

Jenny Arkelius & Jeanette Lindblom

Sjuksköterskeprogrammet, 180 HP, Institutionen för vårdvetenskap

Självständigt arbete i vårdvetenskap, 15 HP, VKGT13, 2020

Nivå: Grundläggande nivå

Handledare: Ing-Britt Rydeman

Examinator: Elisabet Mattsson

Kvinnor utsatta för våld i nära relationer

En litteraturöversikt om kvinnors upplevelser av bemötandet i vården

Women exposed to intimate partner violence

A literature review of women´s experiences of the care given

Sammanfattning

Bakgrund: Våld mot kvinnor är ett globalt problem och en kränkning av de mänskliga rättigheterna. Våld i nära relation drabbar cirka 30 procent av alla kvinnor världen över och bara i Sverige dör varje år mellan 16–19 kvinnor, till följd av våld från sin partner.

Syfte: Syftet var att beskriva hur kvinnor, utsatta för våld i nära relationer, upplevt bemötandet i vården.

Metod: Denna litteraturöversikt baserades på tio kvalitativa vetenskapliga originalartiklar. Artiklarna analyserades sedan mot Watsons omsorgsteori för att identifiera nya teman. Artiklarna samlades in från databaserna Medline, Cinahl Complete och Pubmed.

Resultat: I denna litteraturöversikt framkom fyra teman; skuld och skam, trygghet, våldet nonchaleras och vårdmiljöns inverkan. När bemötandet från vårdpersonalen upplevdes negativt av kvinnorna ledde det till skuld- och skamkänslor, hopplöshet och ensamhet vilket innebar ökat lidande hos kvinnorna.

Slutsats: När vårdrelationen brast i tillit mellan kvinnorna och vårdpersonalen ledde det till negativa upplevelser av vården. Detta resulterade i att kvinnorna inte avslöjade våldsutsatthet och de undvek att söka vård i största möjliga utsträckning. Kvinnorna var besvikna över vården de fått och upplevde att de inte fick tillräckligt stöd. Vårdpersonalen behöver upptäcka och identifiera tecken på våld i nära relation och erbjuda adekvat och personcentrerad vård till dessa kvinnor.

Nyckelord: Våld i nära relation, lidande, bemötande, kvinnor

Abstract

Background: Violence against women is a global issue and it is a violation against human rights. Intimate partner violence affects approximately 30 percent of all women in the world, only in Sweden 16-19 women die each year out of intimate partner violence.

Aim: The aim of this study was to describe how women exposed to intimate partner violence experienced the treatment in care.

Method: This literature review were based on the result of ten qualitative scientific original articles. The articles were then analyzed by dint of Watsons nursing theory to identify new themes. The articles were collected from the databases Medline, Cinahl complete and Pubmed.

Results: This literature review showed four themes; experiences of guilt and shame, lack of trust, that the violence was being ignored and that the care environment had an impact on women's experiences of the treatment received from healthcare professionals. Women who have been exposed to intimate partner violence, experienced a lack of trust or felt offended and unimportant by the care staff, which led to the women not revealing being exposed to domestic violence.

Conclusion: When the relationship between the women and health-care professional wasn't based on trust, women choosed not to or avoid seeking health care or reveal being exposed to intimate partner violence. The attitude from healthcare professionals towards women and various barriers to good care are factors that affect the meeting between healthcare professionals and women. The care staff needs to detect and identify signs of intimate partner violence and offer adequate and person-centered care to these women.

Keywords: Intimate partner violence, suffering, experience, women

Innehållsförteckning

INLEDNING	1
BAKGRUND	1
VÅLD I NÄRA RELATIONER	1
RISKER, SYMPTOM OCH TECKEN PÅ VÅLD I NÄRA RELATIONER	2
GRAVIDITET.....	2
NORMALISERINGS- OCH UPPBROTTSPROCESSEN.....	3
OMVÅRDNAD VID VÅLD I NÄRA RELATION	3
DOKUMENTATION.....	4
SAMVERKAN.....	4
VÅRDPERSONALS UPPLEVELSER AV ATT VÅRDA VÅLDSUTSATTA KVINNOR	5
BEMÖTANDE.....	6
PROBLEMFÖRMULERING	6
SYFTE	7
TEORETISK UTGÅNGSPUNKT	7
METOD	8
DATAINSAMLING	8
URVAL	9
DATAANALYS.....	9
FORSKNINGSETISKA ÖVERVÄGANDEN	10
RESULTAT	10
SKULD OCH SKAM	11
TRYGGHET	11
VÅLDET NONCHALERAS.....	13
VÅRDMILJÖNS INVERKAN.....	14
DISKUSSION	16
METODDISKUSSION.....	16
RESULTATDISKUSSION.....	17
<i>Förhållningssättet hos vårdpersonal</i>	18
<i>Barriärer för god vård</i>	19
KLINISKA IMPLIKATIONER.....	23
FÖRSLAG TILL FORTSATT FORSKNING	23
SLUTSATS	24
REFERENSFÖRTECKNING	25
BILAGA 1. SÖKMATRIS	33
BILAGA 2. MATRIS ÖVER URVAL AV ARTIKLAR TILL RESULTAT	35

Inledning

Mäns våld mot kvinnor är ett globalt folkhälsoproblem. Könsbaserat våld finns över hela världen och inom alla samhällsklasser. Den största delen av våldet mot kvinnor utgörs av våld i nära relationer (VNR). En betydande del av detta våld uppdagas aldrig vilket gör att många kvinnor lider i det tysta. Att leva med våld och kränkningar påverkar kvinnan både mentalt och fysiskt och orsakar mycket lidande, men hur detta lidande upplevs är individuellt och därför är vi intresserade av att skaffa oss mer kunskap i dessa kvinnors upplevelse av sin situation och hur bemötandet från sjukvården påverkar deras upplevelse av hälsa. Vi har själva olika erfarenheter av VNR och vi tror att kunskap om detta fenomen inte bara är viktig utan nödvändig för att som sjuksköterska kunna erbjuda professionell vård till dessa kvinnor.

Bakgrund

Enligt Världshälsoorganisationen (WHO) (2012) är våld mot kvinnor ett stort globalt folkhälsoproblem och en kränkning av kvinnliga mänskliga rättigheter. Uppskattningsvis har cirka 35 procent av världens kvinnliga befolkning någon gång upplevt fysiskt och/eller sexuellt våld. Största delen av våldet sker i nära relationer. Förutom det stora lidandet och den försämrade livskvaliteten som detta innebär för kvinnorna är kostnaderna stora för samhället, år 2006 uppskattades Sveriges kostnad för våldet uppgå till omkring 3 miljarder kronor (Socialstyrelsen, 2006). Den globala kostnaden är uppskattad till ca 2 procent av världens BNP (Puri, 2016).

Våld i nära relationer

Brottsförebyggande rådet (Nilsson, 2002) definierar våld i nära relation som våld som begås av nuvarande eller före detta make, sambo eller pojkvän. Även män kan utsättas för våld i nära relationer, dock så visas det genomgående att kvinnor i större utsträckning blir utsatta för det grova, systematiska och kontrollerande våldet (Nordborg, 2019).

VNR kan innefatta såväl fysiskt, psykiskt, sexuellt våld som försummelse. Försummelse drabbar i högre grad kvinnor med någon form av funktionsnedsättning (Vårdgivarguiden, 2019). I denna litteraturöversikt har författarna valt att exkludera kvinnor som är beroende utav någon annan för att klara sin dagliga livsföring.

Globalt har nästan en tredjedel (30 procent) av alla kvinnor som varit i ett förhållande utsatts för fysiskt och/eller sexuellt våld, en siffra som enligt Paterno och Draughon (2016) ökade till hälften av alla kvinnor om man räknade in emotionellt och psykologiskt våld. Mäns

våld mot kvinnor är ett omfattande samhällsproblem och existerar i alla samhällsklasser, grupper och åldrar bland befolkningen världen över, med ett stort mörkertal. (Paterno & Draughon, 2016).

WHO (2012) beskriver att cirka 38 procent av alla mord på kvinnor runt om i världen begås av män som offret har eller har haft en relation till. I Sverige dödas årligen mellan 16–19 kvinnor till följd av våld, begått av en man hon har eller har haft en parrelation med, detta sker oftast i samband med kvinnans uppbrott från mannen (Johnsson & Latham, 2019; Vårdgivarguiden, 2019).

Risker, symtom och tecken på våld i nära relationer

Vetenskaplig evidens har visat att leva med våld eller hot om våld påverkar hälsan negativt. Våld som orsak till sjukdom och ohälsa är därför viktigt att upptäcka (Vårdgivarguiden, 2019). Våldsutsatta kvinnor söker vård i flera verksamheter inom hälso- och sjukvården. Förutom de direkta skadorna av våldet söker de i större utsträckning vård för psykiska besvär såsom ångest och oro, depression och suicidtankar. Fysiska åkommor såsom långvariga magtarmbesvär, kronisk smärta samt gynekologiska besvär är också vanliga (Socialstyrelsen, 2016; Vårdgivarguiden, 2019; WHO 2012; Heimer, Björck, Albért & Haraldsdotter, 2019).

Graviditet

Den vanligaste dödsorsaken bland gravida kvinnor är att de blivit mördade av sin partner (Aretakis., 2008). Graviditet är en riskfaktor och fungerar både som en utlösande faktor för VNR och en bidragande orsak till att våldet eskalerar (Vårdgivarguiden, 2019; Taillieu, Brownridge, Tyler, Chan, Tiwari & Santos, 2015; Edin, Lalos & Högberg, 2010). Därför ska alla blivande mödrar bli frågade om VNR (Vårdgivarguiden, 2019). Vid en oplanerad graviditet föreligger det dessutom en särskild stor risk för att våld introduceras (Finnbogadóttir & Dykes, 2016; Aretakis, 2008; Edin et al., 2010; Kramer, Nosbusch & Rice, 2012). Utsätts mamman för VNR under graviditeten löper både hon och fostret större risk för fysiska och medicinska komplikationer. Trots detta väljer den gravida kvinnan inte sällan att stanna kvar i förhållandet (Edin et al., 2010), vilket skapar känslor av isolering, skam, skuld samt ett minskat stöd av omgivningen (Finnbogadóttir & Dykes, 2016).

Normaliserings- och uppbrottsprocessen

Det finns olika förklaringsmodeller och teorier kring varför kvinnan väljer att stanna eller gå. Nedan beskrivs de två vanligast förekommande; normalisering- samt uppbrottsprocessen.

Normaliseringsprocessen innebär att en kvinna gradvis förlorar uppfattningen om vad som är rätt och fel och beskrivs som kvinnans sätt att anpassa sig efter mannens försök att upprätthålla och utöka kontrollen av henne. Detta leder till att våldet känns som en normal del av vardagen (Enander, 2009; ROKS, 2019). Mannens intention med våldet är att få utökad kontroll över kvinnan. Den består av tre huvudinslag; *förskjutning och utplåning av gränser, isolering och växling mellan våld och värme*. Dessa kontrollmekanismer resulterar i att kvinnans livsutrymme krymper och kvinnans integritet invaderas. Kvinnan kan inte längre urskilja var hennes gränser går och mannen äger därmed hennes livsrum. Isoleringen bidrar till att kvinnans kontakt med omvärlden och nära och kära reduceras eller helt utplånas vilket gör mannen till kvinnans enda referenspunkt. Mannens föreställningar om våldets upprinnelse internaliseras hos kvinnan, vilket inte sällan innebär att ansvaret läggs på kvinnan själv (Enander, 2009).

Till slut behöver våldet inte ens utövas, utan det räcker med vetskapen och hot om våld för att kvinnan ska foga sig, vilket kallas för *latent våld*. Normaliseringen av våldet är strategier från både mannen och kvinnan, för mannen handlar det om kontroll medan det för kvinnan handlar om anpassning och överlevnad. Detta ger kvinnan handlingsutrymme i detta lilla livsrum hon har kvar (ROKS, 2019).

