

“Det hade varit
mycket enklare
om jag hade
brutit en arm”

*Våldsutsatta kvinnors erfarenheter, uppfattningar
och upplevelser av sjukskrivningsprocessen*

Eva Wendt, projektledare, dr. med. vet.

Bokens titel *Det hade varit mycket enklare om jag hade brutit en arm* beskriver vad en av kvinnorna kände i mötet med en läkare som uttryckte att det var svårt att sjukskriva henne på grund av hennes diffusa symtom. Läkaren menade att en bruten arm hade varit mycket enklare ur sjukskrivningssynpunkt. Detta speglar vad även andra kvinnor kände, att man måste vara sjuk eller skadad "på riktigt" för att bli sjukskriven.

© Författaren och VKV 2019

Detta verk skyddas av lagen om upphovsrätt och får endast kopieras för personligt bruk.

Grafisk form: Josefin Brosché Hagsgård

www.valdinararelationer.se

Förord

Ett liv utan våld är en grundläggande mänsklig rättighet men verkligheten ser annorlunda ut för många barn och vuxna. Våld i nära relationer och mäns våld mot kvinnor är ett samhällsproblem och framförallt ett folkhälsoproblem och ett jämställdhetsproblem som drabbar alla i familjen, inte minst barnen. Förutom det lidande det innebär för stunden kan våldsutsatthet ge allvarliga konsekvenser för vuxnas och barns psykiska och fysiska hälsa.

Hälso- och sjukvården har ansvar att identifiera orsaken till patientens ohälsa. Det kräver att det finns en kunskap och medvetenhet kring de samband som finns mellan tidigare våldsutsatthet och senare ohälsa. Hälso- och sjukvården har goda möjligheter att fånga upp patienter som har erfarenhet av våld i nära relationer, men då krävs att personal ställer rutinmässiga frågor om våld. Att våldsutsatta uppmärksammas och kan erbjudas skydd, stöd och behandling kan minska risken för omfattande och långvarig ohälsa vilket i sig minskar risken för långvariga och återkommande sjukskrivningar och utanförskap. Kommunikation är grundläggande i alla möten. Det handlar om att våga lyssna och att kunna ta emot den våldsutsattas berättelse vilket är avgörande för att tillsammans med den som är våldsutsatt fatta beslut om åtgärder och eventuell sjukskrivning.

Västra Götalandsregionens kompetenscentrum om våld i nära relationer genomförde under år 2014 intervjuer med våldsutsatta kvinnor om deras erfarenheter av, uppfattningar om och upplevelser kring sjukskrivning eller utebliven sjukskrivning och om de eventuella samtal om sjukskrivning de haft med vårdgivare. Förhoppningen är att resultatet av denna kvalitativa studie ska öka förståelsen för våldsutsatta kvinnors situation avseende sjukskrivningsprocessen.

Stort tack till de kvinnor som deltog i studien och som delade med sig av sina erfarenheter. Stort tack också till författare Eva Wendt, medförfattare Viveka Enander samt granskare Karin Örmon. Tack till övriga anställda vid VKV som på olika sätt har bidragit till framtagandet av denna rapport.

Göteborg 25 april 2019

Carina Eliason

Områdeschef

VKV – Västra Götalandsregionens kompetenskompetenscentrum om våld i nära relationer

Våld i nära relationer är ett omfattande folkhälsoproblem

Våld i nära relationer är ett av de allvarligaste hoten mot kvinnors och barns hälsa.¹ Konsekvenserna av detta ofta systematiska våld är många gånger omedelbara men också märkbara på lång sikt där både individ och familjer drabbas. Det finns omfattande studier som tydliggör att ohälsa och sociala problem, både som barn och vuxen, har starka samband med negativa barndomsupplevelser.²

Många våldsutsatta lever isolerat till följd utav att den våldsamme partnern, oftast men inte alltid en man, begränsar den utsattas sociala kontakter. Att besöka hälso- och sjukvården kan vara deras enda möjlighet att prata med någon om sin situation. I många fall kommer dock varken personalen eller patienten till insikt om grunden till patientens ohälsa, då det ofta handlar om diffusa fysiska och psykiska symtom. Att inte komma till botten med problemet ökar både patientens och närståendes lidande. Därutöver tillkommer stora ekonomiska konsekvenser för den enskilda och för samhället t.ex. i form av sjukskrivningar.³

Hälso- och sjukvårdens ansvar kring våldsutsatta

Hälso- och sjukvården har ansvar att identifiera orsaken till patientens ohälsa. Det kräver att organisation, ledning och personal har kunskap och medvetenhet kring de samband som finns mellan tidigare våldsutsatthet och senare ohälsa.⁴ Hälso- och sjukvården har goda möjligheter att fånga upp patienter som har erfarenhet av våld, men då krävs att personal ställer rutinmässiga frågor istället för att fråga på indikation eller vid misstanke. Rutinmässigt frågande innebär att en verksamhet på ett systematiskt sätt med stöd av en genomtänkt rutin tillfrågar patienter om våld när de besöker en verksamhet. Frågorna ställs oberoende av om personalen har misstankar om att patienten har erfarenhet av våld eller inte.

Att rutinmässigt fråga om våld vid besök inom hälso- och sjukvården ökar möjligheten att barn och vuxna som utsatts vågar berätta, oavsett om det är i ett tidigt

1 WHO. 2014. Global status report on violence prevention 2014. Luxembourg: World Health Organization.

2 Andershed, A-K., Andershed, H., Cater, Å. 2011. Resumé-studien. Retrospektiv Studie om Unga Människors Erfarenheter av utsatthet och stöd i unga år.

Felitti, V.J., Anda, R.F., Nordenberg, D., Williamson, D.F., Spitz, A.M., Edwards, W., Koss, M.P., Marks, J.S. 1998. Relationship of childhood abuse and household dysfunction of many of the leading causes of death in adults. The adverse childhood experiences (ACE) study. American Journal of Preventive Medicine. 14(4), 245-58.

3 Socialstyrelsen. 2006. Kostnader för våld mot kvinnor. En samhällsekonomisk analys. Artikelnummer 2006-131-34.

4 Bacchus LJ, Ranganathan M, Watts C, Devries, K. Recent intimate partner violence against women and health: a systematic review and meta-analysis of cohort studies. British Medical Journal Open 2018;8:e019995. doi:10.1136/bmjopen-2017-019995.

eller sent skede av pågående våldsutsatthet eller om det hänt tidigare i livet. Att våldsutsatta uppmärksammas och kan erbjudas skydd, stöd och behandling har stor betydelse. Det kan minska risken för omfattande och långvarig ohälsa vilket i sig minskar risken för långvariga och återkommande sjukskrivningar och utanförskap.

Vuxna som utövat våld mot andra kan också fångas upp inom hälso- och sjukvården. De behöver motiveras till insatser som ska förebygga och motverka fortsatt våld.⁵ Att arbeta med våldsutövare är en del av socialtjänstens arbete. Ett flertal socialtjänster i Sverige arbetar med insatser till våldsutövare och arbetet sker ofta lokalt och i samverkan med polis, åklagare, hälso- och sjukvård, socialtjänst samt frivilligorganisationer. Exempel på insatser är Utväg Skaraborg, Utväg Södra Älvsborg, "Alternativ till våld" (ATV), "Caring Dads", "Integrated Domestic Abuse Program" (IDAP) och "Relationsvålds-programmet" (RVP).⁶ För att värna om säkerheten för den våldsutsatta personen och dennes barn provas sedan 2012 en metod som kallas "Partnerkontakt". Metoden utgår ifrån den verksamhet som behandlar våldsutövaren vilket kan vara socialtjänst, ideella organisationer eller Kriminalvården. Metoden kallas partnerkontakt eftersom det alltså är partner eller tidigare partner till den som utövat våldet som kontaktas och får hjälp med samtal där riskbedömning och information om stödinsatser ingår.⁷

Viktiga förutsättningar för att kunna ställa rutinmässiga frågor om våld inom hälso- och sjukvården är att det finns rutiner samt kännedom om vem personalen ska kontakta för att såväl våldsutsatta som våldsutövare ska få del av de stöd- och behandlingsverksamheter som finns att tillgå.⁸ Även kunskap om hur vårdsökande upplever att bli tillfrågade är av betydelse. Hur frågor om våld tas emot av den vårdsökande handlar om bemötande. Tidigare forskning har tydliggjort att kvinnor upplever det positivt att hälso- och sjukvården ställer frågor om våld.⁹ De som utsatts hade önskat att någon inom hälso- och sjukvården hade frågat tidigare.¹⁰

I en tidigare VKV-studie som genomfördes inom Västra Götalandsregionen "Över-

5 Socialdepartementet. SoU 2018:37. Att bryta ett våldsamt beteende – återfallsförebyggande insatser för män som utsätter närstående för våld.

6 <http://nck.uu.se/kunskapsbanken/amnesguider/vald-i-nara-relationer/behandling-av-man-som-utovat-vald-i-nara-relationer/> 2018-09-10

7 Socialstyrelsen. 2015. Partnerkontakt: Säkerhetsarbete med våldsutsatta personer när våldsutövaren går i behandling. En studie av en försöksverksamhet.

8 Socialstyrelsen. 2018. Fråga om våld. En kartläggning av hur socialtjänsten och hälso- och sjukvården frågar om våldsutsatthet och våldsutövande samt användning av bedömningsmetoder.

9 Socialstyrelsen. 2002. "Tack för att ni frågar" - Screening om våld mot kvinnor.

Stenson, K., Saarinen, H., Heimer, G., Sidenvall, B. 2001. Women's attitudes to being asked about exposure to violence. *Midwifery*. 17(1):2-10.

Almqvist, K., Källström, Å., Appell, P., Anderzen-Carlsson, A. 2018. Mothers' opinions on being asked about exposure to intimate partner violence in child healthcare centres in Sweden. *Journal of Child Health Care*. 2018 Jun;22(2):228-237. doi: 10.1177/1367493517753081. Epub 2018 Jan 16.

