



Namn: Ann Telander & Camilla Stenberg  
Program: Specialistsjuksköterskeprogrammet med inriktning mot distriktssköterska  
Kurs: Självständigt arbete i vårdvetenskap, 15 hp, VKAD07, VT 23  
Nivå: Avancerad nivå  
Handledare: Åsa Kneck  
Examinator: Elisabeth Bos Sparén

### **Våld i nära relationer – kvinnors upplevelser av bemötandet inom hälso- och sjukvården**

- En litteraturoversikt med systematisk ansats och kvalitativ design

### **Intimate partner violence – womens experiences of encounters with healthcare providers**

- A literature review with a systematic approach and qualitative design

## Sammanfattning

- Bakgrund:** Våld i nära relationer är ett globalt folkhälsoproblem och cirka en tredjedel av världens kvinnor drabbas under sin livstid. Både män och kvinnor utsätts för våld i nära relationer, men det grova, kontrollerande och upprepade våldet är det främst kvinnor som utsätts för. Våldsutsattheten förekommer i alla åldrar oavsett kultur, religion eller ekonomisk status. Våldet orsakar stora hälsoproblem både på kort och lång sikt, samt har konsekvenser på samhällsnivå. Hälso- och sjukvården har ett lagstadgat ansvar att identifiera och stödja våldsutsatta patienter. Samtidigt visar forskning att vårdpersonal har svårigheter att bemöta våldsutsatta kvinnor och att initiera samtal om våld.
- Syfte:** Syftet var att beskriva hur kvinnor som utsatts för våld i nära relationer upplever bemötandet inom hälso- och sjukvården.
- Metod:** En litteraturoversikt med systematisk ansats och kvalitativ design. Databaserna som användes var PubMed, CINAHL och PsycINFO. Femton kvalitativa artiklar granskades och analysen utfördes i enlighet med Bettany-Saltikov och McSherry beskrivning av Burnards analysmetod.
- Resultat:** Resultatet visade på tre teman med underliggande kategorier. Följande teman framkom; Brister i bemötandet ingav känslor av hopplöshet, Lyhört bemötande minskade känslor av ensamhet och skam och Önskan att få frågan om våld - under rätt förutsättningar.
- Slutsats:** Litteraturoversikten visade på brister i bemötandet av våldsutsatta kvinnor. Ett mindre gott bemötande ledde till undvikande av hälso- och sjukvården. När kvinnorna upplevde ett gott bemötande så var det lättare att berätta om våldet. De drabbade ville bli tillfrågade om våld, lyssnade på samt få sin upplevelse validerad.
- Nyckelord:** Våld i nära relationer, hälso- och sjukvård, bemötande, upplevelser

## Abstract

**Background:** Intimate partner violence (IPV) is a major global health problem and approximately a third of the world's women are affected during their lifetime. Both men and women are subjected to IPV, but the aggravated, controlling and repeated violence is mainly women exposed to. Exposure to violence occurs in all age groups regardless of culture and social classes. Violence causes major health problems both in the short and long term and it also has consequences at community level. Healthcare has a statutory responsibility to identify and support abused patients. At the same time, research shows that healthcare professionals find it difficult to respond to abused women and to initiate conversations about violence.

**Aim:** The purpose was to describe how female victims of intimate partner violence experience encounters with healthcare providers.

**Method:** A literature review with a systematic approach was conducted with a qualitative design. Fifteen qualitative articles have been reviewed and the analysis was performed in accordance with Bettany-Saltikov and McSherry's description of Burnard's method of analysis.

**Results:** The result identified three themes with subcategories. The following themes emerged; Shortcomings in the encounter instilled feelings of hopelessness, A responsive encounter reduced feelings of loneliness and shame, Desire to be asked about violence - under the right circumstances.

**Conclusion:** The literature review showed deficiencies in the treatment of women victims of IPV. A less good encounter led to avoidance of healthcare. When women had a positive experience with healthcare providers it was easier to disclose the IPV. Those affected wanted to be asked about violence, listened to and have their experience validated.