När det kommer till uppbrottsprocessen så krävs ofta flera samverkande faktorer för att en kvinna ska lämna en våldsamt nära relation. I genomsnitt föregås ett definitivt uppbrott från relationen av mellan 3–5 tillfälliga uppbrott. Oftast sker uppbrottet i anslutning till ett särskilt allvarligt våldstillfälle eller då barn/husdjurs eller andra närståendes säkerhet hotas. En viktig del i denna process är att kvinnan inser att ansvaret för våldet ligger på våldsutövaren. (Enander; ROKS, 2019).

Omvårdnad vid våld i nära relation

Målet med hälso- och sjukvården är en god hälsa och vård på lika villkor för hela befolkningen och ska bedrivas på ett sådant sätt att god vård uppfylls enligt Hälso- och sjukvårdslagen (HSL, SFS 2017:30). Kvinnor och män har samma rätt till kroppslig integritet (Åkesson, Darj, Malmberg, & Ravanbakhsh, 2018).

I denna litteraturöversikt så har författarna valt att använda sig av de regionala riktlinjerna för region Stockholm. Det primära fokuset riktas mot lindrandet av skuld- och skamkänslor

hos kvinnor som är eller misstänks vara utsatta för VNR (Vårdgivarguiden, 2019). Frågor kring våld ska ske i ensamhet med kvinnan och medföljande personer hänvisas till väntrummet. Auktoriserad tolk ska används vid behov. Kvinnan ska informeras om sina rättigheter och vilken hjälp som finns att få (Vårdgivarguiden, 2019). I de fall av VNR där barn är inblandade så är hälso- och sjukvården skyldiga att göra en orosanmälan, enligt socialtjänstlagen (SoL, SOSFS 2014:4) vid misstanke eller kännedom att ett barn far illa (Socialstyrelsen, 2014).

Dokumentation vid vårdtillfället

Dokumentation spelar en viktig roll i arbetet med kvinnor utsatta för VNR. Även om kvinnan inte vill polisanmäla vid det specifika vårdtillfället kan dokumentationen användas som stödbevis vid en framtida rättsprocess, ett så kallat rättsintyg och det är därför viktigt att alla skador, såväl fysiska som psykiska, dokumenteras och fotograferas.

Dokumentationen ska innehålla information som framkommit i samtal, observationer och undersökningar. Den ska innehålla vilka symtom och tecken som observerats, vilka hälso- och sjukvårdsåtgärder som vidtagits och planeras, om kvinnan har minderåriga barn samt om en orosanmälan är gjord.

Även om kvinnor ofta söker vård i direkt anslutning till våldstillfället är det långt ifrån alla gånger det sker. Därför är det av stor vikt att även dokumentera tidigare erfarenheter av våld för att kvinnan i framtiden ska kunna få rätt hjälp. (Vårdgivarguiden, 2019).

Samverkan

Ett fungerande samarbete mellan myndigheter och organisationer är nödvändigt i arbetet med VNR. Ansvarsfördelningen mellan olika myndigheter kan fungera som komplement till varandra och onödiga påfrestningar för den våldsutsatta kvinnan kan undvikas (Björck, 2019).

Istanbulkonventionen trädde i kraft i Sverige i november 2014. Konventionen syftar bland annat till att få slut på våldet mot kvinnor och våldet i hemmet genom att underlätta samarbetet mellan olika myndigheter och organisationer i samhället (Europarådet, 2011). Aktörernas olika uppdrag utgör grunden för och styrkan i samverkan och leder till utveckling och bättre omhändertagande för kvinnorna genom att skapa en bättre helhetssyn (Björck, 2019). God samverkan minimerar risken att kvinnorna slussas runt mellan olika instanser och förkortar handläggningstiden av enskilda ärenden samt resulterar i effektivare rutiner och mer lättillgängliga kontaktnät.

Idag är samverkan i Sverige till viss del lagstadgad. I förvaltningslagens §6 (SFS 1986:223), har myndigheter en skyldighet att samarbeta sinsemellan. Enligt socialtjänstlagen (SoL, SOSFS 2014:4) ska socialnämnden samverka med andra samhällsorgan och med frivilligorganisationer (Socialstyrelsen, 2014). Polisen är skyldigt enligt Polislagens § 3 att samverka med de organisationer och myndigheter vars verksamhet berörs av polisens verksamhet (SFS 1984:387). Många kvinnor söker hjälp hos frivilligorganisationer såsom kvinnojourer. Dessa idéburna organisationer har dock ingen lagstadgad skyldighet att samverka med några myndigheter.

Hälso- och sjukvården kan bistå med information och kontaktuppgifter till myndigheter och idéburna organisationer, vilket kan underlätta för kvinnan att få hjälp med sin situation. Är kvinnan i behov av hjälp och stöd från både hälso- och sjukvården och socialtjänst, kan en samordnad individuell plan (SIP) upprättas med kvinnans samtycke (Björck, 2019).

Det är polisens sak att utreda en anmälan och driva en rättslig process, socialtjänstens ansvarar för att utreda behov av skydd för utsatta kvinnor och barn (Berglund & Witkowski, 2019). Varje verksamhet ska ha en utarbetad handlingsplan för kvinnofridsarbetet, några faktorer som listats vara viktiga för framgångsrikt kvinnofridsarbete (Björck, 2019).

Vårdpersonals upplevelser av att vårda våldsutsatta kvinnor

Vårdpersonal upplever det både obehagligt och obekvämt att möta våldsutsatta kvinnor samt ta upp och fråga efter partnervåld (Dudgeon & Evanson, 2014). Flera studier visar att vårdpersonal påverkas negativt av att lyssna till och vårda kvinnor utsatta för partnervåld (Sundborg, Thörnkvist, Saleh-Stattin, Wandell & Hylander., 2017; van der Wath, van Wyk & van Rensburg., 2013; Beynon, Gutmanis, Tutty, Wathen, & MacMillan., 2012). Det fanns flera faktorer till att vårdpersonalen inte frågade efter VNR, en av dessa var att de inte upplevde det vara deras ansvar att fråga efter VNR (Sundborg et al., 2017). Andra faktorer var tidsbrist (Sundborg et al, 2017; Beynon et al., 2012; Paterno & Draughon, 2016; Dudgeon & Evanson, 2014), brist på kunskap, träning och rutiner kring hantering av ett våldsavslöjande (Sundborg et al, 2017; Paterno & Draughon, 2016; Dudgeon & Evanson, 2014; Nyame, Howard, Feder & Trevillion.,2013) samt tung arbetsbörda (Beynon et al, 2012; Dudgeon & Evanson, 2014). Det fanns i motsats till detta även faktorer som underlättade för vårdpersonalen att fråga kvinnor kring VNR, dessa var bland annat fysiska och psykiska tecken såsom blåmärken, låg självkänsla och psykosomatisk smärta men även känslan av tillit mellan vårdpersonalen och kvinnan upplevdes som hjälpande faktor (Sundborg et al, 2017;

Beynon et al, 2012). En del av vårdpersonalen lät deras intuition och kvinnornas kroppsspråk fungera som kompass för när de behövde fråga efter VNR (Sundborg et al., 2016).

Vissa av vårdpersonalen besatt en kritisk och dömande hållning inför kvinnorna och upplevde att dem försvarade sin partner, när kvinnorna avslöjade utsatthet för VNR men ändå valde att stanna hos förövaren uppstod känslor av frustration och förvirring hos vårdpersonalen (Beynon et al., 2012; van der Wath et al., 2013).

Bemötande

Bemötande är ett svårförklarligt begrepp som bland annat handlar om hur samtal genomförs (Fossum, 2019). I vårdsammanhang handlar samtalen om att en patient, som är expert på sina egna upplevelser, möter vårdpersonal som besitter särskild kunskap. Kommunikationen skapar grunden för en vårdrelation. Förutsättningar för samtalen skapas på organisatorisk och individnivå. Den individuella nivån präglas av viljan till att lyssna till den andres berättelser, medan den organisatoriska nivån handlar om hur tid och utrymme ges till samtalet (Wendt & Enander, 2013). Ett bra bemötande är svårt att beskriva men man har sett samband mellan gott bemötande och god omvårdnad (Fossum, 2019). Kommunikationen består av både verbal som icke-verbal kommunikation och kan vara både en medveten som omedveten handling och är nyckeln till en god vårdrelation (Wendt och Enander., 2013), inom vården handlar det dels om kroppsspråket, placering av oss själva i förhållande till patienten, dels hur man förhåller sig till patienten (Fossum, 2019). En trygg vårdrelation har stor inverkan på tillfrisknandet hos en patient där bemötandet spelar en viktig roll för att en sådan relation ska utvecklas (Enqvist, 2019).

Problemformulering

Att leva under våld och hot har en negativ inverkan på kvinnors upplevelse av hälsa och välbefinnande. Vårdpersonal upplever sig ofta vara otillräckligt rustade för att möta dessa kvinnor vilket kan utsätta kvinnorna för ökat lidande och utebliven vård. Därför är det nödvändigt att skaffa kunskap kring hur kvinnorna upplever vården och vad de önskar skulle se annorlunda ut. Upplevelsen av att leva med VNR är individuell och därför bör även vården vara anpassad så. Den höga förekomsten av detta fenomen gör att sjuksköterskan i sin profession löper stor chans att stöta på kvinnor utsatta för VNR.

Syfte

Syftet var att beskriva hur våldsutsatta kvinnor i nära relationer, upplevt bemötandet i vården.

Teoretisk utgångspunkt

Syftet med detta arbete handlar om hur kvinnor upplever bemötandet från vården och därför valdes Watsons transpersonella omsorgsteori. Watson menar att mötet mellan vårdpersonal och kvinnor är en mänsklig omsorgsprocess och de är en speciell och ömtålig gåva, som man ska ta vara på. Människan bär med sig det förflutna, sina egna tankar och värderingar samt nuet och framtiden, vilket påverkar en människas inre. Mötet mellan vårdpersonal och kvinnor innebär att varje människa tar med sitt förflutna in i det nya mötet. Ett genuint gott omsorgstillfälle kan leva kvar långt efter de hänt, hos både vårdpersonal och kvinnorna.

Watson menar att det är en konst att ta emot en annan människas känslouttryck och uppleva de inom sig. Vårdpersonalen kan överföra denna konst på kvinnorna i form av beröring, ljud och ord, så dem får känna det som vårdpersonalen känner, det är en konstfull sida, ett moraliskt ideal en form utav kommunikation. Watson beskriver att vårdpersonal djupare självkänsla innefattar värdet av mänsklig omsorg. Skydda mänsklig värdighet är en moralisk plikt som livssyn, är vad en omsorg kräver. Målet med omvårdnaden är att människan ska känna harmoni i ande, kropp och själ, för det ska uppnås krävs stödjande omvårdnad (Watson, 1993).

I resultatdiskussionen kommer författarna utgå från Watsons omsorgsteori. För att mötet mellan kvinnorna och vårdpersonalen ska bli betydelsefullt menar Watson att vårdpersonal ska vara autentiskt närvarande, det innebär att verkligen vara där, i nuet. För att kunna vara helt närvarande måste vårdpersonalen först vara det med sig själv för att sedan kunna vara det i mötet med kvinnorna. Visa respekt, främja och värna om den subjektiva världen hos varje kvinna och hennes tro, hopp och de värden som är grundläggande, både hos vårdpersonal och hos kvinnorna. För att mötet mellan vårdpersonal och kvinnorna ska vara till stöd och hjälp för kvinnorna och att dem ska känna tillit innebär det att mötet upplevs genuint vårdande av kvinnan. Vårdpersonalen ser bortom sin yrkesroll och möter kvinnan som person, det blir därmed ett möte mellan två människor snarare än mellan vårdpersonal och patient.

Vårdpersonalen respekterar och ser kvinnan som en människa och bemöter henne på ett sådant sätt att hon ej känner sig kränkt, förminskad eller sviken. Genom att skapa en helande miljö syftar inte bara till den fysiska miljön utan även också en ren och harmonisk miljö där

man värnar om privatliv och integritet. Watson beskriver även att vårdpersonal *är* miljön, genom att vara medveten om sitt förhållningssätt och hur dennes sätt att vara påverkar kvinnorna skapar det en trygg och säker miljö för kvinnorna (Wiklund Gustin & Lindwall, 2012).