10 Wendt E., Enander V. 2013. Övergiven eller Stöttad Våldsutsatta kvinnors erfarenhet av bemötandet inom hälso- och sjukvården. Göteborg: Västra Götalandsregionens Kompetenscentrum om våld i nära relationer.

given eller stöttad – Våldsutsatta kvinnors erfarenheter av bemötande inom hälso- och sjukvården” (hädanefter kallad bemötandestudien) beskrev de intervjuade kvinnorna både positiva och negativa erfarenheter av sina möten med hälso- och sjukvårdspersonal, men de beskrev också bemötande och situationer som handlar om hälso- och sjukvårdsorganisationens ansvar, till exempel i samband med sjukskrivningsprocessen. Flera av dessa kvinnor berättade att det kändes svårt att våldsutsatthet i sig själv inte är en medicinsk grund för sjukskrivning.¹¹

Läkarens bedömning innebär ingen ovillkorlig rätt till sjukpenning utan är ett underlag för Försäkringskassans beslut. Flera av kvinnorna i ovanstående studie¹² beskrev svårigheter kring detta. De menade att läkarens bedömning av deras hälsotillstånd inte togs på allvar av handläggaren på Försäkringskassan. Flera av kvinnorna hade erfarenhet av läkare som verkligen förstod och gjorde bedömningen att kvinnan behövde få lite andrum. Samtidigt hade läkarna förvarnat att det kunde vara svårt att bli sjukskriven för våldsutsatthet, trots noggrant skrivna intyg. En av de intervjuade kvinnorna beskrev behovet av sjukskrivning ur ett större perspektiv. Hon uttryckte vanmakt över hur svårt det kan vara att få möjlighet till sjukskrivning för att komma till ro i en kaotisk situation, utan att för den skull behöva uppvisa fysiska skador.¹³

Sjukskrivning som fenomen och begrepp förekommer mycket lite i den internationella forskningen. Det som studerats är framförallt våldsutsattas arbetssituation och vilket inflytande våldet har på kvinnors arbetsförmåga, allmänna situation på arbetsplatsen¹⁴ samt huruvida arbetsplatsen och det sociala stöd som kan erbjudas har betydelse för kvinnor som är utsatta för våld.¹⁵ För att få bättre förståelse för hur våldsutsatta kvinnors kan se på att bli sjukskrivna eller inte planerades denna studie.

En kvalitetssäkrad sjukskrivningsprocess

Hälso- och sjukvården och Försäkringskassan har olika uppgifter i sjukskrivningsprocessen. Hälso- och sjukvårdens ansvar är att dokumentera, ställa diagnos, bedöma funktionstillstånd, uppge arbetskrav och arbetsförmåga, vilket utgör underlaget för

11 Wendt och Enander, 2013.

12 Som ovan.

13 Som ovan.

14 Kwesiga, E, Bell, M., Pattie, M., Moe, A. 2007. Exploring the literature on relationships between gender roles, intimate partner violence, occupational status, and organizational benefits. *Journal of Interpersonal Violence*, 22, 312-325.

Logan, T., Shannon, L., Cole, J., Swanberg, J. 2007. Partner stalking and implications for women's employment. *Journal of Interpersonal Violence*, 22, 268-291.

15 Swanberg, J.E., Macke, C., Logan, T.K. 2006. Intimate partner violence, women, and work: coping on the job. *Violence and victims*. 21(5):561-78.

Staggs, S., Long, S., Mason, G., Krishnan, S., Riger, S. 2007. Intimate partner violence, social support, and employment in the post-welfare reform era. *Journal of Interpersonal Violence*, 22, 345-367.

Swanberg, J., Macke, C., Logan, T. 2007. Working women making it work: Intimate partner violence, employment, and workplace support. *Journal of Interpersonal Violence*, 22, 292-311.

Försäkringskassans beslut om sjukpenning. Det är läkarens ansvar att det medicinska underlaget håller hög kvalitet och att bedöma huruvida sjukdomen kräver att patienten avstår från att arbeta eller söka arbete. Sjukskrivning är en del av behandlingen av sjukdom och skall i enlighet med detta, baseras på vetenskap och beprövad erfarenhet.¹⁶

Hälso- och sjukvården har inte som uppdrag att minska sjukfrånvaron i sig, utan uppdraget är att åstadkomma en kvalitetssäkrad sjukskrivningsprocess. Sjukförsäkringens centrala funktion är att inkomsttrygga personer som inte kan arbeta på grund av sjukdom. I Socialstyrelsens föreskrifter framgår att både hälso- och sjukvården och Försäkringskassan har ett ansvar, att i nära samverkan bidra till en process som har patientens bästa som mål. Med detta åsyftas bland annat att undvika långa, passiva sjukskrivningar som kan leda till sämre hälsa och som även kan få konsekvenser som svårigheter att återgå till arbetet.¹⁷

Sedan 2006 har Sveriges Kommuner och Landsting (SKL) och regeringen ingått överenskommelser för att stimulera landstingen till att ge sjukskrivningsfrågorna högre prioritet i hälso- och sjukvården och förbättra och utveckla sjukskrivningsprocessen. Den så kallade "Sjukskrivningsmiljarden" gav landstingen pengar för att prioritera sjukskrivningsfrågan så att sjukskrivningsprocessen skulle bli mer effektiv och kvalitetssäker. "Rehabiliteringsgarantin" ökade, genom stimulanspengar till landstingen, tillgången till behandlingar för patienter med psykiska diagnoser och till patienter med långvarig diffus smärta. I överenskommelserna har vikten av att landstingen arbetar med att utveckla en kvalitetssäker sjukskrivning och rehabilitering betonats. Överenskommelserna har enligt Socialdepartementet medfört en ökad medvetenhet kring frågan om sjukskrivning, rehabilitering och planering för återgång till arbete. Genom detta ingår åtgärder för rehabilitering i det ordinarie vårduppdraget på ett bättre sätt än tidigare. Sjukskrivning har krav på mål och uppföljning och genom detta åstadkoms en kvalitetssäkrad sjukskrivningsprocess.¹⁸

Läkarens uppgift inför en eventuell sjukskrivning är att ta ställning till om patienten är sjuk eller inte. Sjukdomsbegreppet är svårdefinierat men centrala begrepp för sjukskrivning är funktionsnedsättning och aktivitetsbegränsning. Genom WHO:s klassifikation ICF (International Classification of Functioning, Disability and Health) kan sjukdomars konsekvenser beskrivas. Som stöd för sjukskrivning finns även Socialstyrelsens Försäkringsmedicinska beslutsstöd, specifika rekommendationer för olika diagnoser som utarbetats i samråd med medicinsk expertis. När det gäller kvinnor som är utsatta för våld i nära relationer och deras ofta komplexa hälsoproblematik finns dock svårigheter. I Socialstyrelsens rapport "Könsperspektiv i det försäkringsmedicinska beslutsstödet" (2013) framkom behov av förtydliganden avseende en rad diagnoser där våld skulle kunna vara en bakomliggande orsak: skadligt bruk av alkohol och alkoholberoende, skadligt bruk av droger och drogberoende, post-

16 Socialstyrelsen. Försäkringsmedicinskt beslutsstöd. <https://roi.socialstyrelsen.se/fmb> 2018-09-10.

17 Som ovan.

18 Socialdepartementet. En kvalitetssäker och effektiv sjukskrivnings- och rehabiliteringsprocess. Överenskommelse mellan staten och Sveriges Kommuner och Landsting 2017-2018.

traumatiskt stressyndrom, akut stressreaktion, anorexia, depression, recidiverande depression, generaliserat ångestsyndrom, stress- eller krisreaktion, insomni, paniksyndrom, långvarig icke-malign smärta i rörelseapparaten inklusive fibromyalgi, bäckensmärta, samtliga diagnoser inom gruppen skador och olycksfall samt stort rörelsemönster i mag-tarmkanalen så kallad IBS (irritable bowel syndrome).¹⁹ Rapporten resulterade i förbättringar av beslutsstödet som genom ett uppdrag från regeringen har kunnat integreras med hälso- och sjukvårdens journal- och intygssystem. I överenskommelsen mellan staten och SKL 2017-2018 framhålls att jämställdhet och frågor om våld i nära relationer, som påverkar såväl ohälsa som sjukfrånvaro, ska vara integrerade i landstingens kvalitetsarbete med sjukskrivning och rehabilitering. Adekvat behandling och rehabilitering är av stor betydelse för bättre hälsa och bättre arbetsförmåga.²⁰

Under de senaste åren har våld i nära relationer uppmärksammats som en bakomliggande orsak till en del långa sjukskrivningar, framförallt hos kvinnor.²¹ Enligt statistik från Brottsförebyggande rådet, Försäkringskassan och SCB, sammanställd av Socialstyrelsen, är det rimligt att anta att Försäkringskassan handlägger omkring 11 000 fall årligen som rör sjukskrivning, rehabilitering eller aktivitetsersättning relaterat till misshandel, grov kvinnofridskränkning och olaga hot.²²

Våldsutsatta kvinnors arbetsituation och frånvaro från arbetet

Tidigare forskning beskriver att kvinnor som är våldsutsatta i nära relation kan vara utsatta för kontrollerande beteenden vilka påverkar deras möjligheter att arbeta. Det kan handla om att deras partner hindrar dem att sova, vägrar ta hand om gemensamma barn medan kvinnan arbetar, att partnern gömmer eller förstör kläder och bilnycklar, stänger av väckarklockan eller rent fysiskt hindra kvinnans från att komma iväg till sitt arbete. Andra sätt att störa och försvåra arbete är olika former av förföljelse som att förövaren övervakar sin partner genom att följa med till och från arbetet och att titta in genom fönster på arbetsplatsen. Att vara förföljd påverkar ork och förmåga att förvärvsarbeta.²³

Våldsutsatta kvinnors arbetsituation påverkas negativt av deras livssituation, främst beroende på trötthet och oförmåga att koncentrera sig. Våldsutsatta har inte sällan ökad sjukfrånvaro, ofta på grund av emotionell påverkan. Många är så emotionellt påverkade att de sjukskriver sig själva och förlorar flera arbetsdagar varje månad.

19 Socialstyrelsen. 2013. Könsperspektiv i det försäkringsmedicinska beslutsstödet. Artikelnummer 2013-12-36.

20 Socialdepartementet. En kvalitetssäker och effektiv sjukskrivnings- och rehabiliteringsprocess. Överenskommelse mellan staten och Sveriges kommuner och Landsting 2017-2018.

21 SKL. Sveriges kommuner och landsting. 2013. Frågor och svar sjukskrivningsmiljarden 2014-2015.

22 Glenngård, A.H., Steen Carlsson, K., Berglund, A. 2010. Ekonomiska konsekvenser av mäns våld mot kvinnor: en kunskapsöversikt samt kostnadsberäkningar utifrån tre typfall.

23 Logan, T., Shannon, L., Cole, J., Swanberg, J. 2007. Partner stalking and implications for women's employment. *Journal of Interpersonal Violence*, 22, 268-291.

