom, vilket gör att det kan finnas ett mörkertal menar en av informanterna, något som är helt i enlighet med Brottsförebyggande rådet (1).

En av informanterna var kluven på grund av den psykotiska kvinnans natur om det är bra eller dåligt att upprepa frågor om misshandel då kvinnan kan ta på sig något även om det inte

hänt henne i verkligheten, men å andra sidan kan det hjälpa henne att komma till insikt. Om kvinnans kognitiva förmåga är nedsatt är det viktigt att ställa direkta frågor som är så korta och koncisa som möjligt då dessa patienter, enligt studien av Walsh et al. (8), har svårare att söka hjälp. I annat fall kan sjuksköterskan i stället välja att fråga kvinnan indirekt genom att prata runt händelser eller personer som kan ha förorsakat rädslan, vilket studien av Bradley, Smith, Long och O'Dowd (12) rekommenderar, då det är viktig del att utröna om kvinnan är eller har blivit utsatt för våld. Ett förtroende måste byggas upp så kvinnan känner sig trygg och spontant kan anförtro sig till sjuksköterskan, vilket de flesta informanterna nämnde att de skulle göra. Dock skiljde sig en av informanterna markant från de andra då han svarade att han inte skulle gå vidare om inte kvinnan själv ville prata om det. Författarna anser att det är oprofessionellt att lämna en kvinna åt sitt öde på detta sätt då det ingår i sjuksköterskans arbetsuppgifter att hjälpa människor och även om hon vid det tillfället inte var öppen för samtal så bör sjuksköterskan fortsätta att försöka närma sig kvinnan under vårdtillfället för att kunna ge henne professionell hjälp och det stöd hon behöver.

Om sjuksköterskan är osäker på hur uppföljningen bör göras är det viktigt att ha ett gott kollegialt stöd som sjuksköterskan kan vända sig till för att få råd och stöd eftersom majoriteten väljer att diskutera fallet med vårdteamet. Om det finns en stark misstanke om att kvinnan har utsatts för våld, men hon nekar till detta granskas patientjournalen för att se om det finns tidigare anteckningar som vittnar om att kvinnan misshandlats. Misstankarna dokumenteras och tecknen utreds vidare. Kvinnan bör uppmuntras och eventuellt få hjälp att göra en anmälan genom att kontakta kvinnofridslinjen eller Nationellt centrum för kvinnofrid, NCK för en ordentlig läkarundersökning och dokumentation. Hit kan även vårdpersonal vända sig med sina misstankar om de behöver assistans med hur de bör bemöta den problematik som föreligger i det aktuella fallet. Det visade sig att informanterna till stor del följde Rhodes et al. studie (17) med råd om hanterande av misshandlade kvinnor, men ingen nämnde något om att de försäkrat sig om kvinnans nuvarande säkerhet. Det är viktigt att vårdpersonalen inser hur komplicerat det är för våldsutsatta kvinnor om misshandeln sker i hemmet eftersom hon inte ens är trygg där och många faktorer försvårar för henne att avbryta relationen med våldsutövaren enligt Rodriguez et al. (14) studie.

Om våldet ger mer än två års fängelse är vårdgivaren enligt Svensk författningssamling 2004:175 skyldig att bryta tystnadsplikten och göra en anmälan till polisen även om kvinnan själv inte vill (18a). För att kunna hjälpa kvinnor som utsätts för våld i nära relationer är det

viktigt att aktivt fråga alla kvinnliga patienter om de blivit misshandlade för att få vetskap. Först när detta är utrett kan kvinnan få tillbörlig hjälp att komma ur det destruktiva förhållandet.

Det råder okunskap bland sjuksköterskor inom psykiatrin om och var de kan finna rutiner specifika för misshandel. Somliga har ingen aning om ifall avdelningen har några rutiner angående frågor om misshandel medan andra tror att det kan finnas, men vet inte var de kan finna dem eller vad de innebär. En informant berättade att avdelningen uppmanade personalen att följa Akademiska Sjukhusets rutiner som finns på navet. Detta visar att sjuksköterskor behöver fördjupa sina kunskaper om hur de ska hantera en våldsutsatt kvinna och få reda på vilka resurser som finns att tillgå. Det är avdelningschefens ansvar att informera om avdelningens rutiner samt att kunna hänvisa sina anställda till var de kan finna vidare information om hantering av misshandlade kvinnor.

