



Namn: Agnes Hampel Klang, Mihret Kentiba
Program: Sjuksköterskeprogrammet, 180 hp, Institutionen för
vårdvetenskap
Kurs: Självständigt arbete i vårdvetenskap, 15 hp, VKGT13, VT22
Nivå: Grundnivå
Handledare: Elin Hjorth
Examinator: Lars Andersson

**VÅLDSUTSATTA KVINNOR I NÄRA RELATIONER: UPPLEVELSER
AV HÄLSO- OCH SJUKVÅRDENS BEMÖTANDE
EN LITTERATURÖVERSIKT**

**WOMEN SUBJECTED TO INTIMATE PARTNER VIOLENCE:
EXPERIENCE OF ENCOUNTERING HEALTHCARE
PROFESSIONALS
A LITERATURE RIEVIEW**

Sammanfattning

- Bakgrund:** Våld i nära relationer mot kvinnor är ett tilltagande globalt folkhälsoproblem där var tredje kvinna världen över någon gång har upplevt våld i en nära relation. Våldet kan visa sig som psykiskt, fysiskt och sexuellt våld som medför allvarliga konsekvenser för de utsatta kvinnorna. Hälso- och sjukvårdspersonalen har en viktig roll i bemötandet med våldsutsatta kvinnor och bär en nyckelroll i att skapa en förtroendefull relation med patienten.
- Syfte:** Syftet var att belysa hur kvinnor som utsatts för våld i nära relation upplever bemötande från hälso- och sjukvårdspersonalen.
- Metod:** Denna litteraturöversikt grundades av tio kvalitativa originalartiklar. Artiklarna inhämtades via databaserna Cinahl Complete och PubMed. Data analyserades enligt Fribergs analyssteg.
- Resultat:** I denna litteraturöversikt identifierades fem huvudteman: *Bli tagen på allvar*, *Vikten av tillit*, *Empati*, *Säkerhet* och *Betydelsen av stöd*. När hälso- och sjukvårdspersonalens bemötande upplevdes som negativt upplevde de våldsutsatta kvinnorna känslor av ensamhet, skam, att de inte blev tagna på allvar och skuldbelagde sig själva.
- Sammanfattning:** Resultatet visar att våldsutsatta kvinnorna i nära relationer hade övervägande negativa erfarenheter av bemötandet från hälso- och sjukvårdspersonalen. De upplevde att hälso- och sjukvårdspersonalen saknade empati och kunskap i att både ställa frågan om våld i nära relationer och att besitta kunskap i vilka stöd och resurser som fanns att hänvisa till.
- Nyckelord:** Våld i nära relation, Kvinnors upplevelser, Hälso- och sjukvårdspersonal, Bemötande

Abstract

Background: Intimate partner violence is a global increasing public health problem where one in three women in the world has experienced violence from their partner during their lifetime. The violence includes different types among others psychological, physical and sexual violence and has severe consequences for the woman. Healthcare professionals has an important role in the treatment of women subjected to intimate partner violence and plays a key role in stablishing a trusting relationship with the patient.

Aim: The purpose of this literature review is to shed light on the experience of women who are subjected to intimate partner violence encountering healthcare professionals

Method: A literature review based on results extracted from ten qualitative articles and the articels were collected from the databases Cinahl complete and PubMed. Data was analyzed based on Fribergs four analysing steps.

Results: Four themes were identified in this literature review: *The importance of trust, Be taken seriously, Empathy, Safety, and The importance of support.* Women who have been exposed to intimate partner violence experienced feelings of loneliness, shame, not being taken seriously and blamed themselves when the treatment of the health care professionals was perecived as negative.

Summary: Women who are subjected to intimate partner violence had predominantly negative experiences encountering healthcare professionals. They felt that the healthcare professionals lacked empathy and knowledge in both asking the question about being exposed to violence, providing support and referral to available resources where these women could get help.

Keywords: Intimate partner violence, Women's experience, Healthcare professionals, Encounter

Innehåll

INLEDNING	1
BAKGRUND	1
DEFINITION AV VÅLD I NÄRA RELATIONER	1
KONSEKVENSER AV VÅLD I NÄRA RELATIONER	2
<i>Konsekvenser på individnivå</i>	<i>2</i>
<i>Konsekvenser på samhällsnivå</i>	<i>3</i>
NORMALISERINGS- OCH UPPBROTTSPROCESSEN	3
ATT IDENTIFERA VÅLD I NÄRA RELATIONER INOM HÄLSO- OCH SJUKVÅRDEN	4
SJUKSKÖTERSANS ANSVAR	5
PROBLEMFÖRMULERING	6
SYFTE	6
TEORETISK REFERENSRAM	7
METOD	8
DATINSAMLING	8
DATAANALYS	9
FORSKNINGSETISKA ÖVERVÄGANDEN	10
RESULTAT	11
VIKTEN AV TILLIT	12
EMPATI	13
SÄKERHET	13
BETYDELSEN AV STÖD	14
DISKUSSION	15
METODDISKUSSION	15
RESULTATDISKUSSION	17
<i>Hälso- och sjukvårdspersonalens förhållningssätt i vårdrelationen</i>	<i>17</i>
<i>Att ställa frågan</i>	<i>19</i>
KLINISKA IMPLIKATIONER ^[OBJ]	20
FÖRSLAG FORTSATT FORSKNING	21
SAMMANFATTNING	21
^[OBJ] REFERENSFÖRTECKNING	22

BILAGA 1. SÖKMATRIS	27
1.....BILAGA 2. MATRIS ÖVER URVAL AV ARTIKLAR TILL RESULTAT	
.....	30

INLEDNING

Mäns våld mot kvinnor och våld i nära relationer är ett globalt folkhälsoproblem. I våld i nära relationer begås en stor del av våldet mot kvinnor där våldet utförs av en tidigare eller nuvarande partner. Våldet kvinnorna utsätts för kan föra med sig allvarliga konsekvenser som påverkar kvinnornas hälsa och välbefinnande världen över oavsett samhällsklass. Fastän kännedomen om våld i nära relationer har ökat så har våldet fortsatt då samhället inte hittat ett effektivt sätt att handskas med det. Vi upplevde under vår verksamhetsförlagda utbildning i primärvården att sjuksköterskorna saknade kunskap och riktlinjer i att hantera våldsutsatta kvinnor i nära relationer. Som blivande sjuksköterskor upplever vi att det är av stor vikt att besitta kunskap som bemöter dessa kvinnors individuella behov. Vi hoppas att med denna litteraturöversikt kunna bidra med ny kunskap för hälso- och sjukvårdspersonalen och skapa insikt i hur dessa våldsutsatta kvinnor upplever bemötandet.

BAKGRUND

DEFINITION AV VÅLD I NÄRA RELATIONER

Våld i nära relationer kännetecknas av alla typer av våld mellan närstående innefattande både hetero- och homosexuella parrelationer, våld i familj- och släktrelationer och om barn upplevt våld i sin familj (Nationellt centrum för kvinnofrid, NCK, 2022a). Både kvinnor och män drabbas av våld men kvinnor drabbas oftare (Socialstyrelsen, 2021; NCK, 2022a). Våld som utövas i nära relationer av en man mot en kvinna från en tidigare eller nuvarande parrelation är den mest förekommande formen av våld (NCK, 2022a). Författarna till denna litteraturöversikt fokuserar därför på våldsutsatta kvinnor i nära relationer.

Våld i nära relationer är ett mångsidigt problem som påverkar bland annat folkhälsan, jämställdhet och samhället (Sinisalo & Moser Hällén, 2018; World Health Organization, WHO, 2021). Våldet innefattar mönster av handlingar och tar sig i uttryck på många olika sätt, enda från knappt märkbara till grova brott (Sinisalo & Moser Hällén, 2018). Vanligt förekommande våld är *fysiskt våld* som omfattar handlingar som kan vara knuffar, slag, att bli fastbunden och strypgrepp vilka framkallar fysisk smärta (Sinisalo & Hällén, 2018; Socialstyrelsen, 2021; European Union Agency For Fundamental Rights, FRA, 2014). *Psykiskt våld* kan ske genom nedvärderande och kontrollerande beteenden som kan innefatta direkta alternativt indirekta hot. *Sexuellt våld* innefattar allt ifrån oönskad beröring till andra ofrivilliga sexuella handlingar, däribland våldtäkt (NCK, 2022b; Sinisalo & Moser Hällén,

2018; Socialstyrelsen, 2021). Våldet kan även visa sig genom *försummelse* där kvinnan är beroende av sin omgivning för att överleva och förövaren medvetet nekar till exempelvis hjälp med mat, hygien och ger felaktiga läkemedel samt lämnar kvinnan utan tillsyn (Sinisalo & Moser Hällén, 2018; Socialstyrelsen, 2021; NCK, 2022b). En ytterligare förekommande typ av våld är *ekonomiskt våld* där förövaren begränsar kvinnans insyn i den gemensamma ekonomin, kan tvinga henne att skriva under ofördelaktiga äktenskapsförord eller teckna bolag mot sin vilja (Sinisalo & Moser Hällén, 2018; Socialstyrelsen, 2021; NCK, 2022b).

KONSEKVENSER AV VÅLD I NÄRA RELATIONER

I världen har en av tre kvinnor någon gång upplevt fysiskt likväl som sexuellt våld i en relation (WHO, 2020). Trots att Sverige numera klassas som en av de mest jämställda länderna i världen (Global Gender Gap Index, 2021; European Index of Gender Equality, 2017) förekommer hög prevalens av fysiskt, psykiskt och sexuellt våld mot kvinnor i nära relationer (FRA, 2014). I Sverige har var fjärde kvinna någon gång under sin livstid upplevt våld i en nära relation (BRÅ, 2022).

Konsekvenser på individnivå

Våld i nära relationer kan medföra allvarliga konsekvenser som visar sig som psykiska besvär (Wong & Mellor, 2014; Ferrari m.fl., 2016; Ali & McGarry, 2018; WHO, 2013). Flera studier visar att det finns ett starkt samband mellan våld i nära relationer och mentala hälsoproblem som bland annat depression, ångest, tvångssyndrom, skam, skuld, sömnstörningar och posttraumatisk stress (PTSD) vilket kan leda till suicidala tankar likväl som självmordsförsök.

En uppenbar och direkt fysisk hälsopåverkan av våld i nära relationer är fysisk skada, där frakturer, skador i ansiktet, överkropp, bröst och buk är vanligast (Wong & Mellor, 2014; WHO, 2013). Även om de kortsiktiga fysiska effekterna av våld i nära relationer är de mest framträdande och har en markant inverkan på kvinnornas hälsa, finns det ett flertal långsiktiga fysiska hälsoföljder som är förknippade med våld i nära relationer (Wong & Mellor, 2014). Dessa långsiktiga fysiska hälsoföljderna kan vara traumatiska hjärnskador, minnesförluster, gynekologiska störningar, oavsiktliga graviditeter, gastroenterstinala störningar, kronisk smärta och sexuellt överförbara sjukdomar (Wong & Mellor, 2014; WHO, 2013). Dessa konsekvenser av våld i nära relationer kan visa sig som försämrat hälsotillstånd, försämrad livskvalitet och ökade sjukvårdsbesök (Wong & Mellor, 2014). Den yttersta konsekvensen av mäns våld mot kvinnor är dödligt våld (Sinisalo & Moser Hällén, 2018) och enligt BRÅ

(2021) konstaterades år 2020 13 fall av dödligt våld mot kvinnor som var i eller hade varit i parrelation med förövaren.