En norsk kvalitativ intervjustudie beskriver vad arbetet betydde för 18 kvinnor som var utsatta för våld i nära relation och hur deras partner påverkade deras arbetsliv. Analysen resulterade i två teman: Det första temat var återhämtning och överlevnad och i det andra temat beskrivs hur partnern hade påverkat deras arbetsliv. Att arbeta var viktigt för kvinnorna eftersom just arbetstiden var fri från våld. Arbetskamraterna hjälpte kvinnorna att upprätthålla självkänsla och självförtroende. Även att de tjänade egna pengar stärkte kvinnorna eftersom de då kände att de kunde klara sig själva ekonomiskt.²⁴

Bakom forskningen ovan döljer sig med stor sannolikhet komplexa livssituationer, vilket även framkom i bemötandestudien där 29 kvinnor intervjuades. Tolv av de kvinnorna intervjuades även för denna studie om sjukskrivningsprocessen där de har bidragit till ökad kunskap om under vilka omständigheter och situationer sjukskrivning i samband med våldsutsatthet skulle kunna vara gynnsamt, men också hur våldsutsatta kvinnor kan se på att vara sjukskrivna eller inte.

Syfte

Syftet med studien var att beskriva våldsutsatta kvinnors erfarenheter av, uppfattningar om och upplevelser kring sjukskrivning eller utebliven sjukskrivning samt eventuella samtal om sjukskrivning med vårdgivare. Studien skulle besvara följande frågeställningar:

- Hade kvinnorna önskemål om sjukskrivning? Hur såg dessa önskemål ut?
- Hade de samtal om sina önskemål med vårdgivare? Hur såg dessa samtal ut?
- Hur beskriver kvinnorna konsekvenserna av att ha blivit sjukskrivna alternativt att inte ha blivit sjukskrivna?

Som bakgrund till frågorna, ombads kvinnorna att berätta om hur deras livsomsständigheter såg ut vid de aktuella tillfällena:

- Upplevelse av egen hälsa
- Vilket skede av våldet som det berättas om
- Ekonomi och arbetssituation
- Familj samt övrigt nätverk

Metod

Studien genomfördes med kvalitativ metod, vilket är ett lämpligt metodval när det

24 Alsaker, K. Moen, B.E., Baste, V., Morken, T. How Has Living with Intimate Partner Violence Affected the Work Situation? A Qualitative Study among Abused Women in Norway. *Journal of Family Violence*. 2016; 31: 479–487. Published online 2016 Feb 24. doi: 10.1007/s10896-016-9806-2.

som ska studeras är ett komplext och mångfacetterat fenomen. Detta gäller i synnerhet våld i nära relationer.²⁵ Individuella intervjuer gav deltagarna möjlighet att berätta och reflektera över sina erfarenheter och upplevelser.

De intervjuade kvinnorna

De tolv kvinnor som deltog i studien hade tidigare, mellan åren 2010-2012, blivit intervjuade om sina erfarenheter av bemötande inom hälso- och sjukvården.²⁶ Vid den studien deltog 29 kvinnor i åldrarna 19-68 år med olika livserfarenhet och bakgrund. De rekryterades via verksamheter inom hälso- och sjukvården (vårdcentraler, barnmorskemottagningar/mödrahälsovård, ungdomsmottagningar, kvinnokliniker, psykiatriska kliniker) samt genom kommunala och ideella verksamheter som riktar sig till våldsutsatta kvinnor, exempelvis kriscentra och kvinnojourer. De rekryterades också genom information om studien på offentliga anslagstavlor, vilket innebar att kvinnorna själva tog kontakt avseende intervju.

Urvalet för denna studie om sjukskrivningsprocessen baserades på att kvinnorna skulle vara i olika åldrar, ha skiftande livserfarenhet och bakgrund samt ha olika erfarenheter av sjukskrivning relaterat till att de varit utsatta för våld. Samtliga tolv kvinnor som valdes ut godkände att vara med i studien. När de intervjuades var de mellan 22 och 70 år, åtta av kvinnorna var mellan 29 och 56 år. Två av kvinnorna hade ingen erfarenhet av sjukskrivning, varken under eller efter tiden som de hade varit utsatta för våld. Resterande tio kvinnor hade erfarenhet av sjukskrivning som kunde relateras till deras våldsutsatthet, fyra av dem hade varit eller var långtidssjukskrivna och sex kvinnor hade sjukskrivit sig själva under kortare tid eller blivit sjukskrivna av läkare. Två av kvinnorna hade blivit sjukskrivna i samband med sjukhusvistelse där orsaken primärt inte hade varit våldsutsatthet.

Ingen av kvinnorna levde med den partner som hade utsatt dem för våld. Fyra av dem hade en ny partnerrelation. Fem av kvinnorna hade minderåriga barn, tre hade vuxna barn och resterande fyra kvinnor hade inte några barn. En av kvinnorna hade barnbarn.

Två av kvinnorna levde med skyddad identitet och för en av de övriga tio hade den tidigare partnern kontaktförbud. Flera av kvinnorna hade polisanmält sin partner men endast i ett fåtal fall hade det resulterat i någon påföljd.

Hur intervjuerna genomfördes, hur analysen genomfördes samt andra aspekter på metoden kan läsas i sin helhet i bilaga 1.

25 Feder, G.S., Hutson, M., Ramsay, J., Taket, A.R.. 2006. Women exposed to intimate partner violence: expectations and experiences when they encounter health care professionals: a meta-analysis of qualitative studies. Archives of Internal Medicine, 166, s.22-37.

26 Wendt och Enander, 2013.

kats av att de utsatts för våld. Kvinnorna beskrev sin ekonomi, sin arbetsituation samt hur familj och övrigt nätverk såg ut. Det framkom att det hade varit långt ifrån självklart att hälso- och sjukvårdspersonal, som träffade kvinnorna i samband med deras besök för ohälsa och/eller skada, känt till att de varit våldsutsatta.

Det övergripande temat "Sjukskrivning eller inte? – Individuella behov samt betydelsen av stöd" beskriver, tillsammans med analysens huvudtema och undertema, komplexiteten kring våldsutsatthet och sjukskrivning. Detta åskådliggörs i nedanstående tabell 1.

Tabell 1. Huvudtema, undertema och textnära koder som skapades genom tematisk analys av de tolv intervjuerna

Sjukskrivning kan innebära en väg till återhämtning

Att bli sjukskriven av läkare eller helt enkelt sjukskriva sig själv, beskrivs i analysen som en möjlighet till andrum och återhämtning. En sjukskrivningsperiod kunde

| Huvudtema | Undertema | Textnära koder |
|---|---------------------------------|--|
| Sjukskrivning kan innebära en väg till återhämtning | Möjlighet att komma ifrån | Använda sjukskrivning för att resa bort |
| | | |
| | Ork över för annat | Deltidssjukskrivning innebär möjlighet att vara social |
| | | Deltidssjukskrivning innebär möjlighet att gå på samtal |
| | | Sjukskrivning innebär tid att vara med barnen |
| | | |
| | Tid för läkning | Sjukskrivning kan användas konstruktivt |
| | | Tillräckligt lång sjukskrivning ger möjlighet att både bryta ihop och slappna av |
| | | |
| | Fristad i det dolda | Att oplanerat bli inlagd på sjukhus för operation eller sjukdom |
| | | Överdriva symtom är en överlevnadsstrategi |
| | | Vård av barn är en överlevnadsstrategi |
| | | Att sjukskriva sig för annan åkomma är en överlevnadsstrategi |
| | | |
| Arbetet kan vara en resurs | Arbetet är en fristad från våld | Arbetet gör att man kommer ifrån våldet hemma |

| | | |
|--|---------------------------------------|--|
| | | Arbetet gör att man tänker på annat |
| | | Tryggare på arbetet än hemma |
| | Arbetet ger ett socialt sammanhang | Att vara hemma innebär isolering |
| | | |
| | På arbetet kan jag vara mig själv | Ingen, eller få, på arbetet vet vad som hänt |
| | | |
| | Arbetet skapar självkänsla | Arbetet ger positiv energi |
| | | Att arbeta visar mig att det finns någonting som fungerar |
| | | |
| | Arbetet ger mig rutiner | Arbetet är en anledning till att göra sig iordning på morgonen |
| | | |
| | Arbetet ger möjlighet till förändring | Rehabersättning minskar känslan av att fördärva för andra |
| | | Rehabersättning ökar förståelsen hos arbetsgivaren |
| | | Rehabersättning kan vara en chans att byta arbete |

| Huvudtema | Undertema | Textnära koder |
|------------------------------|--------------------------------------|---|
| Normer skapar stress | Skam och skuld | Van att alltid vara duktig |
| | | Om man är sjukskriven ska man vara sjuk |
| | | Vill inte ställa till det för andra |
| | | Skamset att vara sjukskriven |
| | | Jag är inte värd att vara sjukskriven |
| | | Att ljuga om sjukskrivningsorsak ger dåligt samvete |
| | | |
| | | Omdömen från andra |
| | | Andra tycker att jag borde lämnat tidigare |
| | | Andra tycker att jag ska må bra efter uppbrottet |
| | | Andra tycker att jag borde gå upp till heltid |
| | | Andra tycker att jag är lat |
| | | |
| Bristande stöd skapar stress | Ekonomiskt avbräck vid sjukskrivning | Mindre ersättning än vid lön |
| | | Sjukpenning släpar efter |
| | | Stora kostnader när man har barn |
| | | Stora kostnader när man har eget företag |

| | | |
|--|--------------------------------------|--|
| | | |
| | Oro för framtiden | Rädsla att sjukskrivning kan användas emot mig |
| | | Dålig information om sjukförsäkringsvillkor |
| | | Handlingsplan för behandling och samtal saknas |
| | | Lång väntetid till samtalskontakt |
| | | Bristande uppföljning av åtgärder |
| | | |
| | Minskad möjlighet till sjukskrivning | Dålig samverkan mellan myndigheter |
| | | Krånglig pappersexercis |
| | | Bristande kontinuitet i läkarkontakt |
| | | Bristande förståelse för kvinnans önskemål och behov |
| | | Läkare ser inte samband mellan våld och ohälsa |

| | | |
|--------------------|---|---|
| | | |
| Stöd har betydelse | Självinsikt innebär stöd till sig själv | Det tar tid att må bra |
| | | |
| | Stöd från anhöriga | Anhöriga och vänner ser och förstår mer än man själv |
| | | |
| | Stöd från arbetsplatsen | Chefer och arbetskamrater förstår min situation |
| | | Flexibilitet i arbetstider och återgång till arbetet |
| | | |
| | Stöd från läkare | Lyhördhet för kvinnans önskemål och behov om sjukskrivning |
| | | Läkare ser samband mellan våld och ohälsa |
| | | Läkares lyhördhet för kvinnans önskemål och behov av att arbeta |
| | | |
| | Stöd från myndigheter | Relevant information |
| | | Förståelse från handläggare |

Resultat

Sjukskrivning eller inte? - Individuella behov samt betydelsen av stöd

Under intervjuerna beskrev kvinnorna sina erfarenheter och uppfattningar kring sjukskrivning alternativt att inte vara sjukskriven i samband med ohälsa som orsa-

innebära mer tid och ork för barn, möjlighet att gå på samtal för att må bättre och möjlighet att vara social med anhöriga och vänner. Sjukskrivning kunde även vara nödvändigt för att komma hemifrån, resa bort och på så sätt komma ifrån verkligheten:

”Jag kände nog ibland att jag kunde tänka mig att åka bort. Att jag bara ville vara ledig och sätta mig på ett tåg och vandra ut på fjället och sitta där i ett tält. Bara vara iväg från människor för det var ju så mycket...jag kunde känna mig såhär trött liksom.”