**Keywords:** Intimate partner violence, healthcare, encounter, experiences

## Innehåll

<b>INLEDNING</b> .....	<b>1</b>
<b>BAKGRUND</b> .....	<b>1</b>
<b>VÅLD I NÄRA RELATIONER</b> .....	<b>1</b>
<i>Begreppsdefinition och våldets olika karaktär</i> .....	1
<i>Våldets omfattning</i> .....	2
<i>Teoretisk modell - Normaliseringsprocessen</i> .....	3
<i>Våldets konsekvenser</i> .....	4
<b>HÄLSO- OCH SJUKVÅRDENS ANSVAR</b> .....	<b>5</b>
<i>Distriktssköterskans roll och ansvar</i> .....	7
<i>Att fråga om våld</i> .....	8
<b>BEMÖTANDE I HÄLSO- OCH SJUKVÅRDEN</b> .....	<b>9</b>
<b>PROBLEMFÖRMULERING</b> .....	<b>10</b>
<b>SYFTE</b> .....	<b>10</b>
<b>METOD</b> .....	<b>10</b>
<b>DESIGN</b> .....	<b>10</b>
<b>URVALSPROCESSEN</b> .....	<b>10</b>
<b>DATAINSAMLING</b> .....	<b>11</b>
<b>KVALITETSGRANSKNING</b> .....	<b>12</b>
<b>DATAANALYS</b> .....	<b>13</b>
<b>FORSKNINGSETISKA ÖVERVÄGANDEN</b> .....	<b>14</b>
<b>RESULTAT</b> .....	<b>15</b>
<b>BRISTER I BEMÖTANDET INGAV KÄNSLOR AV HOPPLÖSHET</b> .....	<b>15</b>
<i>Bemötande utan medkänsla</i> .....	15
<i>Känslan av att bli avvisad och skuldbelagd</i> .....	16
<b>LYHÖRT BEMÖTANDE MINSKADE KÄNSLAN AV ENSAMHET OCH SKAM</b> .....	<b>17</b>
<i>Att bli bekräftad och känna trygghet</i> .....	18
<b>ÖNSKAN ATT FÅ FRÅGAN OM VÅLD, UNDER RÄTT FÖRUTSÄTTNINGAR</b> .....	<b>19</b>
<i>Vikten av att bli tillfrågad om våld</i> .....	19
<i>Premisser för mötet</i> .....	20
<b>DISKUSSION</b> .....	<b>20</b>
<b>METODDISKUSSION</b> .....	<b>21</b>
<b>RESULTATDISKUSSION</b> .....	<b>24</b>
<i>Ett negativt bemötande kan bli förödande för kvinnan</i> .....	24

<i>Ett gott bemötande med personcentrerad vård.....</i>	<i>25</i>
<i>Vårdpersonalen måste ha med våld som förklaringsmodell .....</i>	<i>26</i>
<i>Vårdpersonalens kompetens.....</i>	<i>27</i>
<b>KLINISKA IMPLIKATIONER.....</b>	<b>28</b>
<b>FÖRSLAG TILL FORTSATT FORSKNING .....</b>	<b>29</b>
<b>SLUTSATS.....</b>	<b>29</b>
<b>REFERENSFÖRTECKNING.....</b>	<b>30</b>
<b>BILAGA 1: SBU:S MALL FÖR KVALITETSGRANSKNING .....</b>	<b>36</b>
<b>BILAGA 2: SÖKMATRIS.....</b>	<b>40</b>
<b>BILAGA 3: MATRIS ÖVER URVAL AV ARTIKLAR TILL RESULTAT .....</b>	<b>41</b>

## **INLEDNING**

Våld i nära relationer är ett erkänt folkhälsoproblem med tydlig koppling till ohälsa. Globalt sett så utsätts en tredjedel av världens kvinnor för fysiskt eller psykiskt våld någon gång under sin livstid. Hälso- och sjukvården har ett tydligt ansvar när det kommer till att upptäcka och identifiera våldsutsatthet samt ge ett adekvat psykosocialt och medicinskt omhändertagande. Många våldsutsatta kvinnor uppsöker hälso- och sjukvården i både akuta och icke-akuta ärenden, utan att berätta om den bakomliggande orsaken till ohälsan. För att kunna ombesörja en god omvårdnad och göra en korrekt medicinsk bedömning så bör den underliggande orsaken till besvären identifieras. Om mötet skall bli meningsfullt så krävs ett gott bemötande och kunskap om våld i nära relationer.

Författarnas intresse ligger i att undersöka och synliggöra de våldsutsatta kvinnornas upplevelser av bemötandet inom hälso- och sjukvården. Vi har varit yrkesverksamma sjuksköterskor i 13 år med erfarenhet från såväl sluten- som öppenvården. Vår gemensamma upplevelse är att våld i nära relationer är åsidosatt och att våld som förklaringsmodell behandlas ytterst begränsat. Vi upplevde inte att grundutbildningen gav tillräcklig utbildning i ämnet. En önskan med denna magisteruppsats är att kunna bidra till ökad kunskap som ger bättre förutsättningar för ett empatiskt omhändertagande med adekvat vård, stöd och uppföljning.