Metod

För att kunna besvara arbetets syfte gjordes en litteraturöversikt över vilken kunskap som finns inom det valda området. Litteraturöversikt är en metod som kartlägger kunskapsläget inom ett valt vetenskapligt fält och baseras på den redan befintliga forskningen inom området (Friberg 2017).

Datainsamling

Datainsamlingen skedde först i två databaser, Medline och Cinahl Complete men utökades sedan med Pubmed. Att inkludera fler databaser är gynnsamt för att få med så mycket som möjligt av den forskning som finns inom valt ämne (Friberg, 2017). De valda databaserna hänvisar till vetenskapliga tidskrifter inriktat på omvårdnad och medicin. Artiklar som används i en litteraturöversikt ska vara av hög kvalitet och informationssökning ska därför ske i kvalitetskontrollerade informationskällor, såsom akademiska databaser (Östlundh, 2017).

Datainsamlingen började med sökningar i de valda databaserna. För att få träffar som bättre speglade arbetets syfte togs hjälp av Ersta Sköndal Bräckes högskola där två sökblock utformades och sedan kombinerades i de olika databaserna. Termerna som valdes till sökblocken togs fram via Cinahl Subject Headings och Svensk MeSH. Sökorden som valdes ut tillsammans med högskolans bibliotekarie var *Intimate Partner Violence*, *battered women* och *Professional-patient relations*. De två sökblocken kombinerades med hjälp av boolesk sökteknik för att öka antalet relevanta artikelträffar (Östlundh, 2017). I Cinahl användes samma sökord och sökblock med det undantaget *spouse abuse* då det bakats in i begreppet *Intimate Partner Violence*.

I databaserna Pubmed och Medline bestod det första sökblocket av söksträngen *Intimate Partner Violence OR battered women OR spouse Abuse OR domestic violence*". Och det andra sökblocket bestod av söksträngen *Professional-patient relations OR Nurse-patient relations OR Physician-patient relations*. Boolesk sökteknik används för att avgränsa eller utöka antal träffar vid en sökning (Östlund, 2017). Genom att använda AND och OR i sökningen kunde vi inkludera artiklar som innehöll minst ett ämnesord från varje sökblock I

alla tre databaser skapades två sökblock, för söksträngar se bilaga 1. Valda sökord inklusive valda begränsningar gav relevanta artiklar, dock var många artiklar oåtkomliga vilket medförde att ytterligare sökningar fick genomföras. Under datainsamlingen fann vi ett flertal dubletter i de olika databaserna vilket tyder på att de valda söksträngarna var relevanta och gav bra utslag.

Urval

Avgränsningar i informationssökningen kan underlätta urvalet och underlätta att identifiera relevanta artiklar för det valda intresseområdet. Genom att avgränsa sökningen så artiklarna är publicerade i vetenskapliga tidskrifter är att rekommendera men ingen garanti för att de är av hög kvalitet. Vetenskapligt material bör även ses som en färskvara och därför är avgränsning i tid för vilken artiklarna är skrivna nödvändig (Östlundh, 2017). Författarna har valt artiklar skrivna mellan 2003–2019, artiklarna ska vara peer-reviewed, skrivna på engelska, vara kvalitativa samt etiskt granskade. En manuell geografisk sortering utfördes då författarna letade efter artiklar som speglade ett västerländskt vårdssystem. Kvinnorna i artiklarna som författarna granskat är över 18 år gamla. Efter genomförd sökning sorterades artiklarna först efter titeln, om en artikel verkade relevant lästes abstraktet., för valda artiklar till resultatdelen, se bilaga 2. Författarna valde att inkludera gravida kvinnor samt endast välja artiklar där kvinnorna som blivit utsatta för våld levtt med en man under tiden för våldsutsattheten.

Dataanalys

Analysarbetet handlar om att bryta ner valda artiklars resultatdel för att sedan kunna skapa en ny helhet. Det studerade fenomenet ska gestaltas på ett vetenskapligt deskriptivt sätt. Ett sätt att göra detta är genom en 5-stegsmodell (Friberg, 2017).

Under analys är det viktigt att vara lyhörd inför såväl sina egna som studiernas tolkningar och motsägelser i texten. Författarna valde därför att läsa valda artiklar enskilt som ett steg i att minska risken för feltolkningar. Artiklarna lästes noggrant flera gånger och relevanta delar som svarade mot syftet sorterades ut från varje artikel. Därefter färgmarkerades likheter och olikheter i de olika delarna som var relevanta för arbetets syfte. Efter dessa steg diskuterades de olika delarna författarna emellan och sorterades utifrån fyra passande teman; *skuld och skam*, *trygghet*, *våldet nonchaleras* och *vårdmiljöns inverkan*.

Forskningsetiska överväganden

Kjellström (2012) menar att forskningsetiken syftar till att skydda personer som deltar i en studie genom att försvara människors grundläggande värde och rättigheter. Viktigt är även att värna om människors självbestämmande, vilket kan ske genom till exempel informerat samtycke.

Vetenskapsrådet (2020) beskriver vikten av god forskningssed, vilket innebär att ej fabricera, plagiera, förvränga eller stjäla vetenskapliga data och syftar till att behålla förtroendet för forskningen och att tillhandahålla tillförlitliga forskningsresultat.

Enligt Kjellström (2012) finns risk för att resultatet förvanskas av forskarna. Detta kan till exempel ske genom att forskaren endast använder eller tolkar data som stämmer överens med dennes teori. Kjellström beskriver vidare att deltagare i intervjustudier kan försöka anpassa sina svar efter vad deltagaren tror att forskaren vill höra eller söker efter vilket också kan förvanska resultatet.

För att förhindra detta har författarna valt att endast använda artiklar som är etiskt granskade och där deltagarna i studierna samtyckt till medverkan. Vårt deltagarurval består av en extra sårbar grupp men författarna anser att vinningen för sjuksköterskeprofessionen, samhället och även framtida våldsutsatta kvinnor är större än eventuella nackdelarna det kan medföra för urvalsgruppen.

Författarna är medvetna om att en viss förförståelse för ämnet förekommer och kommer efter bästa förmåga bortse från denna förförståelse, genom att hålla sig kritisk och med ett öppet förhållningssätt inför presenterade data syftar författarna till att sammanställa resultat som speglar artiklarnas resultat och inte bara redogöra för resultat som styrker författarnas förförståelse kring ämnet. För att minska risken för feltolkning har artiklarna lästs separat av bägge författarna där relevant material valt ut, detta har sedan diskuterats författarna emellan. Genom att redogöra för metod, tillvägagångssätt, insamlade data och resultat på ett grundligt, systematiskt och noggrant sätt syftar författarna till att presentera tillitsfulla resultat.

Resultat

Författarna fann fyra teman för hur kvinnor utsatta för våld i nära relation upplevt vården; *skuld och skam, trygghet, våldet nonchaleras samt vårdmiljöns inverkan.*

Skuld och skam

Kvinnorna berättade att de vid flertalet tillfällen upplevt skam och skuld över att ha blivit utsatta för våld av sin partner och över att välja att fortsätta en sådan relation. Dessa känslor förstärkte sjukvårdspersonalen genom att ha ett anklagande och ifrågasättande sätt gentemot kvinnorna (Wallin Lundell, Eulau, Bjarneby, & Westerbotn, 2017; Pratt-Eriksson, Bergbom, & Lyckhage, 2014; Battaglia, Finley, & Liebschutz, 2003). När sjuksköterskorna tittade på sin klocka, gäspade eller på andra sätt uppträdde på ett ointresserat sätt kände sig kvinnorna oviktiga och förminskade (Wallin Lundell et al., 2017). Många av kvinnorna upplevde att de var en belastning för sjukvården på grund av att de upptog deras tid vilket ledde till känslor av skuld (Wallin Lundell et al., 2017; Bradbury-Jones et al., 2011; Pratt-Eriksson et al., 2014). En kvinna hade fått höra av vårdpersonal att det var hennes eget fel att hon blivit slagen av sin partner och att hon därför på något sätt gjort sig förtjänt av våldet som riktats mot henne (Wallin Lundell et al., 2017). Vissa av kvinnorna önskade att vårdpersonalen satt ner och lyssnade till deras berättelser utan att komma med lösningar (Dienemann et al., 2005; Liebschutz et al., 2008; Olive, P. 2016). En del av kvinnorna upplevde istället att det ingav tillit när vårdpersonalen gav förslag på lösningar, de beskrev det som om personalen försökte lyfta dem och minska deras känsla av skam och skuld, vilket ledde till upplevelsen av kontroll över situationen hos kvinnorna (Dienemann et al., 2005; Liebschutz et al., 2008). Gravida kvinnor upplevde att de levde två separata liv, den offentliga delen bestod i att vidmakthålla att hon var en stark och kapabel gravid kvinna och den privata delen skildrade verkligheten av VNR. Detta bidrog till att kvinnorna kände skam och skuld i mötet med vårdpersonalen, för att dem stannade kvar i en våldsamt relation, trots detta övervägde kvinnorna generellt inte att lämna förhållandet under graviditeten. Kvinnorna beskrev att de under graviditeten genomgick stora förändringar och hade mycket tankar och tvivel kring sig själva, sina förhållande och deras situation vilket bidrog till att de i högre grad försökte dölja våldet (Lutz, 2005). Kvinnorna beskrev hur smärtan inte alltid kom från de fysiska skadorna utan istället var av en mer själslig karaktär, där de kände skam och chock över hur de hade kunnat hamna i situationen och låtit det gå så långt (Olive, 2016).

Trygghet

Flera kvinnor beskrev att det kände tillit när vårdpersonalen satte sig ner och tog sig tid till att lyssna, svara på frågor och tog allvarligt på att bevara konfidentialiteten gentemot kvinnorna (Battaglia et al., 2003). När vårdpersonalen agerade på ett sätt som kvinnorna förknippade med värme, uppmärksamhet och intresse såsom att sätta sig ner under samtalen

med kvinnorna, svara frågor, ge ögonkontakt och en klapp på axeln, uppgav vissa av kvinnorna att de var mer benägna att lita på vårdpersonalen (Battaglia et al., 2003). Ett empatiskt förhållningssätt hos vårdpersonalen efterfrågades av flera kvinnor (Larsen et al., 2014), där förmågan att aktivt lyssna på kvinnornas berättelser belystes som extra viktigt hos vårdpersonalen. (Larsen et al., 2014; Wallin Lundell et al., 2017; Bradbury-Jones et al., 2011; Pratt-Eriksson et al., 2014; Battaglia., et al., 2003).

Många av kvinnorna upplevde att de vid flera tillfällen i mötet med vårdpersonal, inte blivit tagna på allvar på grund av att vårdpersonalen gav ett stressat och ointresserat intryck gentemot dem (Wallin Lundell et al., 2017; Pratt-Eriksson et al., 2014; Battaglia et al, 2003). Detta fick kvinnorna att känna sig som en börda och att deras situation var oviktig för vårdpersonalen (Wallin Lundell et al., 2017; Pratt-Eriksson et al., 2014).

I mötet med vårdpersonalen var första intrycket av stor vikt för kvinnorna, en del av kvinnorna beskrev att de fick en känsla eller aning om de kunde lita på vårdpersonalen eller inte, uppstod tvivel kring vårdpersonalens intresse under det första mötet minskade chansen att dem skulle kunna återfå kvinnornas förtroende (Wallin Lundell et al., 2017; Dienemann et al, 2005., Battaglia et al., 2003). Detta beskrevs även utav en del av de gravida kvinnorna, det var undrande kring motivet för barnmorskans frågor och ville veta om det fanns en vilja hos barnmorskan att agera mot våldet eller om hon endast var nyfiken (Garnweidner-Holme et al., 2017). Kvinnorna efterfrågade ett icke-dömande stöd från vårdpersonalen (Bradbury-Jones et al., 2011; Dienemann et al., 2005). Kvinnorna upplevde att vårdpersonalen kunde lindra deras skuld känslor genom att försäkra dem om att ansvaret för våldet inte låg på dem utan hos deras partner. Dessa försäkringar tröstade kvinnorna samt främjade tillit och en positiv vårdrelation (Bradbury-Jones et al., 2011).