Konsekvenser på samhällsnivå

I våld i nära relationer, där män är förövare och kvinnor är offer, finns inte bara ett hot mot kvinnornas rättigheter och trygghet utan det medför också stora ekonomiska kostnader för samhället (NCK, 2021). Kvinnor som är utsatta för mäns våld i nära relationer har ofta stor frånvaro från arbetet som kan visa sig som kort- och långtidssjukskrivningar, vilket kan medföra stora kostnader för samhället i form av vård, insatser från socialtjänsten men även för rättsväsendet (Sveriges Kommuner och Regioner, SKR, 2021; NCK, 2021). Utifrån beräkningar för hela Europa (EU) värderar European Institute for Gender Equality (EIGE, 2021) att kostnaderna för mäns våld mot kvinnor i Sverige uppgick till ca 6,6 miljarder euro under året 2019 varav partnervåldet mot kvinnor i Sverige beräknades till 3,4 miljarder euro (NCK, 2021).

För att samhället ska kunna sätta stopp för och förebygga våldet krävs det att våldsutsattheten upptäcks för att på så vis kunna hjälpa de utsatta och genom detta minska konsekvenserna av våldet (Sinisalo & Moser Hällén, 2018). För att våldet ska upphöra på kort och lång sikt krävs att samhället arbetar med våldsutövaren. Vidare skriver Sinisalo och Moser Hällén (2018) att det också krävs förebyggande insatser som fokuserar på de maskulina normerna som är bakgrundsfaktorer till förekomsten av våld mot kvinnor. Detta innebär att utmana framförandet av makt och maskulinitet som rättfärdigar normer och våld som begränsar kvinnors rätt att själv bestämma över exempelvis sin sexualitet, ekonomi och sina relationer. Sinisalo och Moser Hällén (2018) menar att det våldsförebyggande arbetet innebär att insatser riktas till att främja jämställdhet och alla människors lika värde. Likväl syftar det våldsförebyggande arbetet till att specifikt påverka ungas normer och värderingar som bidrar till att våldet upprätthålls eftersom detta utgör en viktig del för att motverka våldet.

NORMALISERINGS- OCH UPPBROTTSPROCESSEN

Våld i nära relation kännetecknas av att förövaren är närstående och offret har emotionella band till förövaren, vilket gör att våldet blir ett dolt brott (Lundgren, 2004; Sinisalo & Moser Hällén, 2018). Normaliseringsprocessen beskriver att när våldet sker oupphörligen i en relation normaliseras handlingarna som förövaren utför (Lundgren, 2004; Sinisalo & Moser Hällén, 2018; Nordborg, 2019). Mannen skapar strategier som kan vara att kontrollerat

gränsmarkera kvinnans liv genom olika former av våldshandlingar för att förstärka sin makt och manlighet (Lundgren, 2004; Sinisalo & Moser Hällén, 2018). Mannen kan också isolera kvinnan genom att avskärma henne från omgivningen genom att begränsa hennes sociala kontakter. Vidare kan mannen använda sig av växling mellan våld och värme som gör att kvinnan blir emotionellt beroende av förövaren. En kombination av dessa strategier begränsar kvinnans livsutrymme och mannen blir kvinnans viktigaste referenspunkt som gör att hon anpassar sig efter mannens krav, stannar kvar i relationen och våldet normaliseras.

Att avsluta en relation med en våldsam partner är en intensiv, svår och lång process där bland annat känslomässiga kopplingar till våldsförövare skapar hinder (Enander & Holmberg, 2004; Sinisalo & Moser Hällén, 2018; NCK, 2022b). Uppbrottet från den våldsamma partnern beskrivs utifrån uppbrottsprocessens tre delar. *Att bryta upp* handlar om det fysiska uppbrottet där den våldsutsatta lämnar relationen och blivit medveten om hur våldet påverkat hennes eller barnets eller husdjurets liv. Vidare menar Enander och Holmberg (2004) i likhet med Sinisalo och Moser Hällén (2018) och NCK (2022b) att det är när utomstående som bland annat hälso- och sjukvårdspersonal, grannar och polis agerar dessa kvinnor vågar lämna våldsamma relationen och därmed börjar också uppbrottsprocessen. Den andra delen i processen handlar om *att bli fri* vilket innefattar att den våldsutsatta bryter den emotionella kopplingen till förövaren. *Att förstå* innebär att kvinnan får insikt i vad hon varit med om och att hon definierar sig som misshandlad.

ATT IDENTIFERA VÅLD I NÄRA RELATIONER INOM HÄLSO- OCH SJUKVÅRDEN

Våldets konsekvenser på kvinnornas hälsa ställer krav på hälso- och sjukvården vid identifiering av våld i nära relationer (Berglund & Witkowski, 2019). Hälso- och sjukvården har ett ansvar att inte bara ge medicinskt utan också psykosocialt bemötande. Sinisalo och Moser Hällén (2018) menar att det därav är viktigt att hälso- och sjukvårdspersonalen känner till våldets mekanismer och på vilket sätt de våldsutsatta kvinnorna möjligtvis kan agera vid ett vårdmöte. Om utsattheten av våld i nära relationer kan identifieras i ett tidigt stadium menar Berglund och Witkowski (2019) att felaktiga behandlingar troligen hade kunnat undvikas. Enligt Ramsays m.fl. (2012) och Alhalals (2020) studie upplevde ungefär hälften av den hälso- och sjukvårdspersonal som deltog att de saknade kunskap i hantering av offer för våld i nära relationer. Vidare visste inte hälso- och sjukvårdspersonalen hur de skulle ställa frågor om våld i nära relationer eller vilka verktyg som fanns tillgängliga på vårdheten

(Ramsays m.fl., 2012; Wyatt m.fl., 2019). En del av hälso- och sjukvårdspersonalen upplevde att de gjorde intrång i patientens privata sfär när de frågade om våld i nära relationer (Wyatt m.fl., 2019).

Enligt Alhalals (2020) studie uppgav 28% av den deltagande hälso- och sjukvårdspersonalen att de kände sig bekväma med att prata om våld i nära relationer. Däremot instämde endast 27,2 % att de kunde hänvisa patienterna till tjänster för våld i nära relationer. Många av deltagarna var överens om att det var deras ansvar att ställa frågan om våld i nära relationer (37,8 %), och 33% upplevde att dem själva kunde identifiera fall av våld i nära relationer.

SJUKSKÖTERSANS ANSVAR

När sjuksköterskor ger vård bör det på ett eller annat sätt syfta till att personers livskvalitet förbättras i vad gäller välbefinnande i bemärkelse vad personen själv upplever som ett gott eller bra liv (Sandman & Kjellström, 2018). För att hjälpa personen att öka sin livskvalitet bör sjuksköterskorna utgå från sina ansvarsområden enligt International Council of Nurses (ICN, 2021) etiska koder, där ansvaret innefattar att främja hälsa, förebygga sjukdom, återställa hälsa och lindra lidande. Genom detta bör fokus ligga på patientens livsvärld för att återge patienten makten över sin hälsosituation (Dahlberg & Segesten, 2010). Vid sjuksköterskans arbete krävs det då ett lyhört, empatiskt och professionellt förhållningssätt (Bullington, 2018).

Samtalet är en stor och viktig del av den vårdande relationen (Dahlberg & Segesten, 2010). Sjuksköterskan förväntas kunna bemästra olika typer av samtal och kommunikation genom ett etiskt förhållningssätt (Bullington, 2018) som också ICN:s etiska koder bekräftar för att främja en öppen vårdkultur (ICN, 2021). Bullington (2018) menar att samtal på fenomenologisk grund är ett verktyg som kan användas för att främja patientens eget ansvarstagande samt behålla fokus på människans upplevelser, erfarenheter och förståelse för sig själv likväl som andra och världen. Dahlberg och Segesten (2010) beskriver att det i ett vårdande möte krävs ömsesidig tillit mellan de två parterna där patienten uppmuntras att uttrycka sina behov. När vårdgivaren sätter sina förutfattade meningar åt sidan och får fram en djupare förståelse för individen skapas också förutsättningarna för en vårdrelation.

Istanbulkonventionen uppmärksammar att våld mot kvinnor är ett brott som går emot de mänskliga rättigheterna samt diskriminering av kvinnor (Sinisalo & Moser Hällén, 2018).

Därav är det sjuksköterskornas ansvar att respektera varje persons autonomi, dess integritet och värdighet samt utöva god och jämlik vård och respektera de mänskliga rättigheterna (ICN, 2021; Hälso- och sjukvårdslagen [HSL], 2017:30, 5 Kap. 1 §).

Enligt Patientsäkerhetslagen (2010:659) 6 Kap. 1§ har hälso- och sjukvårdspersonalen ansvar att arbeta utifrån vetenskap och beprövade erfarenheter samt har ett ansvar att se till att patienten och dess närstående får adekvat information. Genom detta bör hälso- och sjukvårdspersonalen även främja patientens delaktighet genom att patienten ges möjlighet att själv få välja alternativa behandlingar enligt 6 Kap.7 §.

Enligt Socialstyrelsen (SOSFS: 2014:4) bör hälso- och sjukvårdspersonal vid misstanke om våld i nära relationer upplysa den drabbade om alternativ hjälp som finns att få inom hälso- och sjukvården samt stöd från organisationer. Därav är det viktigt att sjuksköterskan besitter rätt kunskap för att kunna hänvisa den våldsutsatta kvinnan till dessa vårdinsatser (NCK, 2022b; Socialstyrelsen, 2016). Grände m.fl. (2019) betonar också vikten av att varje verksamhet har en egen handlingsplan för hur våld i nära relationer ska hanteras för att hälso- och sjukvårdspersonalen ska känna sig bekväma i att ställa kvinnorna frågan. Handlingsplanen bör innefatta skriftliga rutiner med en enad grundsyn på våld och samverkan gällande hur hantering av våld i nära relationer bör se ut samt kontinuerliga granskningar och uppdateringar.

PROBLEMFORMULERING

Våld i nära relationer har funnits under många århundranden och att leva i en våldsamt relation kan medföra allvarliga konsekvenser för den utsatta kvinnan. Sjuksköterskan har ett ansvar att främja och återställa hälsa, förebygga sjukdom och lindra lidande. Det har dock visats genom studier att hälso- och sjukvårdspersonal upplever kunskapsluckor kring hantering av kvinnor utsatta för våld i nära relationer. Som grund i detta är det av stor vikt att sjuksköterskan skapar sig en inblick i kvinnornas upplevelser av bemötandet från hälso- och sjukvårdspersonal.

SYFTE

Syftet var att belysa hur kvinnor som utsatts för våld i nära relation upplever bemötande från hälso- och sjukvårdspersonal.