Det skulle avdramatisera och underlätta att fråga om våld om det i likhet med andra känsliga frågor som alkohol och drogvanor ingick som rutin att tillfråga alla kvinnliga patienter vid inskrivningssamtalet. Att screena om utsatthet för våld har dessutom stöd av forskningen enligt Rodriguez et al. (14).

Metoddiskussion

En sak att tänka på är att ett uttalande kan tolkas på flera olika sätt varför det är viktigt att undvika att tolka in egna värderingar och betydelser. Intervjustudie som metod valdes för att det finns för få svenska studier gjorda för att en trovärdig litteraturstudie skulle kunna genomföras (20).

Studiens styrkor är att informanterna kommer från fyra olika psykiatriska avdelningar inom både öppen- och slutenvården i Uppsala. Informanterna bestod av fem manliga och sju kvinnliga sjuksköterskor där åldersspannet sträcker sig från 24 år till 65 år med erfarenhet inom psykiatrin som sjuksköterska från en månad till 42 år, vilket gör att trovärdigheten är hög. Trots att intervjuerna var korta bidrog alla informanternas svar till att utveckla studien. Att en semistrukturerad intervjustudie valdes ger en mer täckande beskrivning av hur psykiatrin hanterar kvinnliga patienter gällande våld i nära relation, då alla informanter fått samma frågor samtidigt som fler frågor uppkommit för att följa upp deras svar. Informanterna

har oftast givit likartade svar. Detta höjer studiens trovärdighet och överförbarhet liksom att urvalsgruppen och tillvägagångssättet är tydligt beskrivet. På så sätt ökar sannolikheten för att resultaten skulle överensstämma med denna studie om någon annan skulle göra om den. Studiens pålitlighet och trovärdighet växer av att det insamlade materialet går igenom och analyseras av flera personer. På så sätt minskar även risken för tolkningar baserat på författarnas personliga erfarenheter, fördomar, förväntningar och åsikter (22).

En svaghet med studien är att den är gjord i liten skala då endast tolv sjuksköterskor intervjuades. Då det är en kvalitativ studie är den inte generaliserbar för alla psykiatriska avdelningar i hela Sverige, vilket heller aldrig varit dess syfte. Däremot ger det en bild av hur sjuksköterskor på dessa fyra avdelningar hanterar våldsutsatta kvinnor.

Om studien hade pågått under en längre tid skulle även sjuksköterskor inom beroendepsykiatri ha ingått i intervjun då missbrukande kvinnor löper en ökad risk att bli misshandlade. Detta för att undersöka om sjuksköterskorna där har mer erfarenhet och rutin att ställa frågor om våld.

Studiens författare har ingen tidigare erfarenhet av att göra intervjuer, vilket har resulterat i att vissa uttalanden inte följts upp och ifrågasatts om dess innebörd utifrån informantens perspektiv. Mer utbildning av intervjuteknik kunde ha gett mer djupgående intervjuer och på så sätt ytterligare ökat kunskapen om rätt frågor penetrerats. Det har varit svårt att renodlat klassificera informanternas svar i kategorier då många av svaren återkommit under flera av frågeställningarna och därför förekommer på flera ställen i texten. För att få manifesterade kategorier hade det underlättat om författarna i stället hade valt att göra en enkätstudie med förvalda svarsalternativ.