Vårdrelationen upplevdes vara av stor betydelse för om kvinnorna skulle våga och orka lämna sin våldsutövande partner, en bra vårdrelation präglades av öppen kommunikation där kvinnans delaktighet uppmuntrades, kompetens hos vårdpersonalen och upplevelse av jämlikhet (Battaglia et al., 2003; Bradbury-Jones et al., 2011). Kvinnorna med utländsk härkomst kände att dem blev felbehandlade, ifrågasatta och att vårdpersonalen var misstänksamma mot dem. En vårdpersonal hade uttryckt till en kvinna att hon borde vara tacksam för den vården hon fått, då den inte skulle se likadan ut i hennes hemland (Pratt-Eriksson et al., 2014). Vissa kvinnor uttryckte rädsla för att bli misstrodda och därmed tvekade att avslöja våldet, denna rädsla var större i de fall det handlade om psykiskt våld där bristen på synliga skador var stor (Larsen et al., 2014; Garnweidner-Holme et al, 2017). En av kvinnorna beskrev en rädsla och motvillighet som sträckte sig längre än till själva

våldsavslöjandet, hon menade att dessa känslor även innefattade processen som skapas efter våldsavslöjandet och hur hon skulle kunna hantera den (Larsen et al., 2014). Två av kvinnorna berättade att när dem skulle föda barn så vidtog vårdpersonalen lämpliga och nödvändiga säkerhetsåtgärder, så som begränsad tillgång till mamman och barnets rum för utomstående samt restriktioner gällande inkommande samtal. Kvinnorna upplevde det viktigt att känna tillit till vårdpersonalen och var därför inte alltid redo att avslöja våld vid första mötet med vårdpersonalen. Istället kunde avslöjande av våld komma vid senare tillfälle varför många av kvinnorna önskade att vårdpersonalen frågade efter våldsutsatthet vid flera tillfällen (Dienemann et al., 2005; Battaglia et al., 2003; Liebschutz et al., 2008; Pratt et al., 2014). Om kvinnan upplevde att vårdrelationen präglades av tillit gentemot vårdpersonalen kunde det leda till ökad självkänsla och en ny syn på den våldsamma relationen. När kvinnorna fick höra från vårdpersonal att våldet de utsattes för var oacceptabelt och inte ett uttryck för kärlek upplevde sig kvinnorna stärkta av det och vågade söka hjälp på egen hand och till slut bryta sig loss från sin våldsamma partner (Liebschutz et al., 2008).

Vissa kvinnor uttryckte en önskan om att få en kvinnlig vårdpersonal, istället för en manlig, då kvinnorna upplevde de lättare att öppna sig och tala om våldet för en kvinna snarare än en man (Lutz, 2005). Flera kvinnor uppskattade när vårdpersonalen gav information och förklarade vad det fanns för olika alternativ för kvinnorna om eller när de ville söka hjälp, vilket gav dem kontroll och möjlighet att själva fatta välgrundade beslut kring sin medicinska vård samt sin relation (Battaglia et al., 2003; Liebschutz et al., 2008; Pratt et al., 2014).

Våldet nonchaleras

Många kvinnor beskrev att de upplevde sig svikna av sjukvården då deras förhoppning var att deras lidande skulle upphöra i samband med avslöjande av våldet (Pratt-Eriksson et al., 2014). När vården inte mötte kvinnornas förväntningar, så upplevde de frustration och minskat förtroende för all vårdpersonal, vilket minskade chanserna till ett eventuellt våldsavslöjande (Wallin Lundell et al., 2017; Liebschutz et al., 2008; Lutz, 2005). Detta ledde till att kvinnorna drog sig för att uppsöka vård tills dom hade mer allvarliga fysiska problem (Wallin Lundell et al., 2017; Liebschutz et al., 2008). Kvinnorna upplevde att vårdpersonalen oftare fokuserade på medicinskt och fysiskt sjuka patienter än på kvinnorna utsatta för våld vilket fick kvinnorna att känna att de inte hade någon plats i sjukvården (Pratt-Eriksson et al., 2014). De upplevde det viktigt att vårdpersonal vågade fråga om våld samt vågade stanna kvar vid ämnet under samtalet med kvinnorna (Pratt-Eriksson et al., 2014; Dienemann et al., 2005).

Upplevelser av att bli nonchalerad av vårdpersonalen ledde till att kvinnor upplevde känslor av utsatthet, ensamhet och hopplöshet inför sin situation och kvinnorna kände sig osynliga, vilket upplevdes som upprepning av våldet (Pratt-Eriksson et al., 2014). Dessa känslor uppstod när vårdpersonalen upplevdes okänsliga och kalla av kvinnorna. (Dienemann et al., 2005; Pratt-Eriksson et al., 2014). Kvinnorna ansåg att vårdpersonalen istället borde vara empatiska och närvarande i mötet med dem och uppmärksamma tecken och symtom på VNR (Dienemann et al., 2005; Liebschutz et al., 2008; Garnweidner-Holme et al., 2017; Lutz, 2005; Larsen et al., 2014) för att kunna finna roten till kvinnornas hälsoproblem istället för att försöka hitta snabba lösningar såsom medicinering (Larsen et al., 2014). När vårdpersonalen agerade på ett för kvinnorna positivt sätt ingav det en känsla av att bli inbjuden till en samvaro med vårdpersonalen där de fick möjlighet att lindra sitt lidande (Wallin Lundell et al., 2017). De positiva reaktionerna vid ett våldsavslöjande präglades av informationsutbyte, aktiv närvaro och en icke-dömande hållning hos vårdpersonalen, vilket skänkte mod till kvinnorna samt känsla av värde. I en studie som gjorts inom prenatal vård så uppgav endast en av sju kvinnor att dem blivit tillfrågade om dem varit utsatta för VNR, trots att några utav dessa kvinnor hade synliga skador, vilket resulterade i en tveksamhet inför om dem skulle avslöja våldsutsatthet i framtiden, denna tveksamhet riktades mot all vårdpersonal (Lutz, 2005).

Vårdmiljöns inverkan

Kvinnor som uppsökt akutmottagningen efter att ha blivit utsatta för VNR, uttryckte att de befann sig i chock och var emotionellt påverkade av vad de just varit med om och att det därför var en stor påfrestning att behöva sitta i ett rum fullt av medpatienter (Olive, 2016). De upplevde väntan som plågsam och de upplevde sig bli "uppvisade" inför de andra patienterna vilket fick dem att känna sig sårbara och utlämnade, istället önskade de bli sedda, hörda och att hjälpen skulle komma skyndsamt då dem bara ville bort därifrån. Skyndsamt hjälp var extra viktigt när kvinnorna väl samlat mod att avslöja våld då modet inte höll i sig länge (Dienemann et al., 2005). Flera av kvinnorna beskrev även att de hade svårt att samla sig och koncentrera sig, vilket gjorde det svårt att svara på personalens frågor. De upplevde vårdpersonalen som påstridiga, kvinnorna hade svårt att förstå vissa frågor och upplevde att de inte fick tillräckligt med tid att besvara dem. Vissa av kvinnorna menade att det inte var mötets längd som var det väsentliga utan snarare att vårdpersonalen prioriterade mötet med kvinnorna samt gav intrycket av att kvinnan var värd att lyssna till (Wallin Lundell et al., 2017; Battaglia et al., 2003; Bradbury-Jones et al., 2011; Lundell et al., 2017; Larsen et al.,

2014; Dienemann et al., 2005). Kvinnorna upplevde att deras privatliv inte hölls privat vilket fick kvinnorna att känna sig otrygga och önskade att vårdpersonalen tagit mer hänsyn till kvinnornas privatliv genom att skapa möjligheter för kvinnorna att avslöja våldet de utsatts för, till exempel genom att träffa dem enskilt (Dienemann et al., 2005; Olive, 2016) och utan att förvänta sig ett våldsavslöjande (Liebschutz et al., 2008; Pratt et al., 2014).

Kvinnorna uttryckte vikten av att få möjlighet till att bygga en relation till vårdpersonalen och ha tillgång till "samma" vårdpersonal för att underlätta ett eventuellt våldsavslöjande (Bradbury-Jones et al., 2011). I mötet med vårdpersonalen önskade en del av kvinnorna att bli frågade rakt ut om det blivit utsatta för våld medan vissa kvinnor önskade att vårdpersonalen pratade öppet och informativt om våld och dess olika yttringar (Garnweidner-Holme et al., 2017; Lutz, 2005; Liebschutz et al., 2008; Pratt et al., 2014). När kvinnorna behövde berätta om våldet om och om igen för olika personer blev det som att återuppleva våldet vilket skapade frustration och apati hos kvinnorna, något som upplevdes negativt för vårdrelationen (Bradbury-Jones et al., 2011). Inom prenatal vård önskade kvinnor att få möjlighet att kunna tala med vårdpersonal enskilt och dem föreslog även att detta skulle ingå i arbetsplatsens riktlinjer (Garnweidner-Holme et al., 2017).

Tillgänglig och synlig information i väntrummet, toaletten eller på annan lättillgänglig plats gällande hur man tar sig ur en våldsutsatt relation, kontaktinformation till skyddat boende i form utav en plansch eller visitkort, uppskattades av många kvinnor även då informationsmaterialet av olika anledningar inte kunde tas med hem (Garnweidner-Holme et al., 2017). En del kvinnor med utländsk bakgrund upplevde språket som en barriär för våldsavslöjande och saknade kunskap kring sina lagliga rättigheter och förstod inte alltid att våldet deras partners utsatte dem för var olagligt (Garnweidner-Holme et al., 2017). Behovet av information kring mänskliga och lagliga rättigheter fanns även hos en del av kvinnorna födda i vårdlandet. Information ansågs extra viktigt av en kvinna som inte ansåg sig vara våldsutsatt eftersom våldet blivit en naturlig del av vardagen (Dienemann et al., 2005). Lång väntetid i ett väntrum med andra patienter där kvinnorna tvingas sitta med sina skador öppet upplevdes av flera kvinnor som både utmanande och påfrestande då de upplevde att de var uttittade och dömda av medpatienterna vilket ökade deras känsla av sårbarhet och skam hos kvinnorna (Olive., 2016).

Kvinnorna upplevde att det var enkelt att få tillgång till medicinsk vård för de fysiska skadorna men desto svårare att få tillgång till psykisk hjälp i ett tidigt skede vilket fick kvinnorna att känna sig utelämnade och sårbara (Larsen et al., 2014). Nästintill alla kvinnor upplevde glapp mellan sjukvården och andra instanser (Larsen et al., 2014). Detta försvårade

för kvinnorna att söka hjälp vilket ökade deras lidande och känsla av sårbarhet. Istället önskade de få mer hjälp att organisera stödinsatser samt att kommunicera med olika instanser (Battaglia et al, 2003; Bradbury-Jones et al., 2011; Dienemann et al, 2005). Utsattheten och sårbarheten kvinnorna upplevde uppgavs vara anledning till att förneka våldsutsatthet och var ett försök att skydda sig själva (Dienemann et al, 2005).

Diskussion

Metoddiskussion

Författarna började litteraturöversikten med att utforma en projektplan. Litteraturöversiktens valda ämne ligger bägge författarna varmt om hjärtat och det var därför viktigt att utforma ett förhållningssätt som främjade god forskningsetik (Kjellström, 2012). Författarna har fortlöpande under arbetets gång haft ett kritiskt förhållningssätt kring hur deras förförståelse kan ha påverkat resultatet och anser att det varit till stor hjälp att använda sig av högskolans handledare och litteratur för att diskutera och kritiskt värdera resultatet. Efter den inledande informationssökningen förstod författarna snabbt att hjälp från högskolans bibliotekarie var nödvändig. Bibliotekarierna besitter stor kunskap kring den här typen av informationssökning (Östlundh, 2018) och författarna ansåg att det var ett viktigt steg för att få tillförlitliga och relevanta sökträffar. Till en början valde författarna två databaser, Cinahl och Medline. Söksträngarna gav bra antal träffar som tydligt svarade på arbetets syfte. När titeln lästs och författarna skulle läsa abstractet upptäcktes att flera intressanta artiklar var låsta och därför inkluderades ytterligare en databas, Pubmed, där ytterligare sökning utfördes. Denna datainsamling gjorde författarna enskilt, för att sedan gemensamt gå igenom utvalda artiklar och tillsammans välja ut vilka artiklar som skulle ingå i litteraturöversiktens resultatdel. Detta steg upplevdes av författarna som kvalitetssäkrande då varje artikel noga valdes ut efter diskussion författarna emellan. Efter sökning i den tredje databasen hade genomförts behövde författarna ändå fler artiklar och alternativa sökord provades i de valda databaserna, vilka står redovisade i bilaga 1. Genom att inkludera flera databaser blir utfallet av artiklar bredare vilket var en fördel när det kom till att välja ut de mest relevanta artiklarna till arbetets syfte (Östlundh, 2018).