## **BAKGRUND**

### **VÅLD I NÄRA RELATIONER**

#### **Begreppsdefinition och våldets olika karaktär**

Våld i nära relationer är ett begrepp som kan definieras på flera olika sätt. Kännetecknande för våld i nära relationer är att förövaren är en person som den drabbade har en nära relation till eller där det finns en stark beroendeställning. Detta gör det svårare att göra motstånd och även att få våldet att upphöra. Våldet sker ofta dolt i hemmet och ökar i allvarlighetsgrad ju längre relationen fortgår (Nationellt centrum för kvinnofrid [NCK], 2023b; Socialstyrelsen, 2022). Europarådets konvention om förebyggande och bekämpning av våld mot kvinnor och

av våld i hemmet, så kallad Istanbulkonventionen, är det första lagligt bindande regionala avtalet om våld mot kvinnor i Europa. I den definieras våld mot kvinnor som:

Ett brott mot de mänskliga rättigheterna och en form av diskriminering av kvinnor och avser varje fall av könsrelaterat våld som leder till, eller troligen kommer att leda till, fysisk, sexuell, psykisk eller ekonomisk skada eller fysiskt, sexuellt, psykiskt eller ekonomiskt lidande för kvinnor, inbegripet hot om sådana handlingar, tvång eller godtyckligt frihetsberövande, oavsett om det sker i ett offentligt eller privat sammanhang (Istanbulkonventionen, 2011).

Hädanefter när våld i nära relation omnämns eller där uttrycket våldsutsatta kvinnor förekommer så är det ovanstående definition som avses.

Våld i nära relationer kan anta många olika former. Det kan röra sig om olagliga handlingar som grovt våld och misshandel, eller bestå av ett mönster av handlingar som sammantaget skapar en utsatthet. Psykiskt våld ter sig ofta som nedsättande ord, kontroll, förlöjligande, hot och tvång. Det kan också handla om försummelse av olika slag, till exempel att inte få tillgång till sina mediciner eller den vård som är aktuell. Det ekonomiska våldet kan handla om att bli fråntagen sina pengar eller att våldsutövaren tar lån i ens namn, vilket kan leda till långvarig skuldsättning. Psykiskt våld kan även innebära isolering från familj och vänner. Sexuellt våld handlar om att bli tvingad till sexuella handlingar eller att inte våga säga nej. Det innefattar såväl våldtäkt som att bli utsatt för ett sexuellt kränkande språk. Våldet kan ha olika karaktär och den som blir drabbad utsätts ofta för en kombination av olika våldshandlingar. Oavsett vilken typ av våld som utövas så får det konsekvenser för den drabbade och bidrar till ett stort mänskligt lidande (Socialstyrelsen, 2022).

### Våldets omfattning

En tredjedel av världens kvinnor har någon gång utsatts för fysiskt eller psykiskt våld. Prevalensuppskattningen av våld i nära relationer under en livstid varierar över världen, från cirka 20 procent i västra Stilla havet, 22 procent i Europa och höginkomstländer, 25 procent i USA till 33 procent i Afrika och Sydostasien (Världshälsoorganisationen [WHO], 2021).

Enligt brottsförebyggande rådet (BRÅ, 2023) utsätts 25 procent av alla kvinnor i Sverige för våld i nära relation under sin livstid. År 2022 anmäldes 23 800 misshandelsbrott mot kvinnor, i 81 procent av fallen var förövaren en person som kvinnan var bekant med. Mörkertalet är enormt då uppskattningsvis endast 25 procent av de övergrepp som sker i nära relationer

polisanmäls (NCK, 2023b). I Sverige har omkring 15 kvinnor mördats mellan åren 2017–2021, av en person de är eller har varit i en relation med (BRÅ, 2023). Globalt sett så blir 38 procent av alla kvinnor som mördas, dödade av en man de har, eller har haft, en nära relation till (WHO, 2021).

Kvinnor världen över faller offer för våld i nära relationer, detta sker oavsett religion, kultur och ekonomiskt status (NCK, 2023b). Det finns dock faktorer förknippade med ökad risk för våld i nära relation, som låg utbildningsnivå, att ha blivit utsatt för misshandel under barndomen, skadligt bruk av alkohol, arbetslöshet, låg inkomst och ung ålder (Taşkale & Soygüt, 2016; WHO, 2021). I ett utvecklingsprojekt av Barimani och Elvin-Nowak (2022) med syftet att undersöka kvinnors utsatthet för våld i nära relationer i region Stockholm, diskuterades skyddande faktorer mot att utsättas för våld i nära relationer. Det som framkom av deras enkät som besvarats av 6000 kvinnor med olika ursprung var följande; hög ålder och att vara född inom Europa. Kvinnor som är födda utanför Europa visade sig löpa större risk att utsättas för framförallt fysiskt våld.