En sjukskrivningsperiod kunde användas konstruktivt för att ge tid för läkning. När den var tillräckligt lång kunde den ge utrymme både för att kollapsa och därefter försöka återhämta sig. Att bli oplanerat inlagd på sjukhus kunde vara en fristad i det dolda, då ofta ingen annan än kvinnan själv visste att hon så väl behövde denna tid för återhämtning:

”Jag minns hur bra jag mådde när han sa att vi får lägga in dig för observation....det var ju som att....vilken lättnad jag kände.”

Vid intervjuerna framkom tre överlevnadsstrategier som kvinnorna hade använt sig av. De kunde överdriva symtom för att bli sjukskrivna eller sjukskriva sig själva för en annan åkomma. Det sistnämnda handlade inte bara om att hitta på en annan sjukskrivningsorsak utan även om att det hade känts svårt att berätta om att ohälsan berodde på våldsutsatthet. Den tredje överlevnadsstrategin handlade om att sjukskriva sig för vård av barn vilket kunde vara sant men det kunde också användas som en nödlögn, då kvinnan i en del fall menade att hon verkligen hade behövt vara hemma:

”Jag fick emellanåt ha intyg när barnen var sjuka, men det var ju ganska lätt att fixa. Det var bara att ringa ner till läkaren och säga att hon har feber eller säga att hon har spysjuka för då vill de ju inte ens att hon ska komma ner. Sedan har ju vår dotter varit sjuk på riktigt väldigt mycket. Hon var så psykiskt sjuk att hon fick feber av sin stress, så egentligen var vi båda sjuka.”

Arbetet kan vara en resurs

I intervjuerna berättade kvinnorna om erfarenheter, uppfattningar och upplevelser som handlade om att arbetet var en fristad från våld. Att arbeta hade varit en möjlighet för dem som fortfarande levde tillsammans med en våldsutövande partner att komma ifrån våldet. Det kunde kännas tryggare på arbetet eftersom deras partners inte sökte upp dem där:

”Sjukskrivning är ju aktuellt om man har en åkomma där det hjälper att vila för att återhämta sig, men jag hade ju en åkomma – och det var han som var i hemmet. Ju mer hemma jag var desto sjukare blev jag. Arbetet var en flykt, ju mer jag arbetade desto mindre risk var det att jag fick stryk. Hade jag blivit sjukskriven då hade det ju varit en svaghet hos mig och det tyckte han inte om. Han tyckte inte om svagheter,

man ska jobba ändå. Då hade det förmodligen varit ännu värre tror jag....det är ju inte klokt!"

En del kvinnor uttryckte att arbetet var en slags mental fristad som gjorde att de fick något annat att tänka på:

"Ventilen har varit jobbet och de stunderna man är där. När jag är hemma så maler de där tankarna i huvudet hela tiden och jag drömmer fortfarande mardrömmar på nätterna. Tankarna finns där oavsett om jag är vaken eller om jag sover."

Arbetet betraktades som en resurs eftersom det gav positiv energi och bröt den isolering som hemmet kunde innebära, såväl med eller utan en våldsutövande partner. Det handlade helt enkelt om att vara med i ett socialt sammanhang samtidigt som det fanns möjlighet att vara sig själv. Några av kvinnorna påtalade frihetskänslan att ingen eller väldigt få av arbetskamraterna kände till vad som hände hemma:

"Det är nog jobbet som på något sätt.. även om man är jättetrött ibland när man kommit hem så är det på något sätt en ventil, eftersom ingen heller vet vad som hänt, så jag får bara vara jag."

Att ha ett arbete att gå till kunde också upplevas som att det var något i livet som fortfarande fungerade. Detta gav positiv energi som i sin tur skapar en god självkänsla, vilken annars ofta undermineras av våldsutövaren:

"Det var så skönt att ta i någonting som man visste var rätt. Jag visste hur man syr en gardinlängd, det var någonting jag klarade av. Där fick jag svart på vitt att det blev rätt...än att hålla på och dividera de där frågorna i skallen hela tiden."

Arbetet kunde också vara en anledning till att skapa en rutin att gå upp på morgonen och att ha vardagliga rutiner kan betraktas som en resurs för att må bra.

Rehabiliteringsersättning ansågs som ett sätt att få en ny chans, att kunna ha sysselsättning och arbete, samtidigt som rehabilitering gav möjlighet till förändring i kvinnans liv. Att få sådan ersättning minskade även oron av att orsaka problem för andra. Kvinnornas uppfattning var att rehabiliteringsersättning ökade förståelsen hos arbetsgivaren och den kunde också innebära en chans att byta arbete. Att kunna ha lite större inflytande över sin situation betraktades som en resurs för hälsa.

Normer skapar stress

Relaterat till arbete och sjukskrivning beskrev kvinnorna egna känslor av skam och skuld men även skuldbeläggande omdömen från andra. Det sistnämnda hade handlat om att deras omgivning hade tyckt att de borde ha lämnat sin relation tidigare. Kvinnorna hade känt en press på sig att de efter uppbrottet snabbt borde mått bättre när situationen, utifrån sett, hade sett mycket lugnare ut:

"På något sätt känns det såhär att när människor vet att man levit i en relation med våld, när man väl klarat av att komma därifrån så ska man må bra. 'Inte ska väl du gå

omkring och vara ledsen eller inte ska väl du gå omkring och sörja. Nu får du ju må bra. Nu kan du göra vad du vill'. Det är så jag tror att de tänker."

Omdömen från andra beskrevs även i termer av att omgivningen, inte minst arbetskamrater och chefer, ansåg att kvinnan som de visste var våldsutsatt, skulle gå upp till heltid eftersom hennes frånvaro skapade problem på arbetet. Några av kvinnorna hade haft en känsla av att omgivningen betraktade dem som lata.

Kvinnornas livssituation blev också påverkad av deras egna normer som gjorde att de kände skam och skuld. De var vana att alltid vara duktiga och kände sig otillräckliga när de inte orkade. Det fanns en mängd saker som de hade känt sig skamsna över. Att vara sjukskriven över huvud taget kunde kännas skamset men även att inte känna sig värd att vara sjukskriven:

"Delvis hade jag förstås dåligt samvete, jag är ju ändå ekonom på jobbet och vem skulle göra arbetet om inte jag."

Att vid en del tillfällen dessutom känna sig tvungen att ljuga om orsaken till sjukskrivningen gav dåligt samvete. Inte minst menade några av kvinnorna att det ju inte är någon sjukdom att vara våldsutsatt, "om man är sjukskriven så ska man ju vara sjuk", vilket de själva inte betraktade sig som.

Bristande stöd skapar stress

Annat som skapade stress hos kvinnorna var faktorer som i analysen betraktades som bristande stöd från samhället. Konsekvenserna av denna brist var en övergripande oro för framtiden, där otillräcklig information kring sjukförsäkringsvillkor varit påfrestande:

"Jag hade jättemycket ångest, jag trodde att nu hade jag fått ett läkarintyg för sjukskrivning som gällde tre månader. Då trodde jag att om tre månader skulle jag jobba heltid och jag har inte ens ett jobb att gå till och då blir jag vräkt. Det var ju jätteskönt att vara sjukskriven men det var som att jag inte kunde använda sjukskrivningen till det den var tänkt för. Inte förrän jag började få ett år i taget kunde jag slappna av och det dröjde ganska länge."

Hos flera fanns en rädsla att sjukskrivning skulle kunna användas emot dem, inte minst i samband med en eventuell rättegång. De var rädda för att de skulle bli betraktade som för svaga för att kunna ta hand om sina barn:

"När jag blev skadad som värst var det ju främst mitt ben som blev söndersparkat och då hävdade han i domstolen att det var ju bara fejk för att jag sprang därifrån med min dotter i famnen...Det var väl där tror jag som det vaknade upp i min tankevärld...jag ville inte att han ska kunna använda sånt här emot mig, över huvud taget. Han har ju försökt flera gånger liksom...'hur klarar hon av att' och så vidare..Jag ska vara rädd för att de ska ta barnen ifrån mig, så gör han."

Eftersom kvinnorna både längtade efter och behövde olika former av stöd, skapades en stor stress när det var långa väntetider för att få en samtalskontakt, när det

saknades handlingsplan för behandling och samtal och när de upplevde att det inte fanns någon uppföljning av de åtgärder som vidtogs:

”Oftast får man väldigt kort tid vid ett återbesök hos läkaren. Man kanske bara har tio minuter på sig. I början var det ju bara att hon skrev att jag skulle vara fortsatt sjukskriven och då sa jag att jag kanske skulle vilja ha lite mer hjälp hur jag skulle kunna göra för att må bättre. Då föreslog de någon medicin, men jag tycker inte det är det bästa alltid.”

En annan kvinna uttryckte ungefär samma sak:

”De frågade väl hur man mår, då säger man kanske att man mår ungefär som förut. Då säger hon att ja vi kan förlänga sjukskrivningen eller det är ju bra om du snart kommer ut i arbete. Sedan är det inte så mycket mer, och via telefon är det samma sak...det är inte så mycket planering i det hela utan det är mer att 'du borde göra, du borde komma ut och arbeta'...men inte hur man ska gå tillväga för att komma dit.”