Under planeringen av denna litteraturöversikt fördes många diskussioner kring angränsningar som var nödvändiga för att resultatet skulle bli så rättvisande som möjligt. Kjellström (2012) betonar att urvalet ska gynnas av forskningsresultaten. Utgångspunkten för detta är att urvalet av deltagare ska vara rättvist. Hon beskriver rättvisa som att *bördorna ska*

fördelas så att människor som redan är utsatta av olika skäl inte ska behöva utsättas för ytterligare risker. Att exkludera sårbara grupper kan leda till att vården inte anpassas till dessa kvinnors behov. Med grund i det resonemanget beslutade författarna att inkludera artiklar som skildrade gravida kvinnors upplevelse av bemötande från hälso- och sjukvården. Dessa kvinnor utgör en extra sårbar grupp, där graviditet både kan fungera som en trigger som utlöser våld i nära relation och som en riskfaktor för upptrappning av redan befintligt våld och sannolikheten är stor att allmänsjuksköterskan i sitt arbete kommer i kontakt med våldsutsatta gravida kvinnor. Genom att inkludera dessa blev resultatet i denna litteraturöversikt mer nyanserat, vilket författarna ansåg viktigt. Författarna valde att exkludera försummelse i våldsbegreppet i denna litteraturöversikt. Kvinnor som utsätts för försummelse har många fall någon form av fysisk eller psykisk funktionsnedsättning och har i större utsträckning behov av hjälp från andra att klara den dagliga livsföringen. Författarna resonerade kring detta och ansåg att denna exkludering kändes relevant med argumentet att tidsplanen för arbetet inte hade räckt för att på ett rättvist sätt redogöra för dessa kvinnors upplevelser och behov av vården. Att inkludera grupper, särskilt extra sårbara grupper som inte direkt gynnas av forskningsresultatet är inte förenligt med forskningsetik (Kjellström, 2012). I övrigt exkluderades kvinnor under 19 år. Initialt sattes den nedre åldersgränsen till 18 år, 19 år fanns dock som förhandsval i de olika valda databaserna, författarna resonerade kring detta och kom fram till att det inte påverkade trovärdigheten av litteraturöversiktens resultat på ett avgörande sätt. I det inkluderade artiklarna var den högsta åldern 56, vilket betyder att kvinnor över den åldern inte representerades i resultatet, vilket var ogynnsamt för arbetet.

Dagens samhällen består i stor utsträckning av flera olika etniciteter och kulturer, något denna litteraturstudie försökte ta hänsyn till genom att inte ha någon geografisk avgränsning i urvalet, författarna valde ut de artiklar som var applicerbara för sjukvården i Sverige, vilket inkluderar mångkulturella erfarenheter av bemötandet i vården. Författarna valde initialt att endast inkludera sjuksköterskeprofessionen eftersom detta är ett arbete inom omvårdnadsvetenskap, detta ändrades sedan till att inkludera olika vårdprofessioner, då kvinnornas upplevelser speglade olika professioner inom hälso- och sjukvården. Trots detta anser författarna att resultatet i denna litteraturöversikt är högst relevant och direkt går att applicera på sjuksköterskans profession.

Resultatdiskussion

Resultatet från denna litteraturöversikt kommer diskuteras utifrån både Watsons omvårdnadsteori för mänsklig omsorg samt annan litteratur.

Förhållningssättet hos vårdpersonal

Resultatet i denna litteraturöversikt visade det komplexa i att vara en våldsutsatt kvinna som söker vård. Kvinnorna beskrev hur de ständigt befann sig i en *process* där de pendlade mellan att avslöja våld och försöka dölja det, och kvinnorna gjorde löpande avvägningar beträffande vinster/förluster av ett potentiellt våldsavslöjande. Ofta var kvinnorna ovilliga att avslöja våld innan de fått en uppfattning av vårdpersonalens inställning till dem.

Genom att försöka förstå sambandet mellan våldsutsatta kvinnornas tidigare upplevelser av vården och hur detta påverkar kvinnornas vilja att söka och medverka i framtida vård kan vårdpersonalen också lättare hantera sina egna känslor.

Upplevelsen av att bli sedd som ett objekt där de fysiska skadorna stod i fokus fick kvinnorna att känna sig oviktiga och som en belastning för vårdpersonalen. När vårdpersonalen istället gav kvinnorna sin tid och visade ett genuint intresse för att lyssna till och tro på kvinnornas berättelser lindrade det deras upplevelser av skuld- och skamkänslor. Valencia Garcia, Rao, Strick och Simoni (2016) beskriver hur kvinnor diagnosticerade med HIV upplevde stigmatisering från vårdpersonal. Vårdpersonalen respekterade inte kvinnornas integritet och bemötte dem respektlöst, vilket ledde till att deras förhållningssätt ökade kvinnornas upplevelse av skam och skuld. I Lindgrens (2004) studie undersöktes hur självskadande kvinnor upplevde den vård de mottagit och hur de önskat att den utformats. Där fann man att kvinnorna upplevde det viktigt att vårdpersonalen såg dem som mänskliga och unika. Detta uppstod när vårdpersonalen hade modet att se, tala om och utforska kring kvinnornas situation och skänkte hoppfullhet och empowerment till kvinnorna utan att döma kvinnorna. Vårdpersonal upplever det obekvämt och svårt att prata om våld, bland annat på grund utav avsaknad av tid, svårighet att fråga kring våld, fördomar kring dessa kvinnor och deras val samt hur kvinnornas berättelser ska påverka vårdaren själv. Även avsaknad av kompetens kring hur våld i nära relationer kan påverka dessa kvinnor och deras hjälpsökande beteenden förhindrar vårdaren att genomföra ett bra arbete.

Hinsliff-Smith och McGarry (2017) visar i sin studie att i de fall vårdpersonal känner sig otrygga eller osäkra kring sina egna känslor och upplevelser av VNR påverkar det vården negativt, de menar att detta pekar på att det finns behov för ett bättre supportsystem för att vårdpersonal ska få möjlighet att bearbeta och reflektera kring dessa patientmöten.

Watsons omvårdnadsteori tar fasta på sjuksköterskans hållning och lägger vikt vid att sjuksköterskan visar omsorg om sig själv som en förutsättning för att kunna visa omsorg mot andra. En sjuksköterska som är overseende och välvilligt inställd dömer varken sig själv eller

andra. Genom att få inblick i sina egna uppfattningar och hur dessa påverkar sjuksköterskan kan hon utveckla en särskild medvetenhet om sig själv som är nödvändig för att kunna möta patienten och uppmärksamma dennes behov och känslor. Känslor är oundvikliga i vården, de kommer och går och kan både avskräcka och motivera en person till handling i en viss situation. Att däremot ge utrymme för dessa känslor är viktigt och kan fungera som ett verktyg för att skapa en livgivande transpersonell relation till patienten (Wiklund & Gustin, 2012).

Författarnas tolkning är att våldsutsatta kvinnor är sårbara på många sätt i mötet med vården och är därför beroende av vårdpersonalens förmåga att uppmärksamma henne. Om en livgivande vårdrelation kan etableras mellan henne och vårdpersonal kan hon bjudas in i en gemenskap där hon får utrymme att utforska sina känslor och uppfattningar kring sig själv i samvaro med vårdpersonalen, något som skulle kunna lindra hennes lidande och leda till att hon utvecklar en ökad omsorg till sig själv. Det ter sig dock vara svårt för vårdpersonalen att finna tid till att utveckla denna självmedvetenhet som krävs för att kunna utveckla det Watson beskriver som en medveten intentionalitet, vilket skulle kunna förklara obehaget vårdpersonalen beskriver inför mötena med dessa kvinnor (Wiklund & Gustin, 2014). Utöver detta föreligger det, i författarnas mening, en kompetensbrist hos vårdpersonal kring de processer som våldsutsatta kvinnor genomgår och som kan förklara fenomen som att hon flertalet gånger återvänder till den man som slår henne, vilket resulterar i att kvinnorna utsätts för ett ökat lidande. Enligt Watson är den livgivande relationen nödvändig för att vårdpersonal ska kunna uppfatta patientens behov och den främjar också för patienten att vara delaktig i vården.

Barriärer för god vård

I denna litteraturoversikt framkom flera faktorer som påverkade kvinnornas upplevelse av bemötandet de fått och dessa verkade som barriärer mot god vård. I den fysiska vårdmiljön beskrev vårdpersonal faktorer såsom tidsbrist och tung arbetsbörda. Reisenhofer och Seibold (2012) beskriver att dessa faktorer även beskrivs som barriärer hos vårdpersonalen och resulterar i att vårdpersonalen inte frågar om våld då de anser att det inte finns rätt förutsättningar för att agera vid ett eventuellt våldsavslöjande. Tiden beskrevs även av kvinnorna vara en viktig faktor, med förtydligandet att det inte bara handlade om kvantiteten tid i mötet utan snarare om hur deras situation upplevdes viktig av vårdpersonalen. Kvinnorna uppgav att de tydligt märkte om vårdpersonalen tar sig tid och är intresserade av deras berättelse och att de upplever sig sårbara och kränkta när vårdpersonalen bemöter dem på ett

respektlöst sätt. Författarna menar att denna sekundära viktimisering leder till ökat lidande för kvinnorna och försvårar uppbrott, genom att det hjälper till att ytterligare internalisera våldet i kvinnan. De negativa upplevelserna resulterade i att kvinnorna i så stor utsträckning som möjligt undvek att söka vård igen, vilket verkade som en barriär för våldsavslöjande. Detta framgår även i Valencia Garcia et al (2016) studie där kvinnor berättar att dom hellre dör än söker vård efter de upplevt sig blivit kränkta av vårdpersonalen. Kränkningen kändes än värre när den kom från vårdpersonal *som borde veta bättre*.

Författarna anser att normaliserings- och uppbrottsprocessen utgör stora barriärer för god vård och att det ställer krav på vårdpersonalens kompetens. Våldsutsatta kvinnor lever ofta isolerade, i en tillvaro där den våldsutövande mannen är den enda preferenspunkten kvinnan har att relatera till (Enander, 2009). Att bli sedd och bekräftad är därför av signifikant betydelse för att lindra kvinnans lidande. Därför anser författarna att vårdpersonalen både individuellt och genom åtgärder riktade till vårdverksamheten aktivt bör skapa förutsättningar för att främja våldsavslöjande hos kvinnorna då konsekvenserna annars blir att många kvinnor lider i det tysta. Samtalet spelar en central roll och blir den enskilt viktigaste omvårdnadsåtgärden för att lindra den själsliga smärtan kvinnan känner och genom samtalet läggs grunden till en tillitsfull vårdrelation. Watson (Wiklund & Gustin, 2012) beskriver samtalet som ett sätt att få syn på sig själv och sin plats i världen, där vårdpersonalen med sin kompetens kan hjälpa kvinnorna att förstå sin situation men även finna kraft att ändra det som kvinnan är missnöjd med. Samtalet och mötet med vårdpersonalen skapar ett rum för kvinnan där hon är fri att sörja, läka och helas i sin egen takt. Det transpersonella mötet beskrivs av Watson som ett möte som berör kvinnan likväl som vårdpersonalen men där vårdpersonalen har ett större ansvar för hur hen reagerar och vilken påverkan det har på kvinnans utveckling.