Våld mot kvinnor i nära relationer ökade alarmerande i samband med Covid-19 pandemin och har benämnts som en tyst sekundär-pandemi gentemot kvinnor och barn. Nedstängningarna ökade kvinnors utsatthet då tillgången till den yttre världen begränsades. När samhällen stängdes ner för att hindra spridningen av Covid-19 skapades farliga förhållanden för många kvinnor som nu blev inlåsta med sina förövare (Wake m.fl., 2022; WHO, 2021). Både män och kvinnor utsätts för våld i nära relationer, men det grova, kontrollerande och upprepade våldet är det främst kvinnor som utsätts för (NCK, 2023b). Våld i nära relationer kan ses som ett strukturellt problem, som beror på en ojämn maktfördelning mellan könen, där själva våldsutövningen förklaras som ett sätt för mannen att manifesteras sin position och ett försök att bibehålla sin makt (Lundgren m.fl., 2001).

### Teoretisk modell - Normaliseringsprocessen

För att lättare kunna förstå vad som psykologiskt sker i en relation där ena parten utsätts för våld och varför den våldsutsatta med tiden accepterar allt värre övergrepp har Eva Lundgren, sociologiprofessor, utarbetat en modell som kallas normaliseringsprocessen. Processen beskrivs som kvinnans sätt att anpassa sig efter partnerns behov av att utöva kontroll, och till slut känns våldet som en normal del av vardagen (Lundgren, 2012).



Våldet trappas sakta upp, det kan börja med en hotfull blick eller elaka ord och utvecklas sakta men gradvis till fullskaligt våld eller isolering. Gränserna suddas successivt ut och kvinnan accepterar handlingar som skulle ha varit helt otänkbara tidigare. Allt det som kännetecknar kvinnans integritet gör mannen intrång i, det kan handla om ekonomiskt våld, hennes vänskapsrelationer eller hur hon klär sig. Isolering är ofta en del av bilden och används av mannen för att inte utomstående ska få insikt i relationen, vilket gör att våldsutövningen kan få ett friare spelrum. Mannen kan växla mellan våldsamt och att vara mycket kärleksfull, vilket förvirrar, ju mer isolerad hon blir desto tacksammare blir hon när han ger henne kärlek. Våldsutövaren är både den som utsätter kvinnan för våldet och personen som tröstar vilket gör kvinnan känslomässigt beroende av förövaren. Tids nog har mannen så pass stark kontroll över kvinnan att hennes självbild egentligen är mannens syn på kvinnan. I det stadiet av normaliseringsprocessen är kvinnan djupt införstådd i att allt hon blir utsatt för är hennes eget fel och tanken på att lämna mannen är nu närmast absurd. Mannens mål är kontroll över kvinnan och det får han snabbt via själva våldet och långsiktigt genom att psykologiskt bryta ner henne. Tids nog räcker det att båda parter vet vad han är kapabel till, detta kallas det latent våldet. Normaliseringsprocessen innebär att kvinnan hittar egna strategier för att anpassa sig och att överleva i det snäva handlingsutrymme hon har kvar (Lundgren, 2012).

### Våldets konsekvenser

Det finns starka kopplingar mellan ohälsa och att vara utsatt för våld i nära relation (Barimani & Elvin-Nowak, 2022). Våldet orsakar hälsoproblem både på kort och lång sikt, vilket i sin tur har konsekvenser både på individ- och samhällsnivå. Både kvinnan, hennes anhöriga och samhället i stort betalar ett högt socialt och ekonomiskt pris. I värsta fall har våldet en dödlig utgång, antingen genom mord eller självmord. Av kvinnor som utsatts för våld i nära relationer beskriver 42 procent fysiska skador och hälsorelaterade besvär som exempelvis smärttillstånd, nedsatt rörlighet och en allmänt försämrad hälsa (WHO, 2021). Att vara utsatt för våld i nära relation ökar risken för psykiska besvär såsom posttraumatiskt stressyndrom, depression, självmordstankar, ångest och ätstörningar (Lagdon m.fl., 2014; Spencer m.fl., 2022). Vid graviditet ökar våld i nära relationer risken för dödfödsel, missfall, tidig förlossning och låg födelsevikt hos bebisen (WHO, 2021). I en norsk studie med 551 kvinnor undersöktes den skattade livskvaliteten och hur den kan kopplas samman med utsatthet för

psykiskt och fysiskt våld i nära relationer. De kvinnor som upplevt våld i nära relation jämfördes med ett slumpmässigt urval av kvinnor. De som tidigare varit utsatta för våld rapporterade lägre livskvalitet i alla kategorier. I studien framkom att livskvaliteten skattades så pass lågt, att det kunde indikera en ökad risk för självmord (Alsaker m.fl., 2018). Kvinnor som utsatts för flera typer av våld rapporterade fyra gånger så många symtom av psykisk ohälsa i jämförelse med de som utsatts för en form utav våld (Simmons m.fl., 2015).