Klinisk implikation

Det är viktigt att våldsbrott kommer upp till ytan och att synliggöra denna utsatta patientgrupp av kvinnor. Detta för att stärka deras självkänsla och stötta dem att ta sig ur ett destruktivt förhållande. Ämnet våld/misshandel är svårt och känsligt att ta upp med kvinnan av rädsla för såväl hur de reagerar som personalens egen erfarenhet som kan leda till starka känslostormar. Genom att undersöka hur vårdpersonal gör idag kan studien genom nya kunskaper hjälpa personalen att på ett avdramatiserat och rutinerat sätt våga ställa dessa

viktiga frågor. Tidigare studier av Corbally (13) samt Rodriguez et al. (14) visar att misshandlade kvinnor har lättare för att berätta om de blivit misshandlade om de blir tillfrågade istället för att själva ta upp ämnet. För att få kännedom om kvinnans upplevelser av våld anser författarna att det ligger på sjuksköterskans och övrig vårdpersonals ansvar att tillfråga kvinnan om detta. Det är viktigt såväl för att stoppa kvinnans lidande och oro som för att uppfylla vårdpersonalens plikt att anmäla grov misshandel.

Slutsatser

Studien har i enlighet med tidigare forskning ytterligare belyst behovet av mer utbildning för sjuksköterskor om bemötande och omhändertagande av kvinnor som utsatts för våld i nära relationer. Då det saknas rutiner om detta bör fler omfattande studier göras i Sverige för att utveckla och införa standardiserade frågeformulär som kan användas av sjuksköterskor inom all vård.

Referenser

1. Brottsförebyggande rådet. [webbsida]. 2008 Dec [läst 2009-01-09]; [1 sida]. Tillgänglig: http://www.bra.se/extra/pod/?action=pod_show&id=7&module_instance=2
2. Lewin B, Vem bryr sig? Om osynlighet och rättssäkerhet för brottsoffer med funktionshinder. Brottsoffermyndigheten, Umeå, 2002.
3. Heimer G, Posse B. Våldsutsatta kvinnor – samhällets ansvar. Lund, Studentlitteratur, 2003.
4. Heimer G, Björck A, Hogmark S. Att möta kvinnor som utsatts för misshandel och våldtäkt. RiksKvinnocentrum, Uppsala, 2003.
5. Moracco KE, Brown CL, Martin SL, Chang JC, Dulli L, Loucks-Sorrell MB et al. Mental health issues among female clients of domestic violence programs in North Carolina. *Psychiatr Serv* 2004; 55, 1036-1040.
6. Bergman B, Brismar B. A 5-year follow-up study of 117 battered women. *Am J Public Health*. 1991; 81, 1486-1489.
7. Coid J, Petruckevitch A, Chung WS, Richardson J, Moorey S, Feder G. Abusive experiences and psychiatric morbidity in women primary care attenders. *BJP* 2003; 183, 332-339.
8. Walsh E, Moran P, Scott C, McKenzie K, Burns T, Creed F, et al. Prevalence of violent victimisation in severe mental illness. *BJP* 2003; 183, 233-8.
9. Bengtsson - Tops A. Vi är många – Övergriper mot kvinnor som använder psykiatrin. En omfångsstudie. Stockholm: Riksförbundet för social och mental hälsa, 2004.
10. Hegarty K, Gunn J, Chondros P, Small R. Association between depression and abuse by partners of women attending general practice: descriptive, cross sectional survey. *BMJ* 2004; 328, 621-624.
11. Stenson K, Saarinen H, Heimer G, Sidenvall B. Women's attitudes to being asked about exposure to violence. *Midwifery* 2001; 17, 2-10.
12. Bradley F, Smith M, Long J, O'Dowd T. Reported frequency of domestic violence: cross sectional survey of women attending general practice. *BMJ* 2002; 324, 1-5.
13. Corbally M.A. Factors affecting nurses attitudes towards the screening and care of battered women in Dublin A&E departments: a literature review. *A&E* 2001; 9, 27-37.