Åkesson et al., (2018) menar att olika samhällsliga och individuella strukturer möjliggör mäns våld mot kvinnor. Strukturerna utgår från olika normer och normerna utesluter och stigmatiserar, vilket i sin tur normaliserar över- och underordningar i samhället. Dessa normer lägger grunden för uppbyggnad och utformning av våra institutioner, lagstiftningar och samhällsuppbyggnad vilket och påverkar därmed utformandet av vården.

I resultatet beskrev kvinnorna att det var lätt att få medicinsk hjälp mot fysiska skador och medicinsk behandling av symtom, kvinnorna önskade dock mer fokus på det psykiska lidandet våldet skapade och tyckte att samtalet och vårdpersonalens närvaro var viktig då kvinnorna ofta kände sig ensamma i sin våldsutsatthet. Kvinnorna ansåg att vårdpersonalen borde *förstå och känna på sig* att något inte stämde med kvinnorna och de blev frustrerade när vårdpersonalen inte uppmärksammade våldsutsattheten trots kvinnornas nekande. När

kvinnorna istället blev lyssnade till, där deras tankar, säkerhet och önskemål sattes i första rummet kände kvinnorna större kontroll och empowerment vilket ledde till större delaktighet i vården.

Watson (Wiklund & Gustin, 2012) beskriver hur vårdpersonalen ska *vårda med hjärtat*. Detta innebär att vårdpersonalen ska använda alla sina sinnen i mötet med patienten och på så sätt kan vårdpersonalens kliniska blick och intuition upptäcka saker som inte sägs direkt av patienten, man ser bakom orden och *läser mellan raderna*. Vårdandet ska syfta till att bevara kvinnans integritet och utgå ifrån respekt. När vårdpersonalen vårdar med hjärtat leder det till hon handlar intentionellt, vårdpersonalen har då med sig att kvinnan är expert på sin situation och vårdpersonalens uppgift blir att bidra med sin kompetens för att på så sätt främja hälsa hos kvinnan, vilket görs genom att vården utformas efter kvinnans behov och önskemål och inte utifrån vad som blir *enklast* för vårdpersonalen och verksamheten.

Författarnas tolkning av detta är att vårdpersonalen kan utöva stor makt i mötet med den våldsutsatta kvinnan men att detta kan förhindras genom att vårdpersonalen funderar över vilka motiv som styr i utformandet av vården. Kvinnorna uttryckte stora önskemål om att vårdpersonalen skulle upptäcka våldsutsatthet trots nekande, vilket författarna menar torde kunde vara möjligt om vårdpersonalen använder sig av olika kunskapskällor i mötet med kvinnorna men även om de anstränger sig för att vårda med kvinnornas bästa för ögonen. Detta lindrade kvinnornas lidande och visade även att det finns utrymme och anledning för vårdpersonalen att stå på sig och våga stå med kvinnorna genom att fråga efter våldsutsatthet flera gånger så länge detta görs med respekt för kvinnans integritet.

Graviditet fungerar både som en riskfaktor och en barriär för god vård och författarna anser det vara mycket viktigt att vårdpersonalen som vårdar gravida kvinnor som misstänks vara, eller är utsatta för VNR, förstår att dessa kvinnor är väldigt utsatta. Resultatet visade att en stor del av de medverkande gravida kvinnorna inte övervägde att lämna den våldsutövande partnern under graviditeten. Det är problematiskt då graviditeten i sig utgör en stor risk för att våld introduceras eller trappas upp. I dessa fall ställs extra höga krav på vårdpersonalens förmåga att använda sig själv som ett instrument för god vård men även genom att skapa bra samverkan med andra instanser för att förhindra dessa kvinnor från att stå utan hjälp. Trots att kvinnorna i liten utsträckning lämnar sin våldsutövande partner under graviditeten finns goda möjligheter att lägga grund för en vårdande relation vilket kan underlätta ett framtida uppbrott. Watson (Wiklund & Gustin, 2012) beskriver det som att människan blir inbjuden till ett helgat rum där hon får fristad att helas som person, en trygg omsorgsrelation kan också

verka på ett sådant sätt att kvinnan i samvaro med vårdpersonalen utvecklar en större egenomsorg.

I resultatet framkom att alla kvinnor inte vet att de blivit utsatta för våld av sin partner, anledningarna till detta uppgavs vara språkförbristningar, kulturella skillnader samt okunskap kring våldets olika yttringsformer.

Många av kvinnorna beskrev att de upplevde det svårt att själva söka hjälp för att komma bort från den våldsutövande partnern. De beskrev hur vårdpersonalen många gånger inte kunde hänvisa de vidare eller lämna kontaktuppgifter till kvinnojourer och liknande. När samverkan mellan organisationer och myndigheter inte fungerade upplevde kvinnorna stagnation, ensamhet och rädsla inför framtiden. De hade en förhoppning att våldet skulle få ett slut i och med ett våldsavslöjande, vilket sällan skedde och det lämnade kvinnorna med känslor av hopplöshet.

Istanbulkonventionen (Europarådet, 2011) fastslår att våldsutsatta kvinnor ska få tillgång till tjänster som underlättar deras återhämtning och omfattar tjänster som psykologisk rådgivning såväl som ekonomiskt bistånd med flera. Kvinnorna ska även ha tillgång till en hälso- och sjukvård samt socialtjänst som kan hänvisa dem till dessa lämpliga tjänster. Konventionen fäster även vikt vid kompetensutveckling hos både de våldsutsatta kvinnorna likväl som samverkansutbildning för vårdpersonal.

Författarna är av uppfattningen att kompetensutveckling hos vårdpersonalen skulle kunna förhindra dessa negativa känslor hos kvinnorna vilket i förlängningen skulle kunna minska deras lidande. Kunskapen behöver dock vara varierad och kan inte endast innefatta medicinsk- och omvårdnads kunskap utan behövs kompletteras med kunskap från andra kunskapsområden för att kunna se till hela kvinnan och hennes unika situation. Här fyller samverkan en viktig funktion och kan främja personcentrerade insatser till kvinnan och eventuella barn, något som även nämns av kvinnorna själva. Kunskapen fyller även en viktig funktion för vårdpersonalen som i sitt yrke vårdar våldsutsatta kvinnor. Resultatet i denna litteraturöversikt visar att vårdpersonalen i stor utsträckning känner en stor osäkerhet i hur de ska agera i dessa situationer vilket orsakar ökat lidande hos kvinnorna.

Kliniska implikationer

Denna litteraturöversikt visar på vikten av att våga fråga efter våld i nära relation bland kvinnliga patienter. Den visar också att det är viktigt att våga fråga vid flera tillfällen och att det är viktigt hur vårdpersonalen frågar. Abuse Assessment Scale är ett screeningverktyg som kan användas för att ställa frågor kring våldsutsatthet. Genom att skapa rätt förutsättningar för att screena för VNR underlättar man för kvinnorna att avslöja eventuell våldsutsatthet. Många gånger är kvinnorna återkommande patienter till sjukvården och chansen är därför stor att vårdpersonal kommer i kontakt med kvinnor utsatta för VNR oavsett vilken verksamhet man arbetar i. I de olika regionala vårdprogrammen finns handfasta tips för tillvägagångssätt vid omhändertagandet av kvinnor utsatta för VNR. Frågor kring våld ska alltid ställas i enskildhet och fokus bör ligga på att bekräfta kvinnans berättelse samt minska skuld- och skamkänslor. Vid behov kan kvinnofridslinjen kontaktas för att få hjälp kring hur ett enskilt ärende bäst ska hanteras.

För att förbättra vården för dessa kvinnor krävs kompetensutveckling hos personalen, både kring bemötandet gentemot kvinnorna men även inom samverkansarbete för att på så sätt effektivisera vården och minska kvinnornas lidande. Detta skulle leda till färre och kortare vårdtillfällen men skulle även minska de stora kostnaderna för samhället. Genom att hänvisa till väsentliga instanser, myndigheter och organisationer samt bistå i kontakten mellan dessa och kvinnan främjas god vård.

Förslag till fortsatt forskning

Under datainsamlingen till denna litteraturöversikt framkom att äldre kvinnor, 60 år och uppåt, inte förekom i de flesta artiklar som var tillgängliga för författarna. Detta speglas i åldersspannet i denna litteraturstudie. Författarna är av uppfattningen att det skulle vara värdefullt att inkludera äldre kvinnor för att ta del av deras upplevelser.

Författarna anser att fördjupad forskning kring vad kvinnorna upplever som gott bemötande och vilka situationer som främjar ett våldsavslöjande skulle vara gynnsamt inte bara för kvinnorna men även för vårdpersonalen och de olika vårdverksamheterna för att kunna effektivisera vården kring denna patientgrupp.

Dagens mångkulturella samhällen ställer höga krav på vårdpersonalen, denna litteraturöversikt visade att kvinnor med utländsk härkomst upplevde sig extra utsatta. Författarna tror att forskning inriktad på kvinnor med utländsk härkomst och deras syn på våld och upplevelser av gott bemötande och god vård skulle generera viktig kunskap som kan vara värdefull för vårdpersonal för att underlätta personcentrerad vård.

Slutsats

Vårdpersonalens handlande i mötet med kvinnorna handlar inte endast om vad vårdpersonalen gör utan även om hur de gör. Kvinnorna befinner sig ständigt i en process där de pendlar mellan ett att avslöja våld eller hemlighålla det och detta påverkades av vårdpersonalens bemötande. Det verkar dock föreligga kompetensbrist hos vårdpersonalen kring hur omhändertagande av en våldsutsatt kvinna bör utformas vilket ökar lidandet hos kvinnorna och förhindrar ett våldsavslöjande.

Referensförteckning

* = Resultatartiklar

Aretakis D. (2008). Femicide: what were the risk factors? *Nursing for Women's Health*, 12(2), 146–150.

*Battaglia, T. A., Finley, E., & Liebschutz, J. M. (2003). Survivors of intimate partner violence speak out: trust in the patient-provider relationship. *Journal of General Internal Medicine*, 18(8), 617–623.

Berglund, A., & Witkowski, Å. (2019). Vårdens ansvar. I Heimer, G., Björck, A., Albért, U., & Haraldsdotter, Y. (Red.). I *Våldsutsatta kvinnor: samhällets ansvar*. (s. 165–198). (Fjärde upplagan). Lund: 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 ask) about partner violence: a qualitative analysis. *BMC Public Health*, doi:[10.26633/RPSP.2018.39](https://doi.org/10.26633/RPSP.2018.39)

Björck, A. (2019). Samverkan. I Heimer, G., Björck, A., Albért, U., & Haraldsdotter, Y. (Red.). I *Våldsutsatta kvinnor: samhällets ansvar*. (s 153–164). (Fjärde upplagan). Lund: Studentlitteratur.

* Bradbury-Jones, C., Duncan, F., Kroll, T., Moy, M., & Taylor, J. (2011). Improving the health care of women living with domestic abuse. *Nursing Standard*, 25(43), 35–40.

Butchart, A., Garcia-Moreno, C., & Mikton, Christopher. (2010). Preventing intimate partner violence and sexual violence against women: taking action and generation evidence (2010) Belgien: World Health Organization. Från https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/44350/9789241564007_eng.pdf?sequence=1

* Dienemann, J., Glass, N., & Hyman, R. (2005). Survivor preferences for response to IPV disclosure. *Clinical Nursing Research*, 14(3), 215–233.