Även på samhällsnivå har våldet stora konsekvenser. Förenta nationernas [FN] medlemsländer har enats om 17 globala mål för en ekonomisk, social och miljömässig hållbar utveckling, Agenda 2030, som är en gemensam handlingsplan. Delmål fem handlar om jämställdhet, att rättigheter och möjligheter skall vara lika mellan könen. Våldet mot kvinnor bidrar till att vidmakthålla mäns överordning och kvinnors underordning vilket måste upphöra. Det handlar även om att utrota våld och sätta stopp för utnyttjandet av kvinnor och flickor som ska ha samma rättigheter som pojkar och män (Regeringskansliet, 2015). Våldet ger också stora samhällsekonomiska konsekvenser. Kostnaderna för könsrelaterat våld inom Europeiska unionen år 2019 har rapporterats av EIGE, europeiska jämställdhetsinstitutet. De uppskattade kostnaderna till ca 366 miljarder euro. Kostnaderna beräknades gällande sjukskrivningar, sjukdom och ohälsa, kostnader kopplade till rättsväsendet och det sociala välfärdssystemet samt för specialiserade verksamheter som kvinnojourer och skyddade boenden (NCK, 2023a).

## **HÄLSO- OCH SJUKVÅRDENS ANSVAR**

I Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd om våld i nära relationer (HSLF-FS 2022:39) beskrivs socialtjänstens, hälso- och sjukvårdens samt tandvårdens ansvar för personer som utsatts för våld. Frågor om våld ska ställas rutinmässigt till alla blivande mödrar inom mödrahälsovården, samtliga inom barn- och ungdomspsykiatri samt alla kvinnor inom vuxenpsykiatri. Att uppmärksamma patienter som visar indikation på att vara våldsutsatta och verka för att de ska få adekvat vård och stöd ingår i uppdraget. Socialtjänsten ska utreda ärenden som gäller våldsutsatta samt göra riskbedömningar. De ska erbjuda stöd och hjälp vilket kan innefatta till exempel stödsamtal, ekonomiskt bistånd eller tillfälligt boende. I hälso- och sjukvårdens ansvar ingår att fråga om våldsutsatthet vid symtom eller tecken som väcker misstanke om att en person har utsatts för våld, se vilket vårdbehov som finns och informera om möjligheten att få stöd av socialtjänsten eller kvinnojourer samt hjälpa till att

kontakta dessa vid behov. För både hälso- och sjukvården samt tandvården beskrivs att vårdgivaren har ansvar för att det skall finnas fastställda rutiner, som avser hur personalen ska ställa frågor kring våld, samt att arbetet med våldsutsatta kvinnor ska ha en god kvalitet (HSLF-FS, 2022:39). På varje enskild vårdinrättning är det verksamhetschefens ansvar att implementera vårdprogram gällande våld i nära relationer samt att skapa lokala rutiner. I verksamhetschefens uppdrag ingår även att se till att all personal har tillräcklig kompetens om våld och andra övergrepp samt att det finns en utarbetad arbetsgång för återkoppling och uppföljning av våldsutsatta patienter (Elwin-Nowak & Dahlström, 2023).

Behandlingsmetoder och rutiner ska utvecklas för att göra situationen så trygg som möjligt, samt öka chansen för ett förtroendefullt förhållande mellan den våldsutsatta kvinnan och vårdgivaren (Socialstyrelsen, 2014). Om det finns barn i en familj där våld förekommer så har all hälso- och sjukvårdspersonal en skyldighet att göra en anmälan till socialtjänsten (Socialtjänstlag, [SoL], SFS 2001:453). I en situation som bedöms som mer akut ska socialjour eller socialtjänst kontaktas omedelbart och patienten ska uppmanas att kontakta polisen.

Målet med hälso- och sjukvården är att förebygga ohälsa och att alla människor har rätt till vård på lika villkor (Hälso- och sjukvårdslagen, [HSL], SFS, 2017:30). I ICN:s etiska kod för sjuksköterskor finns etiska aspekter samlade. Där finns beskrivet att sjuksköterskan tillsammans med samhället ansvarar för att påbörja och främja insatser som tillgodoser allmänhetens, och då speciellt sårbara grupperns hälsa, och sociala behov. Vidare beskrivs att sjuksköterskan ska verka för att främja hälsa, förebygga sjukdom, återställa hälsa och att lindra lidande, samt uppvisa professionella värden såsom medkänsla, respektfullhet, integritet och lyhördhet (Svensk sjuksköterskeförening, 2017). I läkarförbundets etiska regler är det centrala att läkaren ska ha patientens hälsa som det främsta målet, om möjligt lindra samt alltid trösta (Sveriges läkarförbund, 2017).