Det faktum att sjukskrivningsperioder hade inneburit mindre ersättning och att sjukpenningen släpat efter innebar ett ekonomiskt avbräck som skapade stora svårigheter att klara sig, speciellt vid längre sjukskrivningar. Att ha barn innebar förstås extra stora kostnader, inte minst eftersom kvinnan efter uppbrottet kunde vara ensam försörjare. De av kvinnorna som hade eget företag upplevde stora svårigheter då de hade stora kostnader och dåligt skyddsnet, vilket gjorde att de egentligen inte kunde vara sjukskrivna. Det hade helt enkelt varit nödvändigt för företagets överlevnad att bara jobba på.

Bristande stöd hade även handlat om dålig samverkan mellan myndigheter och komplicerad pappersexercis vilket flera kvinnor menade hade minskat deras möjlighet till sjukskrivning:

”Vid något tillfälle så fick jag verkligen inte tummen ur. Jag fick så mycket ångest. Jag hade fått papper hemskickade, jag skulle bara fylla i dem, jag hade ett läkarintyg och fick så mycket ångest av de där raderna 'beskriv med egna ord hur du känner dig eller vad det är som hindrar dig från att arbeta'...vad skulle jag svara på det....”

Problem och det bristande stöd som kvinnorna upplevde fanns inte minst inom hälso- och sjukvården. Exempel på detta var bristande kontinuitet avseende läkarkontakt samt bristande förståelse för kvinnans behov och önskemål:

”Jag har sagt länge att nu önskar jag att jag ramlar ihop. Det är det absolut bästa för då får man hjälp. Jag får inte hjälp så länge jag kommer och ler och står på mina ben, så länge jag kan gå får jag ingen hjälp. Då när kroppen la av och de trodde det var stroke, då jävlar gick det fort. Men det gick lika jävlar fort att skriva ut mig också.”

Samma kvinna fortsätter att berätta om hur hon kände det i ovanstående situation - att hennes läkare inte gav det stöd som hon som våldsutsatt behövde, nämligen att se sambandet mellan hennes ohälsa och det våld hon var utsatt för:

”Det är ju inte så att de kollar om det är stress...’Kanske du behöver varva ner, hur mår du psykiskt? Vi kanske ska lägga in dig några dagar på psyket så att du får bear-

beta'....inte en chans. Det känns mer som 'åk hem och ta hand om dina två barn, åk hem och tvätta så ses vi nästa gång du faller ihop'. Det är sjukt....."

Stöd har betydelse

Under intervjuerna berättade kvinnorna om att stödet från omgivningen hade varit oerhört betydelsefullt. Flera av kvinnorna menade att anhöriga och vänner hade stöttat dem eftersom de många gånger både såg och förstod mer av kvinnans situation än vad hon själv gjort:

"Jag hade väldigt svårt att acceptera att jag inte skulle orka med. Jag kan tänka mig flera gånger när jag skulle behövt vara sjukskriven men inte var det. Min pappa har liksom suttit och verkligen sagt i telefonluren att nu tar du och sjukskriver dig, för då kunde han höra hur utmattad jag var."

Men det fanns också kvinnor som menade att de själva insett att det skulle ta tid att må bra. Denna självinsikt innebar att kvinnan faktiskt gav stöd till sig själv.

Stöd från arbetsplatsen hade visat sig genom att både chefer och arbetskamrater hade gett uttryck för att de förstod hur kvinnan hade det. Kvinnorna hade fått stöd från arbetsplatsen genom flexibilitet avseende återgång till arbetet efter en längre eller kortare sjukskrivningsperiod och flexibla arbetstider:

"Jag har en jättebra chef...'du går hit, du gör det du måste och sen går du hem. När du inte orkar längre så går du hem'."

Det fanns även exempel på när kvinnor fått god hjälp från myndigheter såsom användbar information kring sin situation, praktiskt stöd att fylla i blanketter och handläggare som hade visat förståelse för kvinnans situation:

"Då satte hon fart för hon förstod att jag inte mådde bra. Hon var jättebra alltså! Dels är hon äldre och hon jobbar ju bara med skyddade personer och någonstans.... hon sitter på rätt plats av en anledning. Hon dömer inte, utan hon verkligen lyssnar och ser. Jag undrar om hon inte har varit i en liknande situation, för hon är ödmjuk, man ser att hon tänker. Hon förstår i alla fall och jag menar hon har till och med betalat ut mina sjukpengar fast inte något läkarintyg har kommit in, för hon vet att det kommer. Hon är fantastisk, så tack vare henne så har jag inte haft problem med mina pengar."

Stöd från hälso- och sjukvården hade handlat om läkare som haft ett mycket gott bemötande och omhändertagande och som tydligt hade sett sambandet mellan kvinnans våldsutsatthet och hennes ohälsa. Kvinnorna beskrev läkare som varit lyhörda för deras önskemål och behov av att vara sjukskrivna, såväl som önskemål och behov av att arbeta:

"Jag ringde ner till vårdcentralen, fick en tid och träffade en fantastisk läkare som var ganska klarsynt. Han luskade lite och ganska snabbt fick han mig att lyfta på locket och berätta allt. Han sa att det som händer nu är en helt sund reaktion på

något väldigt osunt som har hänt i ditt liv. Då tyckte jag att det var ju så länge sedan.... men då sa han att nej, förr eller senare kommer det alltid. Så då fick jag ångestlättande medicin och sömntabletter och så diskuterade vi om jag skulle vara sjukskriven. Han gav mig det valet. Han sa vill du vara sjukskriven så sjukskriver jag dig, du får känna av själv."

Ovanstående citat är ett exempel på en läkare som hade förstått betydelsen av stöd och sett till den enskilda kvinnans individuella situation. Flera av kvinnorna beskrev dock sjukskrivningsprocessen som komplex, inte bara för dem själva utan även för den läkare som sjukskriver:

"Det kan inte vara lätt heller för läkarna....hon var väldigt tydlig med att det är svårt att blir sjukskriven för detta. Det hade varit mycket enklare om du hade brutit en arm....men när det är något psykologiskt är det liksom svårare att ta på."

Kvinnornas upplevelse av sin egen hälsa och livssituation

Kvinnorna beskrev att det fysiska, psykiska och sexuella våld som de utsatts för hade negativa hälsokonsekvenser för deras välbefinnande. De beskrev rädsla, oro, nedstämdhet, depression och självmordstankar och ett par av kvinnorna hade gjort självmordsförsök. De beskrev den stora psykiska press som de upplevt och i vissa fall fortfarande upplevde, om rädsla för att vara ensam hemma och att de fortfarande kunde vara rädda för sin före detta partner. Allt detta tog mycket energi och orsakade en stark trötthet, även efter uppbrottet från den våldsutövande partnern. En kvinna beskrev sin skörhet och hur allt hade varit förvirrat efter uppbrottet samt att hon inte hade haft strategier för någonting. Hon hade haft sömnproblem, ångest och en apati som var förlamande, medan högen av kaos och disk bara växte:

"Jag vet att jag låg på hallmattan och försökte få mig själv att ta hand om disken och att jag gjorde det dag efter dag liksom. På morgonen klev jag upp och åt frukost och sedan orkade jag inte så mycket längre, men ut ur badrummet, sätta mig på hallmattan och sedan satt jag där. För därifrån kunde jag se disken och satt där och tittade på disken och grät och orkade inte gå upp och ta den. Där satt jag hela dagen. Sedan gick jag och la mig på kvällen och tänkte att nej jag tar den i morgon istället. Sedan nästa dag likadant, likadant, likadant och nu går det inte riktigt förstå den tröttheten men så var det ju då."

Kvinnorna beskrev både diffusa och mer konkreta allvarliga symtom på ohälsa och det var vanligt att de hade flera symtom samtidigt. De beskrev värk i magen, magkatarr, diarré och det fanns även kvinnor som hade haft eller fortfarande hade ätstörningar som anorexi och bulimi. Yrsel, balansproblem och svimningar var fysiska symtom, som gjorde att kvinnorna blev orolig över sin hälsa. Värk i kroppen i allmänhet, ryggont och huvudvärk var vanligt och påfrestande. Tryck över bröstet och andningsbesvär var fysiska symtom, som grundade sig i panikångest och som kvinnorna tyckte var mycket obehagliga. De blev rädda när det fick dessa symtom eftersom de satte dem i samband med livshotande sjukdomar, vilket hade fått dem att söka hälso- och sjukvården akut.

I kvinnornas berättelser fanns beskrivningar av att partners kränkningar hade lett till lågt självförtroende, rädsla inför kontakter med andra och rädsla för att skapa nya relationer. Men det fanns också många exempel på kraft och en vilja att överleva. Kvinnorna beskrev vidare att det efter uppbrottet kunde vara svårt att vänja sig vid frihet, samtidigt som flera också upplevde en härlig känsla av att få bestämma själva. Några beskrev dock att de fortsatt kände sig sårbara, försökte anpassa sig, ville bli älskade och de kunde känna sig rädda för konflikter. De fyra kvinnor som hade en ny partnerrelation kunde förundras över hur bra det kunde kännas att ha en relation och att i relation få vara en egen person med egen fri vilja och att få göra egna val:

”Jag kan bli jätte-jätteglad när jag tänker på det. Jag kan känna en så otrolig frihet att jag är så fri att liksom prata med vem jag vill. Jag kände det när vi var på semester. Gud vad skönt att själv få avgöra om man vill ha kontakt med någon person eller inte. På gården har jag fått jättebra kontakt med mina grannar. Jag har lärt känna en massa människor och barnen har fått vänner och jag har lärt känna deras föräldrar. Jag har en helt osvartsjuk relation nu, det kan jag fortfarande bli alldeles förundrad över att man kan ha, att man kan sitta och prata, att jag kan gå ut på krogen med mina tjejkompisar och sitta och prata med någon främmande människa. Det spelar ingen roll, det kan vara en man också och det händer inget farligt för det. I början tyckte jag det var jättesvårt att träffa min killes kompisar. Fortfarande kan jag tycka det är jättesvårt att krama dem, de hälsar med kramar och så, men han är ju väldigt osvartsjuk. Han är ju kompis med sina ex och det är väldigt avslappnat kring det. Jag märker att jag kan vara social, förr tänkte jag inte att jag kan vara det, men nu kan jag verkligen känna att jag kan vara jättesocial om jag vill. Det är en jätteskön frihetskänsla att ok nu är jag i en relation men jag är ändå fri att bestämma över mitt liv”.