Dudgeon, A., & Evanson, T. (2014). Intimate Partner Violence in Rural U.S. Areas: What Every Nurse Should Know. *The American Journal of Nursing*, 114(5), 26-35, doi: 10.1097/01.NAJ.0000446771.02202.35

Edin, K., Dahlgren, L., Lalos, A. & Högberg, U. (2010). "Keeping up a front": Narratives about intimate partner violence, pregnancy and antenatal care. *Violence against women*. Volym (16). 189–206. doi:10 1177/1077801209355703

Europarådet. (2011). Europarådet konvention om förebyggande och bekämpning av våld mot kvinnor och av våld i hemmet. Istanbul: Europarådet. Från [https://rm.coe.int/CoERMPublicCommonSearchServices/DisplayDCTMContent?documentId=0900001680462544#_utma=1.201413514.1475156682.1479206797.1479212551.101&_utmb=1.82.10.1479212551&_utmc=1&_utmx=-&_utmz=1.1478773862.87.11.utmcsr=google|utmccn=\(organic\)|utmcmd=organic|utmctr=\(not%20provided\)&_utmv=-&_utmk=3435696](https://rm.coe.int/CoERMPublicCommonSearchServices/DisplayDCTMContent?documentId=0900001680462544#_utma=1.201413514.1475156682.1479206797.1479212551.101&_utmb=1.82.10.1479212551&_utmc=1&_utmx=-&_utmz=1.1478773862.87.11.utmcsr=google|utmccn=(organic)|utmcmd=organic|utmctr=(not%20provided)&_utmv=-&_utmk=3435696)

Enander, Viveka (2009). *Att stanna och att gå: Forskning kring misshandelsprocessen och misshandlade kvinnors uppbrottsprocess. Genväg till forskning*. Göteborg: Västra Götalandsregionens kompetenscentrum om våld i nära relationer. Hämtad 26/9–20: <https://alfresco.vgregion.se/alfresco/service/vgr/storage/node/content/workspace/SpaceStore/be3da3ff-5966-45ad-8c64-e05e3321db7f/GTF1.pdf?a=false&guest=true>

Enqvist, B. (2019). Utlämnad, liten och sårbar. (2019) I Fossum, B. (Red.), *Kommunikation: samtal och bemötande i vården*. (s 113–122). (Tredje upplagan). Lund: Studentlitteratur.

Finnbogadóttir, H. & Dykes, A-K. (2016). Increasing prevalence and incidence of domestic violence during the pregnancy and one and a half year postpartum, as well as risk factors: - a longitudinal cohort study in southern Sweden. *BMC pregnancy and childbirth*. Volume (16). 327–339. <https://doi.org/10.1186/s12884-016-1122-6>

- Fossum, B. (2019). Kommunikation och bemötande. (2019) I Fossum, B. (Red.), *Kommunikation: samtal och bemötande i vården*. (s 27–76). (Tredje upplagan). Lund: Studentlitteratur.
- Friberg, F. (2017). Att bidra till en evidensbaserad omvårdnad med grund i analys av kvalitativ forskning. I F. Friberg (Red.), *Dags för uppsats: vägledning för litteraturbaserade examensarbeten* (s. 129–138). Lund: Studentlitteratur.
- Friberg, F. (2017). Tankeprocessen under examensarbetet. I F. Friberg (Red.), *Dags för uppsats: vägledning för litteraturbaserade examensarbeten* (s. 37–48). Lund: Studentlitteratur.
- * Garnweidner-Holme, L. M., Lukasse, M., Solheim, M., & Henriksen, L. (2017). Talking about intimate partner violence in multi-cultural antenatal care: a qualitative study of pregnant women's advice for better communication in South-East Norway. *BMC Pregnancy & Childbirth*, 17, 1–10. <https://doi.org/10.1186/s12884-017-1308-6>
- 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>
- Johnsson – Latham, G. (2019) Mäns våld mot kvinnor i ett globalt perspektiv. I Heimer, G., Björck, A., Albért, U., & Haraldsdotter, Y. (Red.). I *Våldsutsatta kvinnor: samhällets ansvar*. (s 21–56). (Fjärde upplagan). Lund: Studentlitteratur.
- Kjellström, S. (2012) Forskningsetik. (s 69–94) I Henricson, M. (Red.). *Vetenskaplig teori och metod: från idé till examination inom omvårdnad*. (1. uppl.) Lund: Studentlitteratur.
- Kramer, A., Nosbusch, J. M., & Rice, J. (2012). Safe mom, safe baby: a collaborative model of care for pregnant women experiencing intimate partner violence. *Journal of Perinatal & Neonatal Nursing*, 26(4), 307–318. <https://doi-org.esh.idm.oclc.org/10.1097/JPN.0b013e31824356dd>

- *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), 359–379. <https://doi.org/10.1080/07399332.2012.738264>
- *Liebschutz J, Battaglia T, Finley E, & Averbuch T. (2008). Disclosing intimate partner violence to health care clinicians - what a difference the setting makes: a qualitative study. *BMC Public Health*, 8(1), 229.
- Lindgren, B.-M., Wilstrand, C., Glue, F., & Olofsson, B. (2004). Struggling for hopefulness: a qualitative study of Swedish women who self-harm. *Journal of Psychiatric & Mental Health Nursing (Wiley-Blackwell)*, 11(3), 284–291. <https://doi-org.esh.idm.oclc.org/10.1111/j.1365-2850.2004.00712.x>
- *Lutz KF. (2005). Abused pregnant women's interactions with health care providers during the childbearing year. *JOGNN: Journal of Obstetric, Gynaecologic & Neonatal Nursing*, 34(2), 151–162. <https://doi.org/10.1177/0884217505274580>
- Nilsson, L. (2002). *Våld mot kvinnor i nära relationer* (Rapport2002:14). Stockholm: Brottsförebyggande rådet. Från https://bra.se/download/18.cba82f7130f475a2f1800018124/1371914731350/2002_14_vald_mot_kvinnor_i_nara_relationer.pdf
- 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). (Fjärde upplagan). Lund: Studentlitteratur.
- Nyame, S., Howard, L.M., Feder, G. & Trevillion, K. (2013). A survey of mental health professional's knowledge, attitudes and preparedness to respond to domestic violence. *Journal of mental health*, 22, 536-543. doi: 10.3109/09638237.2013.841871
- *Olive, P. (2017). First contact: acute stress reactions and experiences of emergency department consultations following an incident of intimate partner violence. *Journal of*

Clinical Nursing (John Wiley & Sons, Inc.), 26(15–16), 2317–2327.

<https://doi.org/10.1111/jocn.13311>

Reisenhofer, S. & Seibold, C. (2012). Emergency healthcare experiences of women living with intimate partner violence. *Journal of Clinical Nursing*, 22, 2253–2263. doi: 10.1111/j.1365-2702.2012.04311.x.

Region. (2019). Regionalt vårdprogram - *Våld I nära relationer*. Från

<https://vardgivarguiden.se/globalassets/kunskapsstod/vardprogram/vald-i-nara-relationer-190314.pdf?IsPdf=true>

ROKS, riksorganisation för kvinnojourer och tjejjourer i Sverige. (2019). Från

<https://www.roks.se/har-finns-kunskap/normaliseringsprocessen>

Paterno, M T., & Draughon, J E. (2016). Screening for Intimate Partner Violence. *American College of Nurse-Midwives*, 61(3), 370-375, doi: 10.1111/jmwh.12443

*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, 1–7. <https://doi.org/10.3402/qhw.v9.23166>

Puri, L. (2016,21 september). The economic costs of violence against women. UN Women.

Hämtad från <https://www.unwomen.org/en/news/stories/2016/9/speech-by-lakshmi-puri-on-economic-costs-of-violence-against-women>

SFS 2017:30. Hälso- och sjukvårdslag. Hämtad 10 oktober, 2020, från Riksdagen.

https://www.riksdagen.se/sv/dokument-lagar/dokument/svensk-forfattningssamling/halso--och-sjukvardslag_sfs-2017-30

SFS 2001:453. Socialtjänstlagen. Hämtad 10 oktober, 2020, från Riksdagen,

https://www.riksdagen.se/sv/dokument-lagar/dokument/svensk-forfattningssamling/socialtjanstlag-2001453_sfs-2001-453

SFS 1984:387. Polislag. Hämtad 10 oktober, 2020, från Riksdagen,

https://riksdagen.se/sv/dokument-lagar/dokument/svensk-forfattningssamling/polislag-1984387_sfs-1984-387

SFS 1986:223. Förvaltningslag. Hämtad 10 oktober, 2020, från Riksdagen,

https://www.riksdagen.se/sv/dokument-lagar/dokument/svensk-forfattningssamling/forvaltningslag-1986223_sfs-1986-223

SOSFS 2014:4. *Socialstyrelsens föreskrifter om allmänna råd om våld i nära relationer.*

Stockholm: Socialstyrelsen. Från <https://www.socialstyrelsen.se/regler-och-riktlinjer/foreskrifter-och-allmanna-rad/konsoliderade-foreskrifter/20144-om-vald-i-nara-relationer/>

Socialstyrelsen. (2016). *Vårdhandbok om socialtjänsten och hälso- och sjukvårdens arbete med våld i nära relationer.* Stockholm: Socialstyrelsen. Från

[https://www.socialstyrelsen.se/globalassets/sharepoint-dokument/artikelkatalog/handbocker/2016-6-37.pdf#_utma=1.772794884.1582191461.1582191461.1582191461.1&_utmb=1.3.1.0.1582191461&_utmc=1&_utmx=-&_utmz=1.1582191461.1.1.utmcsr=se.search.yahoo.com|utmccn=\(referral\)|utmcmd=referral|utmctt=/&_utmv=-&_utmk=198925743](https://www.socialstyrelsen.se/globalassets/sharepoint-dokument/artikelkatalog/handbocker/2016-6-37.pdf#_utma=1.772794884.1582191461.1582191461.1582191461.1&_utmb=1.3.1.0.1582191461&_utmc=1&_utmx=-&_utmz=1.1582191461.1.1.utmcsr=se.search.yahoo.com|utmccn=(referral)|utmcmd=referral|utmctt=/&_utmv=-&_utmk=198925743)

Socialstyrelsen. (2006). *Kostnader för våld mot kvinnor: en samhällsekonomisk analys (Lägesbeskrivning).* Stockholm: Socialstyrelsen. Från

[https://kunskapsbanken.nck.uu.se/nckkb/nck/publik/fil/visa/711/2006-131-34_rev.pdf#_utma=1.2118199612.1571744361.1571744361.1571744361.1&_utmb=1.4.10.1571744361&_utmc=1&_utmx=-&_utmz=1.1571744361.1.1.utmcsr=se.search.yahoo.com|utmccn=\(referral\)|utmcmd=referral|utmctt=/&_utmv=-&_utmk=8104242](https://kunskapsbanken.nck.uu.se/nckkb/nck/publik/fil/visa/711/2006-131-34_rev.pdf#_utma=1.2118199612.1571744361.1571744361.1571744361.1&_utmb=1.4.10.1571744361&_utmc=1&_utmx=-&_utmz=1.1571744361.1.1.utmcsr=se.search.yahoo.com|utmccn=(referral)|utmcmd=referral|utmctt=/&_utmv=-&_utmk=8104242)

Sundborg, E., Törnkvist, L., Saleh-Stattin, N., Wändell, P., & Hylander, I. (2017). To ask, or not to ask: the hesitation process described by district nurses encountering women exposed to intimate partner violence. *Journal of Clinical Nursing (John Wiley & Sons, Inc.)*, 26(15-16), 2256- 2265. <https://doi: 10.1111/jocn.12992>

Taillieu, T.L., Brownridge, D. A., Tyler, K. A., Chan, K.L., Tiwari, A. & Santos, S.C. (2015). Pregnancy and Intimate Partner Violence in Canada: A Comparison of Victims Who Were and Were Not Abused During Pregnancy. *Journal of Family Violence*, Volume (31). 567–579. doi:10.1007/s10896-015-9789-4

van der Wath, A., van Wyk, N., & Janse van Rensburg, E. (2013). Emergency nurses' experiences of caring for survivors of intimate partner violence. *Journal of Advanced Nursing (John Wiley & Sons, Inc.)*, 69(10), 2242-2252. Doi:10.1111/jan.12099

Valencia-Garcia, D., Rao, D., Strick, L., & Simoni, J. M. (2017). Women's experiences with HIV-related stigma from health care providers in Lima, Peru: "I would rather die than go back for care." *Health Care for Women International*, 38(2), 144–158. <https://doi-org.esh.idm.oclc.org/10.1080/07399332.2016.1217863>

Vetenskapsrådet. (2020). Oredlighet i forskning. Hämtad 22 november, 2020, från CODEX, <http://www.codex.vr.se/etik6.shtml>

Vårdgivarguiden. (2019). Regionalt vårdprogram - *Våld i nära relationer*. Stockholm. Från <https://vardgivarguiden.se/globalassets/kunskapsstod/vardprogram/vald-i-nara-relationer-190314.pdf?IsPdf=true>

*Wallin Lundell, I., Eulau, L., Bjarneby, F., & Westerbotn, M. (2018). Women's experiences with healthcare professionals after suffering from gender-based violence: An interview study. *Journal of Clinical Nursing (John Wiley & Sons, Inc.)*, 27(5–6), 949–957. <https://doi.org/10.1111/jocn.14046>

Watson, J. (1993). *En teori för omvårdnad: omvårdnad och humanvetenskap*. Lund: Studentlitteratur.