TEORETISK REFERENSRAM

Den teoretiska referensramen som valdes till denna litteraturöversikt var Jean Watsons teori om mänsklig omsorg. Detta för att i resultatdiskussionen kunna diskutera och skapa en djupare förståelse för det som framkommer i uppsatsens resultat. Genom att sjuksköterskan tillämpar Watsons teori i sitt yrke kan sjuksköterskan skapa en vårdande relation för att tillgodose dessa kvinnors individuella behov. Med denna teori som utgångspunkt kan vikten av att sjuksköterskan besitter kunskap i hur de våldsutsatta kvinnorna ska bemötas ses från en annan synvinkel.

I Jean Watson teori om mänsklig omsorg står Caritas centralt och beskriver människan som en del av ett större sammanhang där vi värnar om vår egen och andras inneboende humanitet (Watson, 2008). Watson menar att vårdandet utgår från Caritas för att genom detta gynna hälsan. Caritas understryker att omsorgen är som en mellanmänsklig kärlekshandling innefattande djup och ömsint omsorg till sin nästa. Vidare menar Watson (2008) att i en Caritasprocess med koncentration på att förbättra och bibehålla hjälpande och förtroendefulla vårdrelationer behöver sjuksköterskan möta patienten på ett sådant sätt att hen inte upplever sig kränkt, nedbruten eller lämnad ensam, utan känner sig uppmärksammas och respekterad.

Vid bemötande av patienter krävs det att sjuksköterskan avsiktligt fokuserar sin uppmärksamhet på patienten som en individ för att på så vis forma en djup och transpersonell omsorgsrelation, som Watson menar skapar ett fenomenologiskt fält där de möts och flätas samman (Watson, 2008). Mötet mellan en vårdgivare och en patient kan vara energigivande eller negativ och toxisk (Watson, 2008). Watson menar att en energigivande relation kan ligga till grund för interventioner som dels att bidra till att sjuksköterskan får en förståelse för patientens behov, dels att göra det enklare för patienten att ta in information vilket i sin tur främjar patientens delaktighet i sin vård.

Sjuksköterskan bör likväl vara medveten om sina värderingar och ha icke-dömande förhållningsätt när patienten uttrycker sina känslor (Watson, 2008). Det är viktigt att sjuksköterskan inser att hen inte bara kan göra betydande förändringar i den fysiska miljön utan hen också förstår att hen är en del av miljön. Därav menar Watson sjuksköterskan bör vara medveten hur hen upplevs eftersom sjuksköterskans förhållningssätt kan påverka patientens energifält. Denna process menar Watson ligger till grund för att upprätthålla en

genuin och omsorgsfull relation samt bekräftar den delade mänskligheten för båda individerna i det ögonblicket.

METOD

För att framställa en överblick av forskningslägets grund för det självständiga arbetets problemformulering har metoden litteraturoversikt valts (Friberg, 2017a). En litteraturoversikt innebär en sammanfattning av tidigare forskning inom det valda forskningsområdet genom granskning av vetenskapliga artiklar med relevans för sjuksköterskans profession, innefattande kunskap och kompetens.

DATINSAMLING

I urvalsprocessen av vetenskapliga originalartiklar som handlade om hur våldsutsatta kvinnor i nära relation upplevde bemötandet från hälso- och sjukvårdspersonalen användes kvalitativa artiklar där fokus låg på kvinnornas perspektiv. Inklusionskriterierna som användes vid urvalsprocessen var vuxna kvinnor över 18 år som upplevt våld i nära relationer och erfarenheter av vård i samband med det. Exklusionskriterier var mödravård och barnvårdscentral, kvantitativa studier, hedersrelaterat våld och våld i samkönade relationer. Sökningen efter artiklar som svarade mot syftet började genom att författarna använde två databaser. Cinahl Complete som innefattar forskning inriktad på omvårdnadsvetenskap och PubMed som inriktar sig på medicin men även inom omvårdnadsrelaterade ämnen (Östlundh, 2017).

Söktekniken innefattade både ämnesordsökning och fritext eftersom författarna noterade svårigheter att få fram ämnesord som exempelvis "bemötandet" i både Cinahl Subject Headings, Svensk MESH och MESH Database. Ämnesorden som användes i Cinahl Complete och Pubmed var *domestic violence*, *intimate partner violence*, *battered women* och *professional-patient relations*. Ämnesordet *delivery of healthcare* användes även i PubMed. Ytterligare ämnesord som användes i Cinahl Complete var *health care delivery*. Fritextord som användes i Cinahl Complete och i PubMed var *healthcare experiences**. Trunkering användes eftersom databaserna inte söker upp alla böjningsformer. Dessa utvalda sökord kombinerades sedan med hjälp av boolesk sökteknik, sök operatorerna AND och OR.

Begränsningar som användes i databaserna var att artiklarna var publicerade under år 2012–2022 för att få aktuell kunskap inom område, var skrivna på engelska och etiskt granskade

eller etisk övervägda (Friberg, 2017a). En annan begränsning som användes i databasen Cinahl Complete var peer reviewed men denna begränsning saknas i databasen PubMed. Genom detta avgränsades sökresultatet av vetenskapliga artiklar till att resultatet var presenterat från empiriska studier som medför ny kunskap, följer ett givet format och är fackgranskat.

Sökprocessen påbörjades genom en inledande provsökning för att få en överblick om det tillgängliga materialet inom det valda forskningsområdet (Friberg, 2017b). Genom denna del av processen kunde författarna prova sig fram med olika sökord och tillvägagångssätt inom sökningen för att på så vis se vad som gav väsentliga resultat. Genom de väsentliga sökorden och söktekniken utfördes därefter den egentliga sökningen. Därefter fann författarna de slutliga artiklarna som var grunden för resultatet. Se sökmatrix i Bilaga 1.

I litteraturöversikten inkluderades tio vetenskapliga artiklar som uppnådde inklusionskriterierna samt svarade på syftet. Vid val av artiklar undersöktes titelns relevans för arbetet och därefter abstrakt för att få en blick över innehållet. Därefter granskades hela artikeln med inriktning på resultatet om abstrakt var relevant för litteraturöversikten. De relevanta artiklar som svarade på författarnas syfte inkluderades och sammanställdes sedan i en översiktstabell (se Bilaga 2). Författarna har för att säkerställa kvaliteten på artiklarna och avgöra vilka artiklar som skulle användas i litteraturöversikten utgått från följande granskningsfrågor som återfinns i Fribergs checklista bilaga III i Friberg (2017a): *“Vad är syftet? Är det klart formulerat?”*, *“Hur är metoden beskriven?”*, *“Hur är undersökningspersonerna beskrivna?”*, *“Hur har data analyserats?”*, *“Vad visar resultatet?”* och *“Förs det några etiska resonemang?”*. Artiklarna som inte var relevanta för författarnas resultat exkluderades. En artikel exkluderades på grund av låg kvalitet trots att det svarade på syftet. Detta eftersom artikeln varken var etiskt godkänd eller att det framgår om deltagarna visat samtycke.

DATAANALYS

Dataanalys av artiklarna genomfördes enligt Fribergs (2017a) beskrivning. Detta valde författarna för att framställa en helhetsbild över det valda forskningsområdet, våld i nära relationer, samt för att skapa grund för kritisk granskning av resultatartiklarna.

Artiklarna lästes i ett första steg upprepade gånger både individuellt och tillsammans för att skapa en förståelse för innehållet och sammanfattades därefter (Fribergs, 2017a). I det andra

steget har författarna gått igenom artiklarnas syfte, metod och resultat och de relevanta artiklarna som svarade på författarnas syfte inkluderades. För att få struktur på data som insamlades sammanställdes dessa sedan i en översiktstabell, se Bilaga 2. Artiklar som uteslöts var de som inte svarade på författarnas syfte.

I det tredje steget av analysen samlade författarna resultaten från artiklarna i ett Word dokument där relevanta likheter och skillnader fastställdes och därefter analyserades dem vidare (Fribergs, 2017a). Genom att använda färgkoder efter innehåll fick författarna en överblick över likheter och skillnader och sedan tilldelade författarna varje tema ett begrepp för respektive likhet eller skillnad. Detta steg genomfördes för att få en överblick om vad alla studier hade gemensamt eller inte som vidare kunde bidra till den aktuella litteraturöversiktens resultat och diskussion.

Ett ytterligare Worddokument skapades och de resultaten som hörde till samma teman strukturerades för att förtydliga sambanden och för att vidare analyseras. I det sista steget ställdes materialet samman under författarnas resultat genom tema i form av rubriker som svarade på litteraturöversiktens syfte (Friberg, 2017a).

FORSKNINGSETISKA ÖVERVÄGANDEN

I litteraturöversikten har författarna vidtagit forskningsetiska ställningstaganden gällande urval av vetenskapliga artiklar eftersom de våldsutsatta kvinnorna är sårbara. Således är etiken av stor vikt likväl som att värna om kvinnornas välbefinnande och integritet (Kjellström, 2017). Författarna har därav endast inkluderat artiklar som fått godkännande av en etisk kommitté eller har etiskt övervägts genom att forskarna har beaktat informerat samtycke.

Författarna är medvetna om att förförståelse för det valda ämnet inte går att undgå (Henricson, 2017). Den förförståelsen som författarna besitter om det valda ämnet är att det finns många kvinnor som utsätts för våld i nära relationer samt att det finns hjälp att få. Däremot besitter inte författarna kunskap i vilken hjälp som finns att få eller hur dessa våldsutsatta kvinnor upplever bemötandet från hälso- och sjukvårdspersonalen. För att sträva efter att kringgå egna antaganden som har inverkan på resultatet har författarna under arbetets gång eftersträvat att använda ett opartiskt förhållningssätt (Kjellström, 2017). Detta genom att ställa sig kritiskt och behålla ett öppet förhållningssätt inför den funna data samt bibehålla fokus på syftet (Henricson, 2017).

Vid formulering av resultatet har författarna använt ett svenskt-engelskt lexikon och separat läst det relevanta materialet samt diskutera tillsammans för att minska risken för feltolkning (Sandman & Kjellström, 2018). Författarna har tillämpat god forskningssed för att säkerställa att de inte medvetet använde oredlighet i arbetet genom förvrängningar eller plagiat av forskningsmaterial (Kjellström, 2017; Vetenskapsrådet, 2017; Helgesson, 2015). Detta för att bibehålla förtroendet för forskningen samt delge betrodda forskningsresultat (Vetenskapsrådet, 2017).

RESULTAT

Resultatet i litteraturöversikten uppmärksammar våldsutsatta kvinnors erfarenheter av bemötandet från hälso- och sjukvårdspersonalen. Följande fem huvudteman har fastställts för att summera resultatet: “Bli tagen på allvar”, “Vikten av tillit”, “Empati”, “Säkerhet” och “Betydelsen av stöd”.

BLI TAGEN PÅ ALLVAR

I studierna beskrev kvinnorna positiva upplevelser av vård där de uppskattade när de tilläts att förstå sina upplevelser, stöttade dem i att ta beslut i sin egen takt och att de var lyhörda vilket skapade en förtroendefull vårdrelation och en känsla av att få sin röst hörd (Reisenhofer & Seibold, 2012; Wallin Lundell m.fl., 2017). Kvinnorna som behandlades med respekt, fick öppna upp sig om sina erfarenheter och fick veta att de var värd hjälpen upplevde sig sedda och bekräftade (Reisenhofer & Seibold, 2012).