Det ansvar som hälso- och sjukvården har gentemot patienterna medför också skyldigheter. Det kan till exempel vara att göra patienten delaktig i vården eller att det finns tillgång till tolk. I och med att patienten befinner sig i en beroendeställning gentemot vårdgivaren så föreligger det en maktobalans dem emellan (Kunskapsguiden, 2019). Detta medför ett utsatt läge för patienten då vårdgivaren har tillgång till sjukvårdssystemet, besitter kunskap och har makt att agera för patienten eller inte. Patienten i sin tur delar med sig av sitt lidande.

Förtroenden dem emellan skapas i mötet och är avhängigt vårdgivarens inlevelseförmåga, självinsikt, förmåga till ett aktivt lyssnande och dennes kunskap (Hjalmarsson, 2013).

### Distriktssköterskans roll och ansvar

I *kompetensbeskrivning avancerad nivå distriktssköterska* framgår distriktssköterskans roll och ansvarsområden (Svensk sjuksköterskeförening, 2019). Distriktssköterskan kan verka inom kommunal hälso- och sjukvård, regionsjukvård och inom privata verksamheter.

Distriktssköterskan beskrivs ofta som den som har första mötet med patienten och grunden i arbetet är att verka hälsofrämjande. Till det att vara ett stöd för alla patienter oavsett sjukdomstillstånd och ålder. Detta förutsätter en hög kompetens och god kännedom kring kulturella och socioekonomiska skillnader. För att kunna möta patienterna på ett adekvat sätt så krävs att distriktssköterskan har mångsidig kunskap. De fyra vetenskapliga områden som ingår i distriktssköterskans kompetensområden är vårdpedagogik, folkhälsovetenskap, medicinsk vetenskap samt omvårdnad (Svensk sjuksköterskeförening, 2019).

I relation till kvinnor utsatta för våld i nära relation ska distriktssköterskan besitta fördjupade kunskaper i att se tecken på våldsutsatthet. Akuta tecken på våld kan exempelvis vara frakturer, blåmärken, stickskador, svullnader, brännskador eller tandskador. Inom primärvården kan symtom på våldsutsatthet manifesteras sig som psykiska besvär såsom depression, ångest, sömnproblem eller självmordstankar. Sökorsaken kan även vara långvariga smärttillstånd, psykosomatiska symtom, posttraumatiskt stressyndrom eller missbruksproblematik. Det finns särskilda kännetecken som kan indikera våldsutsatthet, dessa bör distriktssköterskan vara extra uppmärksam på. Det kan vara när skadan inte överensstämmer med patientens förklaring till uppkomsten av den eller när patienter väntar länge med att uppsöka sjukvård. Ett ytterligare observandum är överbeskyddande eller kontrollerande närstående samt patienter som ofta söker sjukvård för diffusa åkommor. Vid bekräftad våldsutsatthet ska distriktssköterskan kunna ge patienten information om att alla har rätt till ett liv utan våld samt att barn tar skada av att bevittna våld. Följande information skall också kommuniceras; att all personal inom hälso- och sjukvården har tystnadsplikt. Att det finns skyddade sökord i journalen som gör att det går att dokumentera utan att det blir synligt i journalen via 1177 vårdguiden. Distriktssköterskan ska även vara behjälplig med kontaktuppgifter till socialtjänst och kvinnofridslinje samt boka in patienten på återbesök och erbjuda tid till psykolog eller kurator (Elwin-Nowak & Dahlström, 2023). I mötet med

kvinnan så är det etiska förhållningssättet hos distriktssköterskan av största vikt och det innefattar att respektera kvinnans autonomi och integritet. Distriktssköterskan ska kunna skapa en trygg miljö för patienten och närstående. Detta kan leda till ett ökat förtroende och en tillitsfull relation mellan distriktssköterskan och kvinnan (Svensk sjuksköterskeförening, 2019).

### Att fråga om våld

En förutsättning för att upptäcka våldsutsatthet är att våga fråga. När det kommer till kvinnor som är utsatta för våld i nära relationer har personalen inom hälso- och sjukvården en viktig roll. Majoriteten av de utsatta kvinnorna berättar inte öppet om våldet för vårdpersonalen, men uppger att det hade varit lättare att öppna upp sig om frågan hade ställts. I

Socialstyrelsens vägledning *Att vilja se, vilja veta och att våga fråga. Vägledning för att öka förutsättningarna att upptäcka våldsutsatthet* finns centrala förutsättningar för att fråga om våld presenterade. Här beskrivs bland annat vikten av att vårdpersonalen har utbildning i hur man frågar om våld, att frågan ställs i en trygg miljö samt att vårdpersonalen inger förtroende (Socialstyrelsen, 2014). Barimani och Elvin-Nowak (2022) skriver att hälso- och sjukvården inte upptäcker våld i nära relation i tillräcklig utsträckning. Bland de kvinnor som lever i en pågående våldsrelation blir 75 procent aldrig tillfrågade om våld i kontakten med hälso- och sjukvården, detta trots att de har avsevärt fler fysiska och psykiska symtom än icke-våldsutsatta kvinnor.