En av kvinnorna hade avslutat en mycket lång sjukskrivningsperiod och hade nu ett arbete vilket gjorde att hon kände sig både stark och fri. Hon beskrev hur hennes liv hade förändrats från att vara i botten, där det inte hade funnits minsta förhoppning eller tro på att livet någonsin skulle kännas bra. Nu hade hon bättre självkänsla vilket till stor del grundade sig i att hon för första gången på många år kunde försörja sig själv.

De flesta hade dock trots en förbättrad livssituation kvarstående sömnsvärigheter. De beskrev hur tidigare upplevelser och känslor kunde väckas till liv när de träffade sin före detta partner, till exempel när de skulle lämna eller hämta sina barn, eller när en partner, trots kontaktförbud hörde av sig via mail, sms eller telefon eller helt plötsligt knackade på dörren. För flera av kvinnorna hade vidare situationen sedan föregående intervjutillfälle²⁷ inte på något sätt ändrats till det bättre. De menade att de hade alldeles för många kontakter inom hälso- och sjukvården och de behövde gång på gång upprepa sin historia i sina möten med läkare och annan personal. Det fanns fortfarande kvinnor som inte hade en tillfredsställande samtalskontakt.

27 Wendt och Enander, 2013.

Antingen hade de inte fått någon samtalskontakt alls vilket kunde handla om att de, som de själva uppfattade det, blev bortglömda eller nonchalerade eller att de fortfarande stod i kö. När kvinnan citerad nedan blev uppringd och tillfrågad om hon ville stå kvar i kön blev hon så frustrerad över bemötandet att hon uttryckte sig precis som hon just då kände sig:

“Öppenpsyk skickade han remiss till. Sedan så tog det jättelång tid, jag kommer inte längre ihåg, men jag tror att det tog typ 1,5 år. Jag vet att efter 1 år var det någon därifrån som ringde mig och frågade lite så där blasé om jag fortfarande var intresserad av att stå kvar i kön. Jag är inte så stolt över det men jag usch, jag vrålade någonting i stil med att: nej för helvete jag går och hänger mig i stället! Man söker ju inte psykvård i förebyggande syfte. Det är alltid akut, det är liksom en ganska hög tröskel, man går inte och söker psykvård för att nu är det lite jobbigt. Man har alltid väntat för länge innan man söker. Det är alltid alltid akut och så blir det sådana väntetider och det gjorde så mycket skada. Jag hann ju dra på mig så mycket extra problem”.

För de flesta av kvinnorna hade det gått flera år sedan uppbrottet med den partner som utövat våld. Flera av kvinnorna mådde fortfarande mycket dåligt, de beskrev fysiska smärtor och att de var så psykiskt utmattade att kroppen inte orkade. De hade ingen energi att träffa andra människor, de hade ett stort behov av att vara för sig själva samtidigt som flera av dem uttryckte ångest och oro för att vara ensamma hemma. Några av kvinnorna uppgav att de hade mycket dålig hälsa med diagnoser som PTSD, fibromyalgi, panikångest och utmattningsdepression. De flesta hade kvarstående besvär med koncentrationssvårigheter, de kände sig stressade och hade ständig värk. Trots dessa symtom på ohälsa beskrev flera av kvinnorna svårigheter att få gehör för sina behov av sjukskrivning och rehabilitering efter uppbrottet med partnern.

En av kvinnorna berättade om hur dåligt hon hade mått efter uppbrottet med partnern och att hon så väl hade behövt en återhämningsperiod med sjukskrivning. Läkaren hon besökte hade dock insett att det fanns en risk att kvinnan med sina diffusa symtom inte skulle få den hjälp hon behövde. Läkaren hade beklagat sig med ett uttryck som verkligen hade satt sig i minnet på kvinnan, vilket hon upprepade flera gånger:

“Det hade varit mycket enklare om jag hade brutit en arm”.

Diskussion

Att vara utsatt för våld – en komplex vardag

Våld i nära relationer behöver uppmärksammas i sjukskrivnings- och rehabiliteringsprocessen, eftersom våld är en bakomliggande orsak till långa sjukskrivningar, framförallt bland kvinnor.²⁸ De intervjuade kvinnornas ohälsa stämmer väl överens med den förteckning av fysiska konsekvenser av våld, som WHO presenterar i sin rapport "World report on violence and health"²⁹ där negativa hälsokonsekvenser av våld sammanfattas.

Att vara utsatt för våld i nära relationer har tydliga samband med låg livskvalitet.³⁰ Analysen av de tolv intervjuerna gav en bild av intervjupersonernas komplexa vardag. Utöver det faktum att de varit utsatta för våld, hade de stor oro för framtiden med ekonomi, arbete och hälsa. Skuld och skam kring att vara våldsutsatt var ständigt närvarande när kvinnorna kände att de inte klarade av att arbeta, när de kände förväntningar från andra och när de undrade vad personer i deras omgivning tänkte och tyckte. För flera av de kvinnor som hade barn fanns dessutom en oro för att tecken på ohälsa och/eller en sjukskrivning hos dem själva skulle kunna vara till nackdel vid en vårdnadstvist. De litade inte på att de skulle få en rättssäker bedömning i domstol.

Behov av en kvalitetssäkrad sjukskrivningsprocess

Alla tolv kvinnorna menade att de på något sätt hade upplevt dålig tillgänglighet till vården, tidspressad personal som inte alltid varit lyhörda för kvinnans behov eller visat att de förstod hennes situation. Samverkan mellan hälso- och sjukvården och Försäkringskassan och myndigheter hade inte alltid fungerat.

Kompetensutveckling inom försäkringsmedicin har varit en viktig åtgärd redan från den första överenskommelsen 2006, den så kallade Sjukskrivningsmiljarden. Den ökade kompetensen har, enligt Socialdepartementets bedömning, förbättrat kvaliteten på såväl sjukskrivningar som läkarintyg. God kunskap inom försäkringsmedicin är avgörande för att säkerställa god kvalitet i arbetet med sjukskrivnings- och rehabiliteringsprocessen. I 2016 års överenskommelse framgår att landstingen skulle upprätthålla och vidareutveckla sin struktur för att långsiktig underhålla och stödja kompetensen i försäkringsmedicin för läkare och andra berörda yrkesgrupper. Kompetensutvecklingen skulle ge kunskap om jämställdhet och våld i nära relationer, för att kunna bedöma behovet av sjukskrivning som en del av vård och behandling och hur dialogen med patienten kan utvecklas.³¹

28 Socialstyrelsen. 2013. Könsperspektiv i det försäkringsmedicinska beslutsstödet. Artikelnummer 2013-12-36.

29 Krug, E.G., Dahlberg, L.L., Mercy, J.A., Zwi, A.B., Lozano, R. 2002. World Health Organization, Geneva. World report on violence and health.

30 Alsaker, K., Moen, B.E., Morken, T. Baste, V. 2018. Intimate partner violence associated with low quality of life - a cross-sectional study. BMC Womens Health. 2018; 18: 148. Published online 2018 Sep 4. doi: 10.1186/s12905-018-0638-5.

31 Socialdepartementet. En kvalitetssäker och effektiv sjukskrivnings- och rehabiliteringsprocess. Över-

Betydelsen av individuella situationsanpassade lösningar

De intervjuade kvinnorna efterfrågade en god dialog. I intervjuerna framkom att det inte hade varit lämpligt med någon standardmodell för sjukskrivning. Det hade inte gått att utifrån symtom eller diagnos, bestämma huruvida det vore bäst med sjukskrivning eller arbete. Två av resultatets huvudteman "Sjukskrivning kan innebära en väg till återhämtning" och "Arbetet kan vara en resurs" tydliggör att varken det ena eller det andra kan anses som självklart. Kvinnorna beskrev olika erfarenheter och behov av sjukskrivning, om att de behövt andrum och återhämtning, både för sig själv och sina barn. Behov av sjukskrivning kunde finnas under pågående våldsutsatthet men även efter uppbrott från våldsutövaren. Flera beskrev att arbete hade inneburit en psykisk och fysisk fristad för dem, under eller efter att våldet upphört. Såväl sjukskrivning som arbete kunde således fylla kvinnornas behov. Resultatet stämmer väl överens med den norska studie där 18 kvinnor intervjuades.³² Resultatet av dessa båda studier beskriver att sjukskrivande läkare, Försäkringskassan och våldsutsatta kvinnor tillsammans ska hitta individuella situationsanpassade lösningar. Hälso- och sjukvårdspersonal ska lyssna, informera, erbjuda och agera³³ vilket stämmer väl överens med resultatet från den tidigare studien med fokus på bemötande.³⁴

Några av kvinnorna i studien hade symtom där det, enligt det dåvarande försäkringsmedicinska beslutsstödet, inte funnits tillräcklig grund för sjukskrivning. En annan orsak kan ha varit att de redan hade varit sjukskrivna en längre tid och att sjukskrivningen inte kunde förlängas. I dessa fall hade flera av kvinnorna sett det som nödvändigt att överdriva sina symtom för att bli sjukskrivna. Några av kvinnorna hade efter att de utsatts för fysiskt våld sjukskrivit sig av andra anledningar tills skadorna efter det fysiska våldet hade dämpats. En orsak kan ha varit att de på grund av olika normer, skuld och skam inte ville berätta att deras skador berodde på våldsutsatthet. Att våld i nära relationer för många, såväl människor i allmänhet som utsatta, är tabubelagt visar hur viktigt det är med ett ständigt pågående arbete kring frågan.

Det hände också att kvinnorna hade anmält vård av barn när de inte orkade gå till sitt arbete. De var oroliga för att en sjukskrivning skulle kunna vara negativt för dem i en framtida vårdnadstvist, att de på grund av flera sjukskrivningsperioder skulle betraktas som för svaga att ta hand om sitt/sina barn. De menade att såväl barnens far som rättsväsendet skulle kunna anföra sådana skäl. Detta visar behovet av noggrann dokumentation inom hälso- och sjukvården och fortsatt kompetenshöjning.

enskommelse mellan staten och Sveriges Kommuner och Landsting 2017-2018.

32 Alsaker, K. Moen, B.E., Baste, V., Morken, T. How Has Living with Intimate Partner Violence Affected the Work Situation? A Qualitative Study among Abused Women in Norway. *Journal of Family Violence*. 2016; 31: 479–487. Published online 2016 Feb 24. doi: 10.1007/s10896-016-9806-2.