Dessvärre upplevde många av kvinnorna bristande intresse från hälso- och sjukvårdspersonal gällande frågan om våld (Williams m.fl., 2017; Pratt-Eriksson m.fl., 2014; Larsen m.fl., 2014). Denna känsla uppstod av olika anledningar som att hälso- och sjukvårdspersonalen inte uppmärksammade kvinnorna, inte avsatte tid för att låta dem berätta om sina upplevelser eller inte tog dem på allvar. Dessa känslor resulterade i att kvinnorna istället för att bli tröstade fick skulden, kände sig maktlösa och istället för att bli lyssnade på fick dem känna att de i onödan upptagit hälso- och sjukvårdspersonalens tid (Pratt-Eriksson m.fl., 2014; Othman m.fl., 2013; Williams m.fl., 2017; Larsen m.fl., 2014; Wallin Lundell m.fl., 2017). Detta kunde också innebära att kvinnorna fick återvända hem till förövaren utan den hjälp de var i desperat behov av och aldrig åter ta kontakt med hälso- och sjukvården (Pratt-Eriksson m.fl., 2014).

Studierna belyser också hur kvinnorna, desperata efter att bli sedda och lyssnade på, agerade verbalt och hotade med självskada och självmord (Keeling m.fl., 2015; Pratt-Eriksson m.fl., 2014). En kvinna berättade att hon vid sjukhusvistelse på grund av våld i nära relation fått som svar att ingen kunde hjälpa henne och att de saknade resurser för det (Keeling m.fl., 2015). Detta ledde till att kvinnan inte fann någon annan utväg än att hota med att hoppa ut genom fönstret i desperation över att få sin röst hörd. Kvinnorna förklarade att de för att få hjälp och vård verkligen behövde sätta ner foten eller nästintill ligga död på akuten (Pratt-Eriksson m.fl., 2017).

VIKTEN AV TILLIT

I intervjuerna tog kvinnorna upp vikten av att känna sig trygg med den hälso- och sjukvårdspersonalen de träffade (Wallin Lundell m.fl., 2017; Williams m.fl., 2017; Reeves m.fl., 2017). Många av kvinnorna upplevde sig inte trygga nog för att våga prata med någon annan än hälso- och sjukvårdspersonalen, till skillnad från andra som uppgav att dem själva eller deras vänner hade negativa erfarenheter av hälso-sjukvårdspersonalen (Wallin Lundell m.fl., 2017; Williams m.fl., 2017). Detta resulterade i att kvinnorna inte kände sig tillräckligt trygga för att berätta för hälso- och sjukvårdspersonalen om våldet. Alla kvinnor var överens om att det första intrycket var av stor vikt och om de av någon anledning inte upplevde en trygghet vid första mötet var sannolikheten att de skulle återfå förtroendet för hälso- och sjukvårdspersonalen liten (Wallin Lundell m.fl., 2017). Vidare skadades förtroendet och vårdrelationen av hälso- och sjukvårdspersonalens kroppsspråk, om hen hade en dömande blick och om maktdynamiken var i obalans (Reeves m.fl., 2017; Wallin Lundell m.fl., 2017).

Å andra sidan berättade kvinnorna om positiva upplevelser av bemötandet från hälso- och sjukvårdspersonalen där de var lyhörda och förstående (Reeves m.fl., 2017; Williams m.fl., 2017). Detta kunde innefatta möjligheten att få välja en kvinnlig vårdgivare istället för en manlig för att öka känsla av trygghet (Reeves m.fl., 2017). Kvinnorna valde hälso- och sjukvårdspersonal som uppmärksammade dem utöver deras hälsoproblem och förstod deras individuella behov, såg dem som jämlik och gjorde dem delaktiga i den beslutsfattande processen (Reeves m.fl., 2017). Reeves m.fl. menar att en grundläggande del i dessa positiva upplevelser var att hälso- och sjukvårdspersonalen gav kvinnorna utrymme att prata om våldet och avsatte extra tid till att uppmärksamma deras erfarenheter vilket skapade tillit och förtroende för hälso- och sjukvårdspersonalen.

EMPATI

Våldsutsatta kvinnor beskrev att de ofta upplevde avsaknad av empati i vårdrelationen, främst när hälso- och sjukvårdspersonalen gav verbala anklagelser men även genom ifrågasättande av deras handlingar (Reisenhofer & Seibold, 2012; Wallin Lundell m.fl., 2017; Othman m.fl., 2013; Pratt-Eriksson m.fl., 2014). När bemötandet från hälso- och sjukvårdspersonalen saknade empati påverkade detta våldsutsatta kvinnors självkänsla och välbefinnande (Reisenhofer & Seibold, 2012). Detta bidrog till att de skuldbelagde sig själva och gav negativa effekter på deras självkänsla och eget värde (Reisenhofer & Seibold, 2012; Wallin Lundell m.fl., 2017; Othman m.fl., 2013; Pratt-Eriksson m.fl., 2014). Vid en del tillfällen upplevde kvinnorna att hälso- och sjukvårdspersonalen ifrågasatte varför de inte tidigare pratat om våldet och varför de stannade i den våldsamma relationen. Dessa skadliga aspekter att skylla händelserna på dessa våldsutsatta kvinnor förminskade dem och de accepterade våldet samt skuldbelagde sig själva (Reisenhofer & Seibold 2012; Wallin Lundell m.fl., 2017).

En av nyckelegenskaperna som de våldsutsatta kvinnorna önskade hos hälso- och sjukvårdspersonalen var empati och betonade vikten av att känna sig lyssnad på samt att hälso- och sjukvårdspersonalen var närvarande, förstående och visade omtanke (Larsen m.fl., 2014; Williams m.fl., 2017; Reisenhofer & Seibold, 2012; Correa m.fl., 2020). När hälso- och sjukvårdspersonalen var närvarande, visade empati och inte behandlade de våldsutsatta kvinnorna som en i mängden upplevde dem att de mer sannolikt hade kunnat lita på att hälso- och sjukvårdspersonalen ville deras bästa. Empati och stöd stärkte kvinnornas självkänsla och gjorde att dem kunde förstå att de är offren, inte var ensamma och att de inte var orsaken till våldet (Reisenhofer & Seibold, 2012; Larsen m.fl., 2014).

SÄKERHET

Många kvinnor beskrev att de upplevde hot mot sin integritet och säkerhet när de berättade om våldet de utsatts för, framför allt i samband med att förövaren var närvarande vid mötet (Shaheen m.fl., 2020; Othman m.fl., 2013; Williams m.fl., 2017). En del berättade att förövaren följde med dem var de än gick och när förövaren var närvarande vid vårdbesök skapades hinder för kvinnorna att berätta vad de gått igenom (Othman m.fl., 2013; Correa m.fl., 2020; Williams m.fl., 2017). Kvinnorna hade en stor rädsla för hur förövarna skulle reagera om de fick reda på att kvinnorna hade berättat något om våldet alternativt misstänkt att de hade berättat något (Othman m.fl., 2013; Wallin Lundell m.fl., 2017). Rädslan fanns

också kring att hälso- och sjukvårdspersonalen inte skulle upprätthålla sekretess, framför allt vid tillfällen där hälso- och sjukvårdspersonalens och förövarens sociala nätverk korsades (Shaheen m.fl. 2020). Därav var hälso- och sjukvårdspersonalens kompetens och medvetenhet om att kunna avgöra när det var rätt tillfälle att ställa frågan om våld i nära relationer av stor vikt (Correa m.fl., 2020).

BETYDELSEN AV STÖD

För många kvinnor spelade det första mötet med hälso- och sjukvårdspersonalen en betydande roll för den framtida vårdrelationen eftersom det i många fall var deras första kontakt med formell hjälp efter våld i nära relationer (Wallin Lundell m.fl., 2017; Larsen m.fl., 2014; Othman m.fl., 2013). Kvinnorna uppgav att de kände sig stöttade och förstärkta när de berättade om sina erfarenheter av våld i nära relationer till hälso- och sjukvårdspersonalen (Williams m.fl., 2017; Larsen m.fl., 2014; Othman m.fl., 2013; Reisenhofer & Seibold, 2012; Reeves m.fl., 2017). Hälso- och sjukvårdspersonalens förmåga att ge tydliga hänvisningar till tjänster som faktiskt fungerade ökade kvinnornas förtroende för hälso- och sjukvårdspersonalens förmåga att hjälpa (Williams m.fl., 2017; Larsen m.fl., 2014; Othman m.fl., 2013).

I studierna berättade kvinnorna om vikten av att hälso- och sjukvårdspersonalen ställde frågor om våld i nära relationer (Reisenhofer & Seibold, 2012; Othman m.fl., 2013). Några av deltagarna upplevde att hälso- och sjukvårdspersonalen misslyckades med att ställa frågor om våldet, trots att de hade tydliga fysiska tecken och att kvinnorna var redo att berätta om det (Othman m.fl., 2013). Dessa kvinnor önskade att hälso- och sjukvårdspersonalen ställde frågor om våldet istället för att vänta på att dem själva berättade.

Å andra sidan var interaktioner och samtal där hälso- och sjukvårdspersonalen tog initiativ att ställa frågor om övergreppen och där kvinnornas upplevelser uppmärksammades skapades en öppen, informativ och stödjande vårdmiljö (Reisenhofer & Seibold, 2012). Flera av kvinnorna önskade att frågorna om våld i nära relationer skulle ha icke-fysiska aspekter där de känslomässiga psykiska, psykologiska och verbala övergreppen lyfts fram eftersom majoriteten av dem upplevde dessa typer av övergrepp (Correa m.fl., 2020).

Flera av kvinnorna menade att det i vårdmiljön fanns ett behov av fler broschyrer, skyltar och affischer om våld i nära relationer för att uppmuntra kvinnor som utsatts för våld att få hjälp

tidigt snarare än senare (Williams m.fl., 2017; Larsen m.fl., 2014). Även om hälso- och sjukvårdspersonalen inte själva hade resurser för våld i nära relationer så menade kvinnorna att de önskade att få information om vad som skulle ske om de berättade om våldet, vilka resurser som fanns att hänvisas till andra aktörer och var de kunde få hjälp (Correa m.fl., 2020). Utan hjälp av interventionsprogram menade en av kvinnorna att hon fysiskt inte hade kunnat vidta nödvändiga åtgärder med det straffrättsliga systemet för att säkerställa hennes säkerhet från förövaren (Larsen m.fl., 2014).

DISKUSSION

I denna litteraturöversikt har författarna delat upp diskussionen i två delar. I metoddiskussionen diskuterades styrkor och svagheter kring val av metod, datainsamling, dataanalys och på vilket sätt tillvägagångssättet av metoden kunde ha påverkat resultatet. I resultatdiskussionen diskuterades författarnas resultat i förhållande till befintlig litteratur samt Jean Watsons teori om mänsklig omsorg.