I en studie av Sundborg m.fl. (2017) med syftet att öka förståelsen för distriktssköterskans erfarenheter av att bemöta våldsutsatta kvinnor, framkom tveksamheter kring att fråga om våld. Även när det fanns indikation på våld så visade sig vårdpersonalen vara ambivalent till att fråga. De hinder för att fråga som framkom var distriktssköterskornas egna tankar och känslor kring våld i nära relationer samt brist på strategier att hantera svaret. Faktorer som underlättade att fråga var att känna att kvinnan hade förtroende för dem, att ha strategier för att fråga samt kunskap i hur svaret skulle hanteras.

Det finns en osäkerhet hos sjukvårdspersonalen kring det ansvar som de har gentemot denna patientgrupp. Vårdpersonalen är ovana att ställa frågor om våld och har i flera fall en mycket begränsad utbildning i ämnet. De flesta känner inte till vart de skall remittera patienten om övergrepp avslöjas (Bradbury-Jones m.fl., 2017; Ramsay m.fl., 2012). Uppemot 40 procent av

sjukvårdspersonalen i studien av Ramsay m.fl. (2012) hade sällan eller aldrig frågat om våldsutsatthet. Barimani och Elvin-Nowak (2022) lyfter vårdpersonalens frustration över att inte veta hur man skall närma sig patienterna i denna fråga samt komplexiteten i hur svaret skall bemötas och tas om hand. Studien visar att majoriteten av de kvinnor som faktiskt tillfrågas om våld är positiva till att få frågor om våldsutsatthet och detta gällde både kvinnor som är utsatta och de som inte är det.

## **BEMÖTANDE I HÄLSO- OCH SJUKVÅRDEN**

Bemötandet är komplext, det är allt det som sker mellan patient och vårdgivare (Socialstyrelsen, 2015). Ordet bemötande är synonymt med uppträdande, mottagande och behandling men även genmäle, svar och vederläggning. Det kan ses som ett flerdimensionellt begrepp som är abstrakt och det är svårt att hitta en term för ordet på engelska. Bemötandet i hälso- och sjukvården är hur vi tar emot en patient; hur vi hälsar, kroppsspråk, ögonkontakt, mimik och hur vi sitter eller står i förhållande till patient eller anhöriga (Fossum, 2019).

Ett gott bemötande är inte bara en trivselfaktor utan påverkar vårdens kvalitet, patientens delaktighet och tilliten mellan patient och vårdgivare. Det är en förutsättning för jämlik hälsa, vård och omsorg. Betydelsen av ett gott bemötande går inte att nog understryka, det kan till och med vara viktigare än den medicinska vården eller att faktiskt bli botad (Lundh m.fl., 2004). Det är också sammankopplat med patientsäkerheten, där ett gott respektive mindre gott bemötande kan påverka resultatet av vården och behandlingen (Kunskapsguiden, 2019).

Ett gott bemötande ger patienten utrymme att få berätta och innefattar att personalen lyssnar. Att ha ett intresse för patientens perspektiv innebär en person- eller patientcentrering av vården. Personcentrerad omvårdnad är en central teori inom vårdvetenskapen som kan liknas vid en slags allians mellan vårdpersonal och patient eller närstående. Utgångspunkten är patientens egen berättelse om sin sjukdom. En grundläggande aspekt är patientens delaktighet i vården och vårdpersonalen behöver vara lyhörd för patientens känslor (Edberg m.fl., 2021).

Ett mindre gott bemötande innebär bland annat att inte bli lyssnad på, tagen på allvar eller trodd. Det kan även vara att få ett respektlöst bemötande eller diskriminering av olika slag (Socialstyrelsen, 2015; Wessel m.fl., 2013).

## **PROBLEMFORMULERING**

Våld i nära relationer är en aktuell folkhälsofråga och att utsättas för våld ger en ökad risk för fysisk och psykisk ohälsa. I hälso- och sjukvårdens uppdrag ingår att identifiera och stödja kvinnor som är utsatta för våld. Forskning visar att våldsutsatta kvinnor sällan blir tillfrågade om våld och att vårdpersonalen har bristande kunskaper i ämnet. Därtill framgår att de drabbade kvinnorna sällan tar initiativ till att berätta om våldet samt att de i många fall har normaliserat våldet. Distriktssköterskan är ofta den som har det första mötet med patienten. I distriktssköterskans roll ingår att ha särskilda färdigheter i att kunna identifiera våldsutsatta patienter. Förutsättningarna för det är ett gott bemötande och lämplig kunskap. Kvinnornas perspektiv behöver synliggöras, för att kunna ge dem den vård och det stöd de har rätt till.