33 Nationellt centrum för kvinnofrid, NCK. 2010. NCK rapport 2010:4. Att fråga om våldsutsatthet som en del av anamnesen. Antologi. Uppsala: Edita Västra Aros.

Socialstyrelsen. 2018. Fråga om våld. En kartläggning av hur socialtjänsten och hälso- och sjukvården frågar om våldsutsatthet och våldsutövande samt användning av bedömningsmetoder.

34 Wendt och Enander, 2013.

Rutinmässiga frågor om våld

Hälsokonsekvenser av våld kan förebyggas. När diskussionen om sjukskrivning eller inte kom upp i samtalet mellan läkare och de våldsutsatta kvinnor som intervjuades för den här studien hade det dock gått väldigt långt avseende kvinnornas och deras barns ohälsa. Arbetet med och mot våld handlar om en mängd insatser. Rapporten "Nu har vi kommit över tröskeln" visar på möjligheten att identifiera våldserfarenhet genom rutinmässiga frågor om våld till patienter inom hälso- och sjukvården.³⁵

Utöver att rutinmässigt fråga om våld krävs lyhördhet för den enskilda patientens livssituation och behov, i vilket skede av relationen hen än befinner sig i. Flera kvinnor berättade om läkare som hade sjukskrivit dem alternativt förstått deras ställningstagande till att vilja fortsätta arbeta, utifrån vad kvinnorna hade behov av just då. Att dessa läkare hade lyssnat på kvinnornas önskemål och behov, går helt i linje med begreppet personcentrerad vård.³⁶ Kärnan i detta begrepp kan beskrivas med hjälp av ett citat från en av kvinnorna i bemötandestudien: "Lyssna till just min situation och vad jag vill ha för hjälp."

Implikationer

Hälso- och sjukvården och Försäkringskassan har ett gemensamt ansvar, att i nära samverkan bidra till en process som har patientens bästa som mål och därmed kunna undvika långa, passiva sjukskrivningar som kan leda till sämre hälsa och som även kan få konsekvenser som svårigheter att återgå till arbetet. Kompetensutveckling inom försäkringsmedicin har varit en viktig åtgärd redan från den första överenskommelsen 2006 och ökad kompetens har förbättrat kvaliteten på såväl sjukskrivningar som läkarintyg. Men, utifrån resultatet av denna studie är det viktigt att i än högre utsträckning förstå och ta hänsyn till våldsutsatta kvinnors behov av individuella bedömningar och lösningar.

Målet att minska antalet sjukskrivningar ska inte fokusera på vuxna som behöver ta del av en kvalitetssäkrad rehabiliterings- och sjukskrivningsprocess. Ett minskat antal sjukskrivningar kan vara möjligt först när hälso- och sjukvården ytterligare har utvecklat och stärkt sina verksamheter avseende arbetet med våld i nära relationer. Genom att ställa rutinmässiga frågor om våld kan utsatthet fångas upp även i ett mycket tidigt skede vilket i sin tur kan minska antalet vuxna och barn som får långvariga hälsoproblem på grund av våld.

35 Wendt, E. Svensson, J. 2018. "Nu har vi kommit över tröskeln". Utvärdering av ett projekt kring att fråga rutinmässigt om våld inom hälso- och sjukvården. VKV, Västra Götalandsregionens kompetenscentrum om våld i nära relationer.

36 <https://gpcc.gu.se/om-gpcc/personcentrerad-varld-2018-09-10>

Bilaga 1. Studiens metod

En kvalitativ forskningsdesign valdes för att besvara studiens syfte. Våld i nära relationer är ett komplext och mångfacetterat fenomen³⁷ och individuella intervjuer gav deltagarna möjlighet att berätta och reflektera över sina erfarenheter och upplevelser. Detta gav ett innehållsrikt resultat vilket i förlängningen kan skapa en god förståelse hos de som träffar våldsutsatta kvinnor.

De intervjuade kvinnorna

De tolv kvinnor som deltog i studien hade några år tidigare, 2010-2012, blivit intervjuade om sina erfarenheter av bemötande inom hälso- och sjukvården.³⁸ Då deltog 29 kvinnor i åldrarna 19-68 år med olika livserfarenhet och bakgrund. De hade rekryterats via verksamheter inom hälso- och sjukvården (vårdcentraler, barnmorskemottagningar/mödrhälsovård, ungdomsmottagningar, kvinnokliniker, psykiatriska kliniker) samt genom kommunala och ideella verksamheter som riktar sig till våldsutsatta kvinnor, exempelvis kriscentra och kvinnojourer. De rekryterades också genom information om studien på offentliga anslagstavlor, vilket innebar att kvinnorna själva tog kontakt avseende intervju.

Urvalet baserades på att de tolv kvinnorna skulle vara av olika åldrar, att de skulle ha skiftande livserfarenhet och bakgrund samt ha olika erfarenheter av sjukskrivning relaterat till att de varit utsatta för våld.

Information till kvinnorna

Samtliga kvinnor hade i samband med de tidigare intervjuerna godkänt att bli kontaktade igen. För denna studie tog huvudförfattaren i första hand kontakt genom telefon, men även via e-post och sms. De tillfrågades om de var intresserade av att få ett brev med skriftlig information om en intervjustudie som skulle handla om deras erfarenheter av sjukskrivning. Informationen innehöll bakgrund och syfte med studien, att det var frivilligt att delta och att de utan att ange orsak kunde avbryta sitt deltagande under datainsamlingen och att deras intervjumaterial då skulle tas bort och förstöras. Vidare beskrevs hur intervjuerna skulle genomföras, att materialet skulle behandlas varsamt och att ingen enskild person skulle kunna identifieras i resultatredovisningen³⁹ samt hur datamaterialet skulle förvaras och sparas. Det framgick också att kvinnorna skulle få ta del av studiens resultat. I informationen fanns även kontaktuppgifter till ansvarig för studien.

37 Feder, G.S., Hutson, M., Ramsay, J., Taket, A.R.. 2006. Women exposed to intimate partner violence: expectations and experiences when they encounter health care professionals: a meta-analysis of qualitative studies. *Archives of Internal Medicine*, 166, s.22-37.

38 Wendt och Enander, 2013.

39 SFS. 1998. Svensk författningssamling. (dåvarande) Personuppgiftslagen (1998:204).

Intervjuernas genomförande

Samtliga kvinnor fick själva välja tid och plats för intervjun. Vid intervjutillfället gick huvudförfattaren/intervjuaren igenom den skriftliga informationen och samtycke till deltagande inhämtades. Intervjuerna spelades in digitalt på band. En intervjuguide med studiens frågeställningar användes som stöd. De tolv intervjuerna varierade i tid från ca 35 minuter till 1 timme och 40 minuter. Nio av intervjuerna varade i 40-60 minuter.

Bearbetning och analys

Intervjuerna skrevs ut ordagrant av en assistent på VKV. Därefter läste huvudförfattaren igenom de utskrivna intervjuerna samtidigt som de bandinspelade intervjuerna lyssnades igenom, allt för att få en känsla för innehåll och helhet. Därpå startade själva analysarbetet genom att den text som svarade på studiens syfte och frågeställningar togs fram. För analysen av texten användes en induktiv tematisk analysmodell som beskrivits av Braun och Clarke.⁴⁰ Det är en metod där analysen utgår från det kvinnorna beskrivit istället för att lägga in data under förutbestämda ämnesområden. En av fördelarna med denna analys är att metoden erbjuder ett flexibelt och användbart verktyg, vilket möjliggjort en rik och detaljerad redogörelse av data. För trovärdigheten beskrivs tillvägagångssättet noggrant nedan.

Den tematiska analysmodellen

Intervjuerna granskades först systematiskt genom att huvudförfattaren gick igenom dem en och en. Vid analysen togs de textdelar fram som svarade på studiens frågeställningar kring kvinnornas önskemål om sjukskrivning, om de hade samtal med vårdgivare om dessa önskemål, hur dessa samtal såg ut samt hur kvinnorna beskrev konsekvenserna av att ha blivit sjukskriven eller inte vilket var den huvudsakliga frågeställningen. När den sistnämnda frågeställningen togs upp vid intervjuerna kom frågorna om ekonomi, arbetssituation, familj samt övrigt nätverk omkring kvinnan upp som en naturlig del.

Alla delar av intervjuerna som svarade på samtliga ovanstående frågeställningar benämndes med koder. De kodade textpartierna klipptes ut och alla som innehållsmässigt liknade varandra lades samman. Nästa steg i den tematiska analysen var att skapa möjliga teman vilket gjordes genom att föra samman de koder som liknade varandra. Därefter granskades dessa teman, dels i förhållande till de ingående koderna, och dels i förhållande till varandra. Därefter startade en analysprocess då koder och teman förfinades, och analysen gick fram och tillbaka mellan de olika

40 Braun, V., Clarke, V., 2006. Using thematic analysis in psychology. *Qualitative Research in Psychology*, 3(2), s.77-101.

analysnivåerna. Analysen diskuterades med kollegor på VKV, där de initialt fick ta del av de i tabellen klustrade koderna, utan att få reda på förslagen på underteman och huvudteman. Därefter arbetade de i smågrupper och gav förslag på egna underteman vilka sedan jämfördes med de underteman som huvudförfattaren tagit fram. Efter det hade grupperna en ny diskussion kring huvudteman. Dessa kollegiala diskussioner resulterade i några smärre förändringar i resultatet. Under analysens gång har resultatet även diskuterats med andra forskare inom våldsområdet, för att öka resultatets trovärdighet. Genom analysen skapades slutligen en struktur av intervjuernas innehåll, en tematisk karta som består av ett övergripande tema, fem huvudteman samt tjugo underteman⁴¹, vilka beskrivs i resultatkapitlet.

Etiska aspekter

Att intervjua kvinnor som lever eller har levt med våld, kräver en rad åtaganden för att kunna garantera trygghet, säkerhet och sekretess. Skyddsaspekten var central vid intervjuerna med kvinnorna. En förutsättning var att deltagarna inte skulle riskera att utsättas för våld med anledning av att de blev intervjuade. Deltagande i en studie om så känsliga saker som erfarenheter av våld, kan väcka obehagliga minnen till liv, men samtliga kvinnor hade uttryckt att de tyckte det var viktigt att få delge sina erfarenheter. Huvudförfattaren hade vid studiens början kontakt med stödverksamheter, såsom kvinnojourer och kriscentra för kvinnor, för att de skulle kunna kontaktas vid behov av samtalsstöd för de intervjuade kvinnorna. Ingen av kvinnorna som intervjuades, var i ett direkt kritiskt läge. Det hade varit olämpligt att intervjua personer som befinner sig i akut kris.