METODDISKUSSION

Författarna till detta arbete tillämpade litteraturöversikt som metod med tio kvalitativa artiklar. Inför det självständiga arbetet gav högskolan riktlinjer att använda litteraturöversikt vilket kan vara fördelaktigt att använda. Detta eftersom färdigställda forskningsartiklar som redan analyserats finns tillgängliga likväl att författarna kan strukturera avgränsa dem till arbetets syfte (Friberg, 2017a). Om författarna inte hade fått begränsning gällande val av metod hade det varit intressant att genomföra en intervjustudie.

Vid den inledande sökprocessen begränsade inte författarna urvalet till endast kvalitativa eller kvantitativa studier utan inkluderade dem båda. Författarna upplevde dock svårigheter att få fram relevanta kvantitativa artiklar som gav rika beskrivningar av upplevelser relaterade till litteraturöversiktens syfte. Därav begränsade författarna till endast kvalitativa artiklar i litteraturöversikten då syftet besvarades utifrån individuella upplevelser (Henricson & Billhult, 2017; Polit & Beck, 2017).

Litteratursökningen genomfördes i två databaser varav flera av artiklar återkom i dem båda, vilket ökar sensitiviteten (Henricson, 2018). Författarna diskuterade däremot svagheter med att endast använda två databaser och resonerade kring att sökningarna möjligtvis inte blir så heltäckande. Å andra sidan diskuterade författarna att om ännu en databas hade inkluderats

hade troligtvis fler träffar återfunnits relaterat till syftet men att sökningarna hade kunnat leda till svårhanterligt många sökträffar.

I sökprocessen upplevde författarna svårigheter med att hitta relevanta artiklar med endast ämnesord eftersom det smalnade av sökträffarna i för stor utsträckning. Därav valde författarna att kombinera ämnesord och fritextord eftersom det ökade specificiteten då ord som inte etablerats som ämnesord kunde fångas upp genom fritextsökning (Karlsson, 2017). Däremot var det flera relevanta artiklar som försvann när författarna kombinerade ämnesord och fritextord trots att de stämde överens med artiklarnas MeSH termer. I detta läge tog författarna hjälp av en bibliotekarie och fler aktuella ämnesord identifierades. Detta menar författarna ses som en styrka då det ledde till att de relevanta artiklarna hittades.

Författarna har under arbetets gång strävat efter att ställa sig opartiskt till den information som hittats. Eftersom det är ord som analyseras vid kvalitativa studier finns det risk att förutfattade meningar påverkar detta (Dahlborg Lyckhage, 2017). Detta i första hand när författarna till originalstudien genomförde sin analys men även när författarna för den egentliga litteraturöversikten analyserade resultatet från originalstudierna. Författarna var också medvetna om att det inte går att undgå förförståelse för litteraturöversiktens ämne och har därav analyserat artiklarna både individuellt och gemensamt med hjälp av Fribergs (2017a) kvalitetsgranskningsmall vilket stärker reliabiliteten (Henricson, 2017). En ytterligare aspekt som stärkt validiteten i litteraturöversikten är att författarna under fem handledningstillfällen tillsammans med sex kurskamrater har vägletts och fått feedback. Detta i sig har medfört att författarna kunde sätta förförståelsen åt sidan och kritiskt reflektera vid analysering av litteraturöversiktens resultat likväl att feltolkning kunde undvikas.

Författarna har använt sig av studier gjorda i åtta olika länder, däribland i Sverige och USA, och detta kan ses som en styrka eftersom författarna i sjuksköterskeprofessionen kommer att möta folk från olika kulturer och länder. Däremot har författarna uppmärksammat att sjukvårdssystemen skiljer sig mellan dessa olika länder men bedömer ändå att resultaten som framkommit i de olika artiklarna kan implementeras även i Sverige för att förbättra bemötandet (Henricson, 2017).

När författarna påbörjade sitt arbete som en projektplan var visionen att studera våldsutsatta kvinnor i nära relationers upplevelser av bemötandet från sjuksköterskor. Författarna upptäckte dock vid den inledande provsökningen att enbart bemötandet av sjuksköterskor inte

var ett så beforskat ämne utan att de relevanta artiklarna beaktade en bredare definition, hälso- och sjukvård. Med utgångspunkt i detta valde författarna att utgå från det sistnämnda eftersom sjuksköterskan är en central del av hälso- och sjukvården och studierna var användbara för sjuksköterskans profession.

Samarbetet mellan författarna under arbetets gång har fungerat väl. Träffarna har skett såväl fysiskt som online via Teams. En styrka i arbetet har varit att författarna inte har delat upp arbetet vilket också bidragit till att båda har gjort lika mycket och varit lika delaktiga. Båda författarna har tagit hänsyn till varandras styrkor och svagheter samt givit varandra konstruktiv kritik och även stöttat varandra.

RESULTATDISKUSSION

Resultatdiskussionen delades upp i två övergripande rubriker: *Hälso- och sjukvårdspersonalens förhållningssätt i vårdrelationen* och *Att ställa frågan*.

Hälso- och sjukvårdspersonalens förhållningssätt i vårdrelationen

Kvinnorna beskrev i resultatet att hälso- och sjukvårdspersonalens förhållningssätt var en viktig del för att skapa en tillitsfull vårdrelation. I resultatet framkom även att hälso- och sjukvårdspersonalen brast i bemötandet mot de våldsutsatta kvinnorna och som följd av detta påverkades inte bara kvinnornas integritet utan även självkänsla, autonomi och delaktighet. Till skillnad från litteraturöversiktens resultat visade en studie från Cortes m.fl. (2015) att när hälso- och sjukvårdspersonalen var lyhörda och vägledde kvinnorna skapades ett gemensamt utrymme där kvinnorna kunde ventilera om sina problem och genom detta lindrades deras lidande. Detta utrymme menar Cortes m.fl. (2015) medförde att hälso- och sjukvårdspersonalen kunde förstå dessa kvinnors liv, stärka deras egen makt, delaktighet och autonomi samt uppfatta dem som medmänniskor med rättigheter.

Detta kan förstås genom perspektivet av Watsons teori som lyfter fram att vårdmötet kan främja men likaledes hindra vårdrelationen (Watson, 2008). Watson menar att sjuksköterskan behöver för att förbättra och bibehålla förtroendefulla relationer möta patienten på ett sådant sätt att hen inte upplever sig kränkt, nedbruten eller lämnad ensam, utan känner sig uppmärksam och respekterad som enskild individ. Dahlberg och Segesten (2010) bekräftar också att sjuksköterskan genom att koncentrera sig på kvinnornas livsvärld kan återge dem auktoritet över sin hälsa. I likhet med Cortes m.fl. (2015) och Dahlberg och

Segesten (2010) betonas även i ICN (2021) etiska koder att sjuksköterskan bör tillämpa dessa koder för att kunna främja och återställa kvinnornas hälsa likväl som att lindra lidandet.

En annan aspekt som kvinnorna beskrev i resultatet som påverkade vårdrelationen var tillfällena då kvinnorna upplevde att hälso- och sjukvårdspersonalen ifrågasatte varför de inte tidigare pratat om våldet och varför de stannade i den våldsamma relationen. Att skylla händelserna på de våldsutsatta kvinnorna förminskade dem och de skuldbelagde sig själva. I enlighet med litteraturöversiktens resultat bekräftas kvinnornas upplevelser av Beynons m.fl. (2012) studie där många sjuksköterskor upplevde en frustration över och ifrågasatte när de våldsutsatta kvinnorna avslöjade att de blev utsatta för våld i nära relationer men därefter återvände till förövaren. Däremot till skillnad från sjuksköterskornas upplevelser i Beynons m.fl. (2012) studie menar Lundgren (2004) att det kan vara en intensiv och lång process att avsluta en våldsamt relation. Detta eftersom kvinnorna präglas av skam, skuld och där känslomässiga kopplingar till förövaren skapar hinder för att våga lämna relationen (Lundgren, 2004). Därav är det viktigt att hälso- och sjukvårdspersonalen känner till normaliserings- och uppbrottsprocessens mekanismer eftersom detta utgör stora barriärer för god vård (Sinisalo & Moser Hällen, 2018).

Genom Watsons teori kan detta ses utifrån perspektivet att sjuksköterskan bör vara medveten om egna värderingar eftersom hen är en del av miljö som påverkar patientens energifält (Watson, 2008). Watson menar att detta förhållningsätt skapar medvetenhet om att varken döma sig själv eller andra och på så sätt kan sjuksköterskan möta och uppmärksamma individens behov och känslor. När sjuksköterskan skapar utrymme för känslor, oavsett negativa eller positiva, skapas en möjlighet för den våldsutsatta kvinnan att vara sig själv men även få sin sårbarhet respekterad. Detta i sin tur ger möjlighet att öka självkänndomen likväl som att ta kontrollen över sitt liv för att på så vis kunna öka omsorgen om sig själv. Watson menar vidare att om sjuksköterskan erbjuder ett utrymme öppet för känslor läggs grunden för tillitsfulla genuina möten som då skapar den transpersonella omsorgen.

Författarnas tolkning är att våldsutsatta kvinnor har svårt att hitta tillit till hälso- och sjukvårdspersonal eftersom den som stått dem närmst, som de har litat på, utsatt dem för våld. Dessa kvinnor bär också med sig mycket skam och skuld och det kan ta tid för dem att erkänna för sig själva att de är offer och därav är det viktigt att hälso- och sjukvårdspersonal besitter kunskap om normaliserings- och uppbrottsprocessen. Det är även viktigt att hälso- och sjukvårdspersonalen är lyhörda och använder ett empatiskt förhållningsätt som förmedlar

hopp, tillit och förståelse. Genom detta kan de våldsutsatta kvinnorna förstå att de är offer och få verktyg till att i sin egen takt ta sig ur den våldsamma relationen.

Att ställa frågan

Ett återkommande ämne i resultatet var vikten av att hälso- och sjukvårdspersonalen ställde frågor om våld i nära relationer. Kvinnorna upplevde att hälso- och sjukvårdspersonalen inte lyckades ställa frågor om våldet trots att de hade synliga fysiska skador och var villiga att berätta om det. I likhet med Ramsay m.fl. (2012) och Alhalal (2020) beskriver Beynon m.fl., (2012) omständigheter som gjorde att hälso- och sjukvårdspersonalen inte ställde frågan. En sådan omständighet kunde vara tidsbrist och personalbrist som följd av underbemanning (Beynon m.fl., 2012). Vidare kunde brist på träning, utbildning och rutiner på arbetsplatsen i hur man skulle ställa frågor om våld i nära relationer vara en omständighet. Grände m.fl. (2019) betonar att varje verksamhet bör införa rutiner för hur man ska hantera våldsutsatta kvinnor i nära relationer för att hälso- och sjukvårdspersonalen på så vis ska känna sig bekväma i att ställa kvinnorna frågor.