Wendt, E. & Enander, V. (2013). *Övergiven eller stöttad? våldsutsatta kvinnors erfarenhet av bemötande inom hälso- och sjukvården*. Göteborg: Västra Götalandsregionens kompetenscentrum om våld i nära relationer.

Wiklund Gustin, L. & Lindwall, L. (2012). *Omvårdnadsteorier i klinisk praxis*. Stockholm: Natur och kultur.

World Health Organization, Pan American Health Organization. (2012). Intimate partner violence: Understanding and addressing violence against women. Hämtad från https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/77432/WHO_RHR_12.36_eng.pdf?sequence=1

Åkesson, E., Darj, F., Malmberg, L. & Ravanbakhsh, N. (2018). *Intersektionella perspektiv på våld i nära relationer*. [Malmö]: Länsstyrelsen i Skåne län.

Östlundh, L. (2017). Informationssökning. I F. Friberg (Red.), *Dags för uppsats: vägledning för litteraturbaserade examensarbeten* (s. 59–82). Lund: Studentlitteratur.

Bilaga 1. Sökmatrix

Databas	Sökord	Antal träffar	Begränsningar	Antal lästa abstrakt	Antal lästa artiklar	Valda artiklar till resultat, se bilaga 2.
MEDLINE	MeSH-termer:” Intimate Partner Violence” OR ”Domestic violence” OR ”Spouse abuse” OR ”Battered women” AND ”Professional-Patient relation” OR ”Nurse-Patient relations” OR ”Physician-Patient relation”	208	Engelska, 2003–2019, Kvinnor, 19+ år.	28 (7st ej tillgängliga)	10	4
CINAHL	Cinahl Subject Headings:” Intimate Partner Violence” OR ”Domestic violence” OR ”Spouse abuse” OR ”Battered women” AND ”Professional-Patient relation” OR ”Nurse-Patient relations” OR ”Physician-Patient relation”	143	Engelska, Peer-reviewed, 2003–2019, Kvinnor, 19+ år.	14 (6st ej tillgängliga)	4	1
PUBMED	MeSH-termer:” Intimate Partner Violence” OR ”Domestic violence” OR ”Spouse abuse” OR ”Battered	288	Engelska, 2003–2019, Kvinnor, 19+ år.	24	7	2

	women” AND ”Professional-Patient relation” OR ”Nurse-Patient relations” OR ”Physician-Patient relation”					
PUBMED	MeSH-termer:” Intimate Partner Violence” OR ”Domestic violence” OR ”Spouse abuse” OR ”Battered women” AND ”Patient-centered care” OR ”Women’s Health Services”	118	Engelska, 2003–2019, Kvinnor, 19+ år.	2	2	2
CINAHL	MeSH – termer: ”battered women” AND ”domestic violence” AND ”patient satisfaction” AND ”self disclosure”	1	Engelska, 2003–2019, Kvinnor, 19+ år.	1	1	1

Bilaga 2. Matris över urval av artiklar till resultat

Författare	Titel	År, land, tidskrift	Syfte	Metod (Urval och datainsamling, analys)	Resultat
Battaglia, T A., Finley, E., & Liebschutz, J M.	Survivors of intimate partner violence speak out, trust in the patient- provider relationship	2003, USA, Journal of General Internal Medicine	Identifiera egenskaper som kan underlätta tillit i relationen mellan patient-vårdgivare, bland överlevare av VNR.	Metod: Kvalitativ Urval: 27 kvinnor i åldrar mellan 18-56 i östra Massachusetts Datainsamling: Semi- strukturerade intervjuer Analys: Tematiserades genom Grounded theory.	Om vårdgivare var tillgängliga, respekterade sekretess, var genuint omtänksamma, icke dömande, visade emotionell jämlikhet, delade med sig av personlig information och känslor så stärktes relationen mellan patient och vårdgivare.
Bradbury- Jones, C., Duncan, F., Kroll, T., Moy, M., & Taylor, J.	Improving the health care of women living with domestic abuse	2011, Skottland, Art & Science	Undersöka hur kvinnor som lever med VNR upplevt vården, särskilt inriktat inom primärvården.	Metod: Kvalitativ Urval: 17 kvinnor, som hade upplevt våld i nära relation. Rekryterades från kvinnohjälp organisation. Datainsamling: Semi- strukturerade intervjuer Analys: Tematisk ram	Studien visade att sjuksköterskor som förstår de psykologiska aspekter som påverkar kvinnor utsatta för VNR kan ha stor betydelse inom primärvården
Dienemann, J., Glass, N., & Hyman, R.	Survivor Preferences for Response to IPV Disclosure	2005, USA, Clinical Nursing Research	Öka förståelsen hos vårdgivare kring våldsutsatta kvinnors preferenser gällande vårdgivares respons av våldsavslöjandet och på så sätt öka effektiviteten	Metod: Kvalitativ Urval: 26 Datainsamling: Transkriberade fokusgruppsintervjuer Analys: Gjordes med hjälp av dataprogrammet NUD*IST.	De deltagande kvinnorna listade 7 teman utan inbördes ordning, dessa teman ansåg kvinnorna var viktiga för vårdgivarna göra i samband med avslöjande av VNR. Genomgående var att de önskade att vårdpersonalen tog en aktiv roll i vårdandet.

			av använda interventioner.		
Garnweidner Holme, L M., Lukasse, M., Solheim, M., & Henriksen, L.	Talking about intimate partner violence in multi-cultural antenatal care: a qualitative study of pregnant women's advice for better communication in South-East Norway	2017, Norge, BMC Pregnancy and Childbirth	Undersöka hur kvinnor av olika etniska bakgrunder upplevde VNR och vilka rekommendationer de hade kring hur barnmorskor borde kommunicera kring VNR i förlossningsvården.	Metod: Kvalitativ Urval: 8 kvinnor, från sydöstra Norge, Datainsamling: Individuella intervjuer Analys: Tematisk analys	Kvinnorna tyckte både att det var viktigt och önskade att de fått frågan kring VNR då de hade behov av att prata kring sina erfarenheter. En god relation till barnmorskan samt att hen uppfattades som trovärdig var viktiga faktorer. Att få information kring möjlig negativ hälsopåverkan på barnet samt veta att barnmorskan kan hjälpa kvinnorna. De största barriärerna för kvinnorna att avslöja VNR var att de var i sällskap med sin partner under vårdtillfällena. Rädsla att barnen/t blev omhändertagna samt kulturell acceptans kring våld. Kvinnor med immigrantbakgrund upplevde även språkliga svårigheter att kommunicera med sin barnmorska.
Larsen, M., Krohn, J., Puschel, K., & Seifert, D.	Experiences of Health and Health Care Among Women Exposed to Intimate Partner Violence: Qualitative	2014, Tyskland, Health Care for Women International	Undersöka våldsutsatta kvinnors erfarenheter av olika vårdinstanser.	Metod: Kvalitativ Urval: 6 kvinnor, 20–49 år Datainsamling: Individuella intervjuer. Analys: Tematisk ram.	Kvinnorna upplevde hinder i hälso- och sjukvården, vilket framkom genom 5 teman; fysisk och psykisk börda av våldet, vikten av stöd, personliga barriärer, systematiska barriärer samt ensamhet i hjälpsökandet.

	Findings from Germany				
Liebschutz, J., Battaglia, T., Finley, E., & Averbuch, T.	Disclosing intimate partner violence to health care clinicians - What a difference the setting makes: A qualitative study	2008, USA, BMC Public Health	Öka förståelsen för risker och fördelar med att avslöja VNR för vårdpersonal över gränserna mellan de olika professionerna.	Metod: Kvalitativ Urval: 27 kvinnor, i åldrarna 18–56. Datainsamling: Individuella intervjuer. Analys: Grounded Theory som tematisk ram.	Majoriteten av våldsavslöjandena vara fördelaktiga för den våldsutsatta kvinnan. Inget av avslöjandena verkade skadligt på kvinnorna i de olika vårdssituationerna. Våldsavslöjanden som uppfattades ohjälpsamma för kvinnorna resulterade i emotionell stress och ett avståndstagande från sjukvården. Oavsett om kvinnorna avslöjande våld eller inte så präglades positiva vårdmöten av förtroende för vårdgivaren, bekräftelse av våldet, respekt och relevant information.
Lutz, K F.	Abused Pregnant Women's Interactions With Health Care Providers During the Childbearing Year	2005, USA, Journal of Obstetric, Gynaecologic & Neonatal Nursing	Utforska hur VNR under graviditet påverkar kvinnors beslut om att söka vård och avslöja våld och deras preferenser gällande vårdpersonals reaktion inför avslöjande av VNR.	Metod: Kvalitativ Urval: 12 kvinnor, som varit med om våld i nära relation under graviditet. Datainsamling: Intervjuer i deltagarnas hemmiljö. Analys: Tematisk.	Kvinnor lever två parallella liv under graviditeten och det pågår hela tiden en process mellan att skydda och avslöja deras privata och publika liv om vartannat. Denna process påverkar både hur kvinnor söker och medverkar i den prenatala vården, hur det uppfattar vårdpersonalen samt VNR-avslöjande.
Olive, P	First contact: acute stress reactions and experiences of emergency	2016, Storbritannien, Journal of Clinical Nursing	Undersöka kvinnors emotionella och känslomässiga reaktioner efter händelse	Metod: Kvalitativ Urval: 6 kvinnor som vårdats på akutavdelning i direkt anslutning till incident av VNR.	Kvinnorna försätts i akuta stressreaktionerna vilket påverkade kvinnornas konsultationer negativt. Kvinnorna var även i behov av omedelbara insatser samt att

	department consultations following an incident of intimate partner violence		av VNR i miljön på en akutmottagning.	Datainsamling: Semistrukturerade intervjuer. Analys: Initialt samlades data in och avkodades tematiskt med hjälp av NVIVO9.	specialister inom VNR fanns vid deras sida för att vägleda kvinnorna och således främja att konsultationen blir effektiv.
Pratt Eriksson, D., Bergbom, I., & Lyckhag, 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 & Well-Being	Få djupare förståelse för våldsutsatta kvinnors upplevelse av våld i nära relation och hur de upplevt mötet med vårdpersonal, socialarbetare och polis efter händelse av VNR.	Metod: Kvalitativ Urval: Tolv kvinnor i åldrarna 23–56 år boende på kvinnojouren i Stockholm. Datainsamling: Individuella intervjuer. Analys: Tematisk ram.	Resultatet visade att kvinnorna upplevde outhärdligt lidande och fick återuppleva sina trauman i mötet med vården. Vårdpersonalen uppfattades som okänsliga. Kvinnorna var besvikna, ledsna och bestörta till följd av bristen på stöd, vård och empati hos vårdpersonalen.
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, Sverige, Journal of Clinical Nursing	Beskriva hur kvinnor i Mexiko som blivit utsatta för könsbaserat våld upplevt sina möten med vårdpersonal.	Metod: Kvalitativ Urval: 7 kvinnor, åldrar mellan 21–49 år. Datainsamling: Semistrukturerade intervjuer. Analys: Induktiv innehållsanalys.	Kvinnorna betonade vikten av att vårdpersonalen tar sig tid till kvinnorna, trots sitt hektiska schema. När de blev behandlade med respekt och genuint intresse kände sig kvinnorna säkra. Om vårdpersonalen istället inte mötte dessa förväntningar framkallade det frustration och misstro hos kvinnorna.