Att vara deltagare i en studie och dela med sig av sina erfarenheter, kan kännas utlämnande, obekvämt och obehagligt, men det kan också ge positiva och berikande erfarenheter.⁴² För att skydda dem som deltog i studien, och minimera osäkerhet och otrygghet, togs hänsyn till grundläggande etiska krav, som handlar om information, samtycke, sekretess och nyttjande.⁴³ Genom hela studien togs hänsyn till de riktlinjer avseende etik och säkerhet, som utformats av WHO: "Putting Women First: Ethical and Safety Recommendations for Research on Domestic Violence against Women"⁴⁴, vilka även stämmer överens med senare beskrivna forskningsetiska principer som Vetenskapsrådet senast publicerade 2017.⁴⁵ För att säkerställa anonymiteten har vissa av citaten i intervjuerna skrivits om avseende vissa återkommande ord eller speciella sätt att uttrycka sig, som skulle kunna avslöja en persons identitet. Studien är godkänd av regionala etikprövningsnämnden vid Göteborgs universitet diarienummer 227-14.

41 Braun och Clarke 2006.

42 Kvale, S. 1996. *InterViews: An introduction to qualitative research interviewing*. California Thousand Oaks: Sage Publications.

43 Forsman, B., 1997. *Forskningsetik. En introduktion*. Lund: Studentlitteratur.

44 Watts, C. 2001. *Putting women first: ethical and safety recommendations for research on domestic violence against women*. Geneva, World Health Organization.

45 Vetenskapsrådet. *Forskningsetiska principer* Forskningsetiska rådet. 2014.

Trovärdighetsaspekter

För att få hög giltighet har tillräckligt många kvinnor, med olika bakgrund och erfarenhet relaterat till studiens syfte, intervjuats. Variationerna för de sociodemografiska bakgrundsfaktorerna var skiftande och urvalet kan därmed anses som tillfredsställande brett. Att i intervjusituationen använda frågeområden innebar att kvinnorna kunde berätta fritt utan att få ledande frågor, men följdfrågor användes för att få förtydliganden och djupare beskrivningar.

För att öka läsarens möjlighet att bedöma giltigheten i analysen, används citat i resultatredovisningen för att ge en extra dimension. Huvudresultatet kan granskas i en övergripande tabell som visar de olika stegen i analysen. Genom tabellen kan läsaren få en inblick i analysprocessen och en uppfattning om resultatet, och därmed själv skapa sig en uppfattning om huruvida resultatet är relevant eller inte.

Alla intervjuerna genomfördes på liknande sätt och deltagarna har inte på något sätt varit i beroendeställning till huvudförfattaren. De fick gott om tid att berätta och blev inte avbrutna under intervjun. Vad och hur mycket deltagarna berättade berodde på vad och hur de mindes samt vad de ville dela med sig av, vilket skulle kunna betraktas som en svaghet avseende resultat.

För att stärka trovärdigheten i resultatet, hade huvudförfattaren tillsammans med forskarkollegor diskussioner kring analysen, tills samstämmighet uppnåddes. Trovärdighet handlar även om i vilken utsträckning resultatet är användbart och kan överföras till andra grupper eller situationer. Genom noggrann beskrivning av urval, deltagare, datainsamling, analys samt studiens sammanhang, ges läsaren möjlighet att bedöma studiens trovärdighet.

Referenser

Almqvist, K., Källström, Å., Appell, P., Anderzen-Carlsson, A. 2018. Mothers' opinions on being asked about exposure to intimate partner violence in child health-care centres in Sweden. *Journal of Child Health Care*. 2018 Jun;22(2):228-237. doi: 10.1177/1367493517753081. Epub 2018 Jan 16.

Alsaker, K., Moen, B.E., Baste, V., Morken, T. 2016. How Has Living with Intimate Partner Violence Affected the Work Situation? A Qualitative Study among Abused Women in Norway. *Journal of Family Violence*. 2016; 31: 479–487. Published online 2016 Feb 24. doi: 10.1007/s10896-016-9806-2.

Alsaker, K., Moen, B.E., Morken, T. Baste, V. 2018. Intimate partner violence associated with low quality of life - a cross-sectional study. *BMC Womens Health*. 2018; 18: 148. Published online 2018 Sep 4. doi: 10.1186/s12905-018-0638-5.

Andershed, A-K., Andershed, H., Cater, Å. 2011. Resumé-studien. Retrospektiv Studie om Unga Människors Erfarenheter av utsatthet och stöd i unga år.

Bacchus, L.J., Ranganathan, M., Watts, C., Devries, K. 2018. Recent intimate partner violence against women and health: a systematic review and meta-analysis of cohort studies. *British Medical Journal Open* 2018;8:e019995. doi:10.1136/bmjopen-2017-019995.

Braun, V., Clarke, V. 2006. Using thematic analysis in psychology. *Qualitative Research in Psychology*, 3(2), 77-101.

Feder, G.S., Hutson, M., Ramsay, J., Taket, A.R. 2006. Women exposed to intimate partner violence: expectations and experiences when they encounter health care professionals: a meta-analysis of qualitative studies. *Archives of Internal Medicine*, 166, 22-37.

Felitti, V.J., Anda, R.F., Nordenberg, D., Williamson, D.F., Spitz, A.M., Edwards, W., Koss, M.P., Marks, J.S. 1998. Relationship of childhood abuse and household dysfunction of many of the leading causes of death in adults. The adverse childhood experiences (ACE) study. *American Journal of Preventive Medicine*. 14(4), 245-58.

Forsman, B.1997. Forskningsetik. En introduktion. Lund: Studentlitteratur.

Glenngård, A.H., Steen Carlsson, K., Berglund, A. 2010. Ekonomiska konsekvenser av mäns våld mot kvinnor: en kunskapsöversikt samt kostnadsberäkningar utifrån tre typfall.

<https://gpcc.gu.se/om-gpcc/personcentrerad-var-d-2018-09-10>

<http://nck.uu.se/kunskapsbanken/amnesguider/vald-i-nara-relationer/behandling-av-man-som-utovat-vald-i-nara-relationer/> 2018-09-10.

Krug, E.G., Dahlberg, L.L., Mercy, J.A., Zwi, A.B., Lozano, R. 2002. World Health Organization, Geneva. World report on violence and health.

- Kvale, S. 1996. *InterViews: An introduction to qualitative research interviewing*. California Thousand Oaks: Sage Publications.
- Kwesiga, E., Bell, M., Pattie, M., Moe, A. 2007. Exploring the literature on relationships between gender roles, intimate partner violence, occupational status, and organizational benefits. *Journal of Interpersonal Violence*, 22, 312-325.
- Logan, T., Shannon, L., Cole, J., Swanberg, J. 2007. Partner stalking and implications for women's employment. *Journal of Interpersonal Violence*, 22, 268-291.
- Nationellt centrum för kvinnofrid, NCK. 2010. NCK rapport 2010:4. Att fråga om våldsutsatthet som en del av anamnesen. Antologi. Uppsala: Edita Västra Aros.
- SFS. 1998. Svensk författningssamling. (dåvarande) Personuppgiftslagen (1998:204).
- SKL. Sveriges kommuner och landsting. 2013. Frågor och svar sjukskrivningsmiljarden 2014-2015.
- Socialdepartementet. En kvalitetssäker och effektiv sjukskrivnings- och rehabiliteringsprocess. Överenskommelse mellan staten och Sveriges Kommuner och Landsting 2017-2018.
- Socialdepartementet. SoU 2018:37. Att bryta ett våldsamt beteende – återfallsförebyggande insatser för män som utsätter närstående för våld.
- Socialstyrelsen. 2002. "Tack för att ni frågar" - Screening om våld mot kvinnor. Artikelnummer 2002-124-7.
- Socialstyrelsen. 2006. Kostnader för våld mot kvinnor. En samhällsekonomisk analys. Artikelnummer 2006-131-34.
- Socialstyrelsen. 2013. Könsperspektiv i det försäkringsmedicinska beslutsstödet. Artikelnummer 2013-12-36.
- Socialstyrelsen. 2015. Partnerkontakt: Säkerhetsarbete med våldsutsatta personer när våldsutövaren går i behandling. En studie av en försöksverksamhet. Artikelnummer 2015-3-21.
- Socialstyrelsen. 2018. Försäkringsmedicinskt beslutsstöd. <https://roi.socialstyrelsen.se/fmb> 2018-09-10.
- Socialstyrelsen. 2018. Fråga om våld. En kartläggning av hur socialtjänsten och hälso- och sjukvården frågar om våldsutsatthet och våldsutövande samt användning av bedömningsmetoder. Artikelnummer 2018-3-28.
- Staggs, S., Long, S., Mason, G., Krishnan, S., Riger, S. 2007. Intimate partner violence, social support, and employment in the post-welfare reform era. *Journal of Interpersonal Violence*, 22, 345-367.
- Stenson, K., Saarinen, H., Heimer, G., Sidenvall, B. 2001. Women's attitudes to being asked about exposure to violence. *Midwifery*. 17(1):2-10.
- Swanberg, J.E., Macke, C., Logan, T.K. 2006. Intimate partner violence, women, and

work: coping on the job. *Violence and victims*. 21(5):561-78.

Swanberg, J., Macke, C., Logan, T. 2007. Working women making it work: Intimate partner violence, employment, and workplace support. *Journal of Interpersonal Violence*, 22, 292-311.

Vetenskapsrådet. 2014. Forskningsetiska principer Forskningsetiska rådet.

Watts, C. 2001. Putting women first: ethical and safety recommendations for research on domestic violence against women. Geneva, World Health Organization.

Wendt E., Enander V. 2013. Övergiven eller Stöttad. Våldsutsatta kvinnors erfarenhet av bemötandet inom hälso- och sjukvården. VKV - Västra Götalandsregionens kompetenscentrum om våld i nära relationer.

Wendt, E., Svensson, J. 2018. "Nu har vi kommit över tröskeln". Utvärdering av ett projekt kring att fråga rutinmässigt om våld inom hälso- och sjukvården. VKV - Västra Götalandsregionens kompetenscentrum om våld i nära relationer.

WHO. 2014. Global status report on violence prevention 2014. Luxembourg: World Health Organization.



VKV - Västra Götalandsregionens kompetenscentrum om våld i nära relationer