Till skillnad från Beynon m.fl. (2012) visar studien av Hinsliff-Smith och McGarry (2017) att rutinmässigt ställa frågor om våld i nära relationer var effektivt för att minska återbesök vid akuten och kunde förbättra patientens hälsa samt förebygga att konsekvenserna gick så långt som till döden. Att även hänvisa de våldsutsatta kvinnorna till andra aktörer visade sig var fördelaktigt då kvinnorna kunde planera sina framtida åtgärder för att säkert lämna den våldsamma relationen (Hinsliff-Smith & McGarry, 2017). I enlighet med detta skriver Socialstyrelsen (SOSFS: 2014:4) att hälso- och sjukvårdspersonalen bör upplysa offren för våld i nära relationer för alternativ hjälp som finns att få både inom hälso- och sjukvården men även från andra organisationer. Sinisalo och Moser Hällen (2018) betonar också vikten av att samhället uppmärksammar våldsutsattheten för att kunna sätta stopp för och förebygga våldet. Genom detta kan de våldsutsatta få hjälp och minska konsekvenserna på individnivå men även på samhällsnivå i form av minskade antal vårdbesök samt färre kort- och långtidssjukskrivningar som kan medför stora kostnader för samhället.

I resultatet beskrevs också att interaktion och samtal bidrog till positiva upplevelser. Denna faktor var att hälso- och sjukvårdspersonalen tog initiativet till att ställa frågor om våld i nära relationer och gav kvinnorna utrymme att berätta om våldet genom en öppen, informativ och stödjande vårdmiljö. Dahlberg och Segesten (2010) bekräftar att samtalet utgör en viktig del av den vårdande relation och det krävs ömsesidig tillit mellan patient och vårdgivare där

patienten stötts för att kunna uttrycka sina behov. Detta menar Dahlberg och Segesten (2010) ligger till grund för att bibehålla och bygga upp en förtroendefull relation samt motverka envägskommunikation. I likhet med detta betonar studien av Hinsliff-Smith och McGarry (2017) vikten av att hälso- och sjukvårdspersonalen besitter olika kommunikationsfärdigheter eftersom våldsutsatta ofta uppvisar diffusa symtom som psykisk ohälsa. Detta för att effektivt engagera sig i de våldsutsatta kvinnornas berättelse för att stödja dem att kunna berätta om våldet. När sjuksköterskan grundar samtalet på ett fenomenologiskt förhållningssätt kan fokuset på patientens livsvärld bibehållas vilket i sin tur stärker patientens förmåga att hantera svåra situationer (Bullington, 2018). Detta kan förstärkas genom Watsons (Watson, 2008) teori där det respektfulla och öppna samtalet kan skapa en gemensam förståelse för den andra. Detta menar Watson skapar en helande miljö där sjuksköterskan kan stötta och förbättra patientens fysiska, sociala och andliga miljö på alla nivåer.

Författarnas tolkning är att samtalet mellan hälso- och sjukvården och den våldsutsatta kvinnan påverkar vare sig kvinnorna avslöjar av våldet eller inte. Kvinnorna önskade att hälso- och sjukvårdspersonalen skulle ställa frågan om våld och författarna menar att ställa frågan om våld som en del av rutinfrågor hade kunnat bryta skammen om att prata om våldet, få kvinnorna att förstå att de inte är ensamma och kunnat hjälpa dem ur det våldsamma förhållandet.

KLINISKA IMPLIKATIONER

Denna litteraturöversikt belyser viktiga aspekter av våldsutsatta kvinnor i nära relationers upplevelser av bemötandet från hälso- och sjukvårdspersonalen. Författarnas vision med denna litteraturöversikt är att genom att lyfta fram kvinnornas upplevelser kunna bidra med djupare förståelse och medvetenhet hos hälso- och sjukvårdspersonal och olika aktörer i samhället. Detta eftersom bemötandet enligt författarnas resultat brister på många plan. Alla verksamheter inom hälso- och sjukvården kan dra nytta av att få insikt i hur våldsutsatta kvinnor upplever bemötandet från hälso- och sjukvårdspersonalen då det kan bidra till en utveckling av tydliga riktlinjer kring att ställa frågan om våld i nära relationer.

Författarna anser att verksamheter inom hälso-och sjukvården bör ha tydliga riktlinjer, strukturerade arbetsmetoder och regelbundna utvärderingar samt utbildningar gällande våld i nära relationer. Detta hade kunnat förbättra hälso- och sjukvården för dessa utsatta kvinnor, både gällande bemötandet och för att i samverkan med andra aktörer kunna effektivisera

vården. För att öka medvetenhet och kunskap hos sjuksköterskestudenter anser författarna att ämnet våld i nära relation bör inkluderas i sjuksköterskans grundutbildning. Slutligen hoppas författarna att hälso- och sjukvårdspersonalen ska ta med sig kunskap som litteraturöversikten ger för att skapa en trygg grund för de våldsutsatta kvinnorna att våga dela med sig av sina upplevelser och genom denna förhoppningsvis kunna göra skillnad som lindrar lidandet och främjar välbefinnande.

FÖRSLAG FORTSATT FORSKNING

Författarna anser att det behövs mer forskning genom intervjustudier gällande våldsutsatta kvinnor i nära relationers upplevelser av bemötandet från sjuksköterskor. Det upptäcktes tidigt vid den inledande provsökningen att det fanns mycket forskning om sjuksköterskans upplevelser av att bemöta våldsutsatta kvinnor i nära relationer men begränsade studier med kvinnornas perspektiv. Under det självständiga arbetes gång har författarna också fått insikt att det finns en stor okunskap och bristande rutiner kring hantering av våldsutsatta kvinnor i nära relationer. För att inte äventyra med dessa kvinnors säkerhet mer än vad som redan görs kan vidare forskning förslagsvis vara interventionsstudier för att förbättra rutiner inom hälso- och sjukvården. Detta förslag på vidare forskning kan öka kvaliteten av hälso- och sjukvården genom att tillämpa evidensbaserad forskning.

SAMMANFATTNING

Litteraturöversiktens resultat visar att våldsutsatta kvinnor i nära relationer upplevde både positiva och negativa bemötanden från hälso- och sjukvårdspersonalen. En miljö som innehåller stöttning, empati, lyhördhet och trygghet kan ge dessa våldsutsatta kvinnor de bästa villkoren för att våga prata om det våld de utsatts för. Dock erfarande kvinnorna övervägande negativa upplevelser av hälso- och sjukvårdspersonalens bemötande. Däribland upplevde kvinnorna att hälso- och sjukvårdspersonalen saknade kunskap i att både ställa frågan om våld i nära relationer och att hänvisa till rätt stöd och resurser. Detta riskerade att öka lidandet hos kvinnorna och förhindra ett avslöjande av våld i nära relationer. Litteraturöversikten lyfter sammanfattningsvis fram vikten av att hälso-sjukvårdspersonalen är medvetna om deras förhållningssätt gentemot dessa våldsutsatta kvinnor för att på så vis stötta kvinnorna att sätta ord på deras upplevelse och skapar ömsesidig tillit i den vårdande relation.

REFERENSFÖRTECKNING

*artikel inkluderad i resultatet

- Alhalal, E. (2020). Nurses' knowledge, attitudes and preparedness to manage women with intimate partner violence. *International Nursing Review*, 67(2), 265–274. <https://doi.org/10.1111/inr.12584>
- Ali, P., & McGarry, J. (2018). Supporting people who experience intimate partner violence. *Nursing Standard*. 32(24), 54–62. <https://doi.org/10.7748/ns.2018.e10641>
- Berglund, A., & Witkowski, Å. (2019). Vårdens ansvar. I A. Björck., G. Heimer., U. Albert Y. Haraldsdotter (Red.), *Våldsutsatta kvinnor: Samhällets ansvar* (s. 165–198). Studentlitteratur.
- Beynon, C. E., Gutmanis, I. A., Tutty, L. M., Wathen, C. N., & MacMillan, H. L. (2012). Why physicians and nurses ask (or don't) about partner violence: a qualitative analysis. *BMC Public Health*, volym (12), s. 473–484. <https://doi.org/10.1186/1471-2458-12-473>
- Brottsförebyggande rådet, (2022, 14 mars). *Statistik utifrån brottstyper: Våld i nära relation*. <https://bra.se/statistik/statistik-utifran-brottstyper/vald-i-nara-relationer.html>
- Brottsförebyggande rådet, (2021). *Konstaterade fall av dödligt. En granskning av anmält dödligt våld 2020*. https://bra.se/download/18.1f8c9903175f8b2aa707b0a/1645430243232/Sammanfattning_D%C3%B6dligtv%C3%A5ld_2020.pdf
- Bullington, J. (2018). *Samtalskonst i vården*. Studentlitteratur.
- *Correa, N. P., Cain, C. M., Bertenthal, M., & Lopez, K. K. (2020). Women's Experiences of Being Screened for Intimate Partner Violence in the Health Care Setting. *Nursing for women's health*, 24(3), 185–196. <https://doi.org/10.1016/j.nwh.2020.04.002>
- Cortes L F, De Mello Padoin S M, Becker Vieira L, Landerdahl M C, Arboit J (2015). Care for victims of violence: empowering nurses in the pursuit of gender equity. *Revista Gaucha de Enfermagem*, 36, 77–84.
- Dahlberg, K. & Segesten, K. (2010). *Hälsa & vårdande I teori och praxis*. Natur & Kultur
- Dahlborg Lyckhage, E. (2017). Att analysera berättelser (narrativer) I F. Friberg (Red.), *Dags för uppsats: vägledning för litteraturbaserade examensarbeten* (s, 171–181). Studentlitteratur.
- Enander, V. & Holmberg, C. (2004). *Hur gör hon?: Om misshandlade kvinnors uppbrottsprocesser*. Studentlitteratur.
- European Institute for Gender Equality (2017, 10 oktober). Gender Equality Index, 2017. *Measuring gender equality in the European Union 2005–2015*.

<https://eige.europa.eu/publications/gender-equality-index-2017-measuring-gender-equality-european-union-2005-2015-report>

- European Institute for Gender Equality (2021, 28 oktober). *The costs of gender-based violence in the European Union*. <https://eige.europa.eu/publications/costs-gender-based-violence-european-union>
- European Union Agency for Fundamental Rights (2014). *Violence against women: An EU - wide survey*. https://fra.europa.eu/sites/default/files/fra_uploads/fra-2014-vaw-survey-main-resultsapr14_en.pdf
- Ferrari, G., Agnew-Davies, R., Bailey, J., Howard, L., Howarth, E., Peters, T. J., Sardinha, L., & Feder, G. S. (2016). Domestic violence and mental health: a cross-sectional survey of women seeking help from domestic violence support services. *Global Health Action*, 9(1), 1–N.PAG. <https://doi-org.esh.idm.oclc.org/10.3402/gha.v9.29890>
- Friberg, F. (2017a). Att göra en litteraturöversikt. I F. Friberg (Red.), *Dags för uppsats: vägledning för litteraturbaserade examensarbeten* (s, 141-152). Studentlitteratur.
- Friberg, F. (2017b). Tankeprocessen under examensarbetet. I F. Friberg (Red.), *Dags för uppsats: vägledning för litteraturbaserade examensarbeten* (s, 37-48). Studentlitteratur.
- Grände, J., Lundberg, L. & Eriksson, M. (2019). *I arbete med våldsutsatta kvinnor: handbok för yrkesverksamma*. Gothia.
- Henricson, M. (2017) Diskussion. I M. Henricson (Red.). *Vetenskaplig teori och metod: Från idé till examination inom omvårdnad* (s.411–420). Studentlitteratur.
- Henricson, M., & Billhult, A. (2017) Kvalitativ metod. I M. Henricsson (Red.). *Vetenskaplig teori och metod: Från idé till examination inom omvårdnad* (s.111–120). Studentlitteratur.
- Helgesson, G. (2015). *Forskningsetik*. Studentlitteratur.
- Hinsliff, S. K., & McGarry, J. (2017). Understanding management and support for domestic violence and abuse within emergency departments: A systematic literature review from 2000-2015. *Journal of Clinical Nursing (John Wiley & Sons, Inc.)*, 26(23–24), 4013–4027. <https://doi-org.esh.idm.oclc.org/10.1111/jocn.13849>
- International Council of Nurses. (2021). *The ICN code of ethics for nurses*. [Broschyr]. http://www.icn.ch/system/files/2021-10/ICN_Code-of-Ethics_EN_Web_0.pdf
- Karlsson, E K. (2017) Informationssökning. I M. Henricson (Red.). *Vetenskaplig teori och metod: Från idé till examination inom omvårdnad* (s.81–97). Studentlitteratur.
- *Keeling, J., & Fisher, C. (2015). Health professionals' responses to women's disclosure of domestic violence. *Journal of Interpersonal Violence*, 30(13), 2363–2363.