14. Rodriguez MA, Bauer HM, McLoughlin E, Grumbach K. Screening and intervention for intimate partner abuse: Practices and attitudes of primary care physicians. JAMA 1999; 282, 468-474.
15. Fulfer J L, Tyler JJ, Choi NJS, Young JA, Verhulst SJ, Kovach R, et al. Using indirect questions to detect intimate partner violence: The SAFE-T questionnaire. J Interpers Violence 2007; 22, 238-249.
16. Nelson HD, Nygren P, McInerney Y, Klein J. Screening Women and Elderly Adults for Family and Intimate Partner Violence: A review of the Evidence for the U.S. Preventive Services Task Force. Ann Intern Med 2004; 140, 387-396.
17. Rhodes KV, Frankel RM, Levinthal N, Prenoveau E, Bailey J, Levinson W. "You're Not a Victim of Domestic Violence, Are You?" Provider – Patient Communication about Domestic Violence. Ann Intern Med. 2007; 147(9), 620–627
- 18a. Svensk författningssamling 2004:175 . [webbsida] 2009 [läst 2009-05-29], [1 sida].
Tillgänglig: <http://www.notisum.se/rnp/sls/sfs/20040175.PDF>
- 18b. Svensk författningssamling 1962:700. [webbsida] 2009 [läst 2009-05-29], [1 sida].
Tillgänglig: <http://www.notisum.se/rnp/SLS/LAG/19620700.htm>
19. Patton QM. Qualitative evaluation and research methods. 2nd ed, Thousand Oaks, CA, Sage publications inc, 1990.
20. Polit DF, Hungler BP. Nursing Research. Principles and methods, sixth ed. JB Lippincott Company, 1999.
21. CODEX – regler och riktlinjer för forskning. [webbsida] 2008 [läst 2008-12-30], [1 sida].
Tillgänglig: www.codex.vr.se/oversikter/manniskor/samtycke.html
22. Graneheim UH, Lundman B. Qualitative content analysis in nursing research: concepts, procedures and measures to achieve trustworthiness. Nurse Educ Today 2004; 24, 105-12.
23. Regeringens proposition 2007/08:44. [webbdokument] Stockholm: Regeringen [läst 2008-12-30], [2 sidor]. Tillgänglig:
<http://www.regeringen.se/content/1/c6/09/48/06/b497e80c.pdf>

Frågeguide

Syfte

Syftet är att undersöka om, och i så fall hur, frågor om våld i nära relationer ställs av sjuksköterskor till kvinnor inom psykiatrisk vård samt hur sjuksköterskor hanterar kvinnor som blivit våldsutsatta.

Frågeställningar:

Vilka patienter tillfrågas om våld?

Vilka kvinnliga patienter tillfrågas om de har varit/är utsatta för våld?

Om inte alla tillfrågas, vad är anledningen till det?

Hur ofta frågar du dina kvinnliga patienter om de varit utsatta för våld?

Hur frågar sjuksköterskorna om patienten utsätts för våld i nära relationer?

Har ni några rutiner angående frågor om misshandel och i så fall vilka?

På vilket sätt och var tillfrågas de?

Hur hanterar sjuksköterskan en våldsutsatt patient?

Hur går ni vidare om ni får ett jakande svar?

Hur går du tillväga om du har en stark misstanke om att patienten blir misshandlad, men får ett nekande svar?

Man Kvinna

Ålder:

Vilken typ av utbildning har du?

Hur länge har du arbetat inom psykiatri?

Uppsala 2009-01-22

Informationsbrev till dig som sjuksköterska inom psykiatrisk vård

Vi är två sjuksköterskestudenter från Uppsala universitet som, inom ramen för vårt examensarbete under vårterminen 2009, vill undersöka om, och i så fall hur, frågor om våld i nära relationer ställs av vårdpersonal till kvinnor inom psykiatrisk vård.

Ert deltagande i denna intervjustudie är viktig för att få en uppfattning om hur psykiatrin i dagsläget bemöter och frågar kvinnor om våld.

Intervjuerna kommer att ske på din avdelning/mottagning och bandinspelas.

Deltagandet är frivilligt, konfidentiellt och du kan när som helst avbryta. Bandinspelningarna kommer att transkriberas ordagrant och analyseras för att slutligen raderas när examensarbetet är klart. Intervjuerna beräknas ta cirka 30 minuter och kommer efter bearbetningen att hanteras anonymt.

Vid frågor kontakta oss!

Med vänliga hälsningar

Johanna Blomhagen

073-063 22 90

Carina Gustavsson

0708-11 89 54

Handledare

Terese Berglund

0733-30 55 97

018-611 21 83

Elisabet Alphonse

070-221 49 28

018-611 22 30