- Kjellström, S. (2017) Forskningsetik. I M. Henricsson (Red.). *Vetenskaplig teori och metod: Från idé till examination inom omvårdnad* (s.57–77). Studentlitteratur.
- *Larsen, M. M., Krohn, J., Püschel K, & Seifert, D. (2014). Experiences of health and health care among women exposed to intimate partner violence: qualitative findings from germany. *Health Care for Women International*, 35(4), 359–79.
<https://doi.org/10.1080/07399332.2012.738264>
- Lundgren, E. (2004). *Våldets normaliseringsprocess*. Riksorganisationen för kvinnojourer och tjejjourer i Sverige.
- Nationellt Centrum för Kvinnofrid [NCK]. (2022a, 8 mars). *Våld i nära relationer*.
<https://nck.uu.se/kunskapsbanken/amnesguider/vald-i-nara-relationer/vald-i-nara-relationer/>
- Nationellt Centrum för Kvinnofrid. [NCK] (u.å.). *Våldets uttryck och mekanismer: Våld i nära relation*. Hämtad 17 februari 2022b, från
<https://nck.uu.se/kunskapsbanken/amnesguider/vald-i-nara-relationer/valdets-uttryck-och-mekanismer/>
- Nationellt Centrum för Kvinnofrid [NCK]. (2021, 12 januari). *Kostnader för mäns våld mot kvinnor*. <https://nck.uu.se/kunskapsbanken/amnesguider/vald-i-nara-relationer/valdets-kostnader/>
- Nordborg, G. (2019) Mäns våld mot kvinnor. I Heimer, G., Björck, A., Albért, U., & Haraldsdotter, Y. (Red.). I *Våldsutsatta kvinnor: samhällets ansvar*. (s 57–96). Studentlitteratur.
- *Othman, S., & Goddard, C., & Piterman, L. (2013). Victims' Barriers to Discussing Domestic Violence in Clinical Consultations: A Qualitative Enquiry. *Journal of Interpersonal Violence*, 29(8), 1497–1513. <https://doi.org/10.1177/0886260513507136>
- *Pratt-Eriksson, D., Bergbom, I., & Lyckhage, E. D. (2014). Don't ask don't tell: Battered women living in Sweden encounter with healthcare personnel and their experience of the care given. *International Journal of Qualitative Studies on Health & Well-Being*, 9, 1–N.PAG. <https://doi-org.esh.idm.oclc.org/10.3402/qhw.v9.23166>
- Polit, D. F. & Beck, C. T. (2017). *Nursing research: generating and assessing evidence for nursing practice*. Wolters Kluwer Health/Lippincott Williams & Wilkins.
- Ramsay, J., Rutterford, C., Gregory, A., Dunne, D., Eldridge, S., Sharp, D., & Feder, G. (2012). Domestic violence: knowledge, attitudes, and clinical practice of selected UK primary healthcare clinicians. *British Journal of General Practice*, 62(602), 647–655.
<https://doi.org/10.3399/bjgp12X654623>.
- *Reeves, E. A., & Humphreys, J. C. (2017). Describing the healthcare experiences and strategies of women survivors of violence. *Journal of Clinical Nursing*, 27(5-6), 1170–1182. <https://doi.org/10.1111/jocn.14152>

- *Reisenhofer, S., & Seibold, C. (2012). Emergency healthcare experiences of women living with intimate partner violence. *Journal of Clinical Nursing*, 22(15-16), 2253–2253. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2702.2012.04311.x>
- *Shaheen, A., Ashkar, S., Alkaiyat, A., Bacchus, L., Colombini, M., Feder, G., & Evans, M. (2020). Barriers to women's disclosure of domestic violence in health services in palestine: qualitative interview-based study. *Bmc Public Health*, 20(1), 1795–1795. <https://doi.org/10.1186/s12889-020-09907-8>
- Sandman, L., & Kjellström, S. (2018). *Etikboken: Etik för vårdande yrken*. Studentlitteratur. SFS 2017:30. Hälso- och sjukvårdslagen.
- SFS 2010:659. Patientssäkerhetslagen.
- Sinisalo, E., & Moser Hällén, L. (2018). *Våld i nära relationer: socialt arbete i forskning, teori och praktik*. Liber.
- Socialstyrelsen (2021, 22 december). *Våld i nära relationer*. <https://www.socialstyrelsen.se/stod-i-arbetet/vald-och-brott/vald-i-nara-relationer/>
- Socialstyrelsen (2016). *Våld - Handbok om socialtjänstens och hälso- och sjukvårdens arbete med våld i nära relationer*. <https://www.socialstyrelsen.se/globalassets/sharepointdokument/artikelkatalog/handboker/2016-6-37.pdf>
- SOSFS 2014:4. *Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd om våld i nära relationer*.
- Sveriges Kommuner och Regioner [SKR]. (2021). *Våldets konsekvenser*. Hämtad 16 februari 2022, från <https://skr.se/skr/arbetsgivarekollektivavtal/arbetsmiljo/valdinararelationstodfordigso/mchef/valdetskonsekvenser.35404.html>
- Vetenskapsrådet. (2017). *God forskningssed*. Hämtad 17 februari 2022, från [God forskningssed - Vetenskapsrådet \(vr.se\)](http://www.vetenskapsradet.se/god-forsknings-sed)
- World Economic Forum (2021, 30 Mars). Global Gender Gap. 2021. <https://www.weforum.org/reports/global-gender-gap-report-2021>
- *Wallin Lundell I, Eulau L, Bjarneby F, Westerbotn M. Women's experiences with healthcare professionals after suffering from gender-based violence: An interview study. *J Clin Nurs*. 2017; 27:949–957. <https://doi.org.esh.idm.oclc.org/10.1111/jocn.14046>
- Watson, J. (2008). *Nursing: The philosophy and Science of Caring*. Boulder: University Press of Colorado.
- * Williams, J. R., Gonzalez-Guarda, R. M., Halstead, V., Martinez, J., & Joseph, L. (2017). Disclosing Gender-Based Violence During Health Care Visits: A Patient-Centered

- Approach. *Journal of interpersonal violence*, 35(23-24), 5552–5573.
<https://doi.org/10.1177/0886260517720733>
- Wong J, Mellor D. Intimate partner violence and women's health and wellbeing: impacts, risk factors and responses. *Contemp Nurse*. 2014;46(2):170-9.
<http://doi.org/10.5172/conu.2014.46.2.170>. PMID: 24787250.
- World Health Organization. (2021, 9 mars) *Violence against women*.
Från:<https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/violence-against-women>
- World Health Organization (2013). *Global and regional estimates of violence against women - Prevalence and health effects of intimate partner violence and non-partner sexual violence*. Geneva: World Health Organization.
- World Health Organization (2020). *COVID-19 and violence against women*. Från:
<https://www.who.int/publications/i/item/WHO-SRH-20.04>
- Wyatt T, McClelland ML, Spangaro J. Readiness of newly licensed associated degree registered nurses to screen for domestic violence. *Nurse Educ Pract*. 2019 Feb;35:75-82. <http://doi.org/10.1016/j.nepr.2018.12.010>. Epub 2019 Jan 30. PMID: 30716539.
- Östlundh, L. (2017). Informationssökning. I F. Friberg (Red.). *Dags för uppsats: Vägledning för litteraturbaserade examinationsarbeten* (s.59-79). Studentlitteratur.

BILAGA 1. Sökmatrix

Databas	Sökblock/Sökord	Antal träffar	Begränsningar	Antal lästa abstrakt	Antal lästa artiklar	valda artiklar till resultat, se bilaga 2.
CINAHL Complete 2022-03-28	(MH "Intimate Partner Violence") OR (MH "Domestic Violence+") OR (MH "Battered Women") AND (MH "Professional- Patient Relations+") OR (MH "Health Care Delivery+") AND	114	År: 2012-2022 Peer reviewed Ålder: All Adult Engelska	73	38	A. Shaheen (2020) E.A. Reeves (2017) I. Wallin Lundell (2017) J.R. Williams (2020) M. M Larsen (2014) S. Othman (2013) S. Reisenhofer (2012)

	(Healthcare experience*)					
--	-----------------------------	--	--	--	--	--

<p>PubMed 2022-03-28</p>	<p>(((((("Intimate Partner Violence"[Mesh]) OR "Domestic Violence"[Mesh]) OR "Battered Women"[Mesh]) AND (((("Professional- Patient Relations"[Mesh]) OR "Delivery of Health Care"[Mesh]) AND (Healthcare experiences*)))</p>	<p>218</p>	<p>År: 2012-2022 Ålder: 19+ Engelska</p>	<p>87</p>	<p>34</p>	<p>D. Pratt-Eriksson (2014) J. Keeling (2015) P. N. Correa (2020)</p>
------------------------------	---	------------	--	-----------	-----------	---

BILAGA 2. Matris över urval av artiklar till resultat

Författare	Titel	År, land, tidskrift	Syfte	Metod (Urval, Datainsamling, Analys)	Resultat
Correa, P. N., Cain, M.C., Bertenthal, M., & Kay Lopez, K.	Women's Experiences of Screening for Intimate Partner Violence in the Health Care Setting	2020 Kanada Nursing for Women's Health	Syftet är att beskriva kvinnors som utsatts för våld i nära relationer erfarenheter av vårdmötet i samband med screening för våld i nära relation och att identifiera möjligheter att förbättra screening och bemötandet från sjuksköterskor och läkare.	Metod: en kvalitativ studie Urval: 17 kvinnor mellan åldrarna 22–70 med erfarenheter av våld i nära relationer, talar engelska och har fått hjälp från organisation. Datainsamling: semistrukturerade intervjuer Analys: Data analyserades i fyrasteg enligt Seaver, Freund och Wright.	Majoriteten av deltagarna upplevde icke-fysiska former av våld som emotionella, psykiska och verbala övergrepp samt isolering. De betonade vikten av att screeningfrågor innehåller frågor om icke-fysiskt våld. Flera deltagare beskrev hur viktigt det var hur sjukvårdspersonalen upplevdes för att kunna avgöra om de ville öppna upp sig om sina erfarenheter för dem. Egenskaper som deltagarna önskade från sjukvårdspersonalen var lyhördhet, ögonkontakt och empati. De flesta deltagare rapporterade att deras förövaren var i rummet när de undersöktes och närvaron av partner hindrar de att kunna berätta om deras erfarenheter av våldet. Därav önskade deltagarna att sjuksköterskorna och läkarna skulle vara medvetna om när det är rätt tidpunkt att fråga om våldet.

Keeling, J. & Fisher, C.	Health Professionals' Responses to Women's Disclosure of Domestic Violence	2015 Storbritannien Journal of Interpersonal Violence	Att få en djupare förståelse av kvinnors erfarenheter av sjukvårdspersonalens bemötande i samband med att kvinnorna berättade om att de utsatts för våld i nära relation.	Metod: Kvalitativ studie. Urval: 15 kvinnor i åldrar 21-54 år som levde med en manlig partner som utövade våld i hemmet Datansamling: data samlades in genom intervjuer med hjälp av berättande teknik. Analys: Tematisk analys.	Studien belyser hur sjukvårdspersonal misslyckats tillgodose kvinnor som utsatts för våld i nära relationers behov. Kvinnorna upplevde att de inte togs på allvar och avfärdades av personalen efter att de hade berättat om deras erfarenhet att leva med våld i nära relationer, vilket förstärkte kvinnornas skuld känsla och förminskande av våldet de utsatts för. Få deltagare berättade om en positiv interaktion med hälsa- sjukvården.
Larsen, M.M, Krohn, J., Puschel, K. & Seifert, D.	Experiences of Health and Health Care Among Women Exposed to Intimate Partner Violence: Qualitative Findings From Germany	2014 Tyskland Health care for women international	Att utforska kvinnor utsatta för våld i nära relationers erfarenheter av bemötande av hälso-sjukvårdspersonalen och identifiera en effektivare vårdåtgärd.	Metod: en kvalitativ studie. Urval: Sex våldsutsatta kvinnor mellan 20 och 49 årsåldern som har tyskt medborgarskap Datansamling: data samlades in genom intervjuer. Analys: dataanalysen gjordes av en kvalitativa software program, AnSWR.	Studien lyfter fram att stöd från hälso-sjukvård hjälpte kvinnorna att hantera våldet och stressen och gav intervention och hälsoprogrammen för överlevande hade positiv effekt. Däremot fanns det systematiska barriärer som hindrade dem från att få den vård som de behöver. Deltagarna önskade att sjukvårdspersonal skulle bemöta dem med empati och lyhördhet så att de känner sig förstådda, trodda på och känner att de får hjälp och inte är ensamma.

Othman, S., Goddard, C. & Piterman, L.	Victims' Barriers to Discussing Domestic Violence in Clinical Consultations: A Qualitative Enquiry	2013 Malaysia Journal of Interpersonal Violence	Syftet med denna studie är att undersöka kvinnors upplevelser av hinder som de möter när de öppnar upp sig om våld i nära relationer till vårdgivare	Metod: kvalitativ studie Urval: 10 kvinnor mellan 27 till 44 år gamla med erfarenheter av våld i nära relationer Datainsamling: Data samlades in genom intervjuer Analys: tematisk analys	I resultatet beskrev deltagarna att de mötte hinder när de skulle berätta om sina upplevelser av våld i nära relationer med vårdgivare. De upplevde att vården inte hade tid för dem vilket också förstärkte deras känslor som skam och självbeskyllning. Kvinnorna önskade att vårdmötet skulle vara fylld av empati, stöd, tillit och vägledning.
Pratt-Eriksson, D., Bergbom, I. & Lyckhage, E-D	Don't ask don't tell: Battered women living in Sweden encounter with healthcare personnel and their experience of the care given.	2014 Sverige International Journal of Qualitative Studies on Health and Well-being	Syftet med studien var att få en djupare förståelse av kvinnors levda erfarenhet av våld i nära relation och deras möten med sjukvårdspersonal, socialarbetare och polisen efter att drabbas av våld i nära relation.	Metod: En deskriptiv kvalitativ metod, fenomenologisk hermeneutik Urval: bestod av 12 kvinnor 18 år och äldre som utsatts för våld i nära relationer. Datainsamling: Data samlades in genom intervjuer. Analys: Analysen gjordes i tre tolkningsfaser: naiv tolkning, strukturanalys och omfattande förståelse.	Resultatet i studien synliggör att våldsutsatta kvinnor i nära relationer upplevde retraumatisering, likgiltiga beteenden och inte blev tagna på allvar under deras möte med sjukvårdspersonal. Kvinnorna uppgav även att de inte kände sig sedda eller fick sin röst hörd likväl att personalen inte hade tillräcklig kunskap vid mötet av kvinnan och därav medgavs bristfällig information om verktyg.
Reeves, E-A. & Humphreys, J-C.	Describing the healthcare experiences and strategies of women	2017 USA Journal of Clinical Nursing	Att utveckla kunskap om kvinnor som utsatts för våld i nära relation hur de upplever vården och deras strategier.	Metod: kvalitativ deskriptiv studie. Urval: 14 kvinnor över 21 år gamla och blivit utsatta för våld i nära relationer.	I resultatet visar det att deltagarna upplevt många traumatiska upplevelser däribland våld i nära relationer. Att ha upplevt dessa traumatiska situationer förvärrade också vårdmötet. Deltagarna

	survivors of violence			<p>Datainsamling: Semistrukturerade intervjuer</p> <p>Analys: Tematisk analys i linje med kvalitativa beskrivningsmetoder.</p>	berättar även om positiva vårdupplevelser men menar också att det finns begränsningar i sjukvårdssystemet kan göra att implementering av dessa metoder blir svåra.
Reisenhofer, S. & Seibold, C.	Emergency healthcare experiences of women living with intimate partner violence.	2012 Australien Journal of Clinical Nursing	Att utforska hur kvinnor som utsatts för våld i nära relation upplever hälso-sjukvårdens bemötande och hur detta kan påverka deras självbild och förståelse för våld i nära relation.	<p>Metod: kvalitativ studie, ground theory analytisk metod</p> <p>Urval: 7 kvinnor som utsatts för våld i nära relation samt sökt vård för det.</p> <p>Datainsamling: Individuell semistrukturerade ljudinspelade intervjuer.</p> <p>Analys: data analyserades med hjälp av NVIVO 8 software och kodades data avsnitt för avsnitt.</p>	I resultaten beskriver deltagarna utmaningar när det gäller att få tillgång till akutsjukvård och att hälso-sjukvårdens personalens bemötande ofta brister med empati. Erfarenheter av dömande sjukvårdspersonal där kvinnorna kände sig anklagade för pågående våld för att de "valde" att inte lämna sin förövare, förvarade deras skuldkänsla och påverkade deras självbild. Vården som erbjöds mötte inte deras behov där deras psykosociala behov förbisågs och bekräftelse av deras utsatthet för våld i nära relation. Däremot när dessa kvinnor fick stöd, empatisk bemötande, förståelse och kunskap kunde de förstå att de är offer och acceptera att de inte orsakade våldet.
Shaheen, A., Ashkar, S., Alkaiyat, A.,	Barriers to women's disclosure of	2020 Palestina BMC Public Health	Syftet är att förstå kvinnor som överlevt våld i nära relationers	Metod: kvalitativ deskriptiv studie	I resultatet betonade deltagarna att de mött hinder i samband med kontakt med hälso- och sjukvården. Sjukvården

<p>Bacchus, L., Colombini, M., Feder, G. & Evans, M.</p>	<p>domestic violence in health services in Palestine: qualitative interview-based study.</p>		<p>upplevelser av bemötandet i samband med kontakt med hälso- och sjukvården och hur de upplever vårdmötet.</p>	<p>Urval: 20 kvinnor som är 18 år och äldre som utsatts för våld i nära relationer. Datainsamling: semistrukturerade intervjuer av en av två kvinnliga forskare, med hjälp av en pilotstyrd ämnesguide. Analys: reflexiv tematisk analys</p>	<p>påvisade bristande kunskaper om tillgängliga hjälpmedel för de våldsutsatta kvinnorna och hade ett oroande fokus på fysiska problem innefattande brister i hänsynstagandet till patientens integritet och sekretess. Många av kvinnorna hade en rädsla för att bli stämplad som galen och bli av med vårdsnaden av sina barn. Kvinnornas främsta önskan har att hälso- och sjukvården skulle ta första steget och fråga om våld i nära relationer.</p>
--	--	--	---	---	---

Wallin Lundell, I., Eulau, L., Bjarneby, F., & Westerbotn, M.	Women's experiences with healthcare professionals after suffering from gender- based violence: An interview study	2017 Mexiko Journal of Clinical Nursing	Syftet med denna studie var att beskriva hur kvinnor som har drabbats av könsrelaterat våld upplever sina möten med sjukvårdspersonal.	Metod: deskriptiv kvalitativ studie. Urval: 8 kvinnor som utsatts för våld i nära relationer någon gång under de senaste två åren. Datainsamling: semistrukturerade ansikte-mot ansikte intervjuer Analys: Data analyserades enligt Elo och Kyngas kvalitativa och induktiva innehållsanalysmetod.	I resultatet i studien betonade kvinnorna vikten av att hälso- och sjukvårdspersonal tar sig tid utanför sina fullspäckade scheman för dem. När kvinnorna behandlades med respekt och med ett genuint intresse kände sig kvinnorna trygga. Men i många fall upplevde kvinnorna skuldskänslor, osäkerhet, och kände sig som en börda och kände sig inte sedda. Dessa ouppfyllda förväntningar framkallade känslor som frustration, misstro och uppgivenhet och detta resulterade i svårigheter att etablera en välfungerande vårdrelation med tillit och trygghet.
Williams, J.R., Gonzales-Guard, R.M., Halstead, V. & Joseph, L	Disclosing Gender-Based Violence During Health Care Visits: A Patient Centered Approach	2017 USA Journal of Interpersonal Violence	Att förstå kvinnors erfarenheter av mötet med sjukvårdspersonal i samband med att de berättar om sina erfarenheter av att bli utsatts för våld i nära relationer.	Metod: En kvalitativ deskriptiv forskningsdesign användes. Urval: 25 deltagare 18 år gamla och äldre som utsatts för våld i nära relationer. Datainsamling: data samlades in genom intervjuer Analys: Kvalitativ innehållsanalys	Studien visar att deltagarna vill ha en vårdande relation med sjukvårdspersonalen som innefattar stöd, tillit, sekretess och respekt, vilket även har en avgörande roll genom att man vågar berätta om sina traumatiska upplevelser. Deltagarna betonade även vikten av att få tillräcklig tid och inte bli stressade när de berättade om svåra situationer. De ville få stöd från sjukvårdspersonalen, bli bemötta med

					empati och när sjukvårdspersonalen var närvarande och visade engagemang kunde de lita på dem.
--	--	--	--	--	---