## **SYFTE**

Syftet var att beskriva hur kvinnor som utsatts för våld i nära relationer upplever bemötandet inom hälso- och sjukvården.

## **METOD**

### **DESIGN**

En litteraturöversikt med systematisk ansats och kvalitativ design har genomförts. Arbetet har skett på ett strukturerat sätt för att identifiera, värdera och sammanfatta de mest relevanta studierna inom det valda området (Bettany-Saltikov & McSherry, 2016). Uppsatsens syfte var att undersöka upplevelsen av bemötande, vilken lämpar sig för den kvalitativa forskningen, som fokuserar på tolkning av texter och baseras på erfarenhetskunskap (Lundman & Hällgren-Graneheim, 2017).

### **URVALSPROCESSEN**

I en litteraturöversikt är det av hög vikt att så många relevanta artiklar som möjligt finns med i den slutgiltiga sökningen. Författarna har utgått från Bettany-Saltikov och McSherrys (2016) strategi där sök- och ämnesorden bestämdes genom att identifiera PEO (population, exposure, outcome). Sökorden valdes med omsorg för att finna relevanta artiklar. Därefter fastställdes vilka inklusions- och exklusionskriterier som var aktuella. Inklusionskriterierna var

kvalitativa studier som skulle vara skrivna på engelska. En begränsning i årtal till artiklar publicerade mellan år 2003–2023 gjordes då författarna bedömde att forskning som gjorts på ämnet de senaste tjugo åren var aktuell. I databaserna CINAHL och PsycINFO begränsades sökningarna till peer reviewed, detta för att säkerställa vetenskapligt material. Studierna skulle beröra vuxna kvinnor (från 18 års ålder), som blivit utsatta för våld av en man som de har eller har haft en nära relation till, eller där det finns en beroendeställning.

Exklusionskriterier beslutades därmed till kvantitativa studier, studier med mixed method och studier skrivna på andra språk än engelska. Studier gjorda innan år 2003 exkluderades och även studier som fokuserade på barn eller män utsatta för våld.

## DATAINSAMLING

De vetenskapliga artiklar som valdes ut till denna litteraturöversikt söktes mellan den 1 februari 2023 och 5 februari 2023. De databaser som valdes ut och användes var PubMed som är den största internationella databasen med medicinska artiklar (Polit & Beck, 2021), CINAHL som är en databas innehållande referenser till tidskrifter inom omvårdnad samt PsycINFO som innehåller referenser till litteratur inom psykologi och relaterade ämnesområden (Bettany-Saltikov & McSherry, 2016).

Initialt genomfördes ett stort antal test-sökningar för att hitta nyckelord i titlar och abstracts som kunde vara av vikt för den slutgiltiga sökningen. Därefter identifieras synonymer för alla komponenter identifierade i PEO, se Tabell 1 (Bettany-Saltikov & McSherry, 2016).

Tabell 1. PEO

Population	Exposure	Outcome
Våldsutsatta kvinnor som uppsöker hälso- och sjukvård	Våld i nära relationer	Upplevelser av bemötandet inom hälso- och sjukvården

Efter personlig handledning av bibliotekarie på Marie Cederschiölds högskola påbörjades arbetet med att hitta sökord och skapa sökblock som passade med komponenterna i PEO. Svensk MeSH användes för att få förslag på aktuella sökord på engelska. För databasen PubMed användes MeSH, i CINAHL användes Subject Headings och i PsycInfo användes Thesaurus of Psychological Index Terms. Vissa ord trunckerades med \* för att möjliggöra träffar på ord med olika ändelser. Sedan skapades en följd av orden som användes för



sökningarna i respektive databas. De booleska operatorerna OR och AND användes för att förbättra sökträffarna. För att inte missa relevanta studier undveks ordet NOT (Bettany-Saltikov & McSherry, 2016). Sökorden delades slutligen in i fyra olika block, se Tabell 2.

Tabell 2. Sökblock och sökord

<b>Block 1</b>	<b>Block 2</b>	<b>Block 3</b>	<b>Block 4</b>
<b>Våld i nära relation</b>	<b>Upplevelser</b>	<b>Bemötande/mötet</b>	<b>Hälso- och sjukvård</b>
Domestic violence OR Intimate partner violence OR Battered women OR Spouse Abuse	Perception* OR Perspective* OR "patients experience*" OR "womens experience*" OR experience* OR expectation*	Professional-Patient Relations OR Nurse-Patient Relations OR Self Disclosure	Health Services OR "healthcare" OR "health care"

Den slutgiltiga sökningen gav 163 träffar i PubMed, 103 träffar i CINAHL och 40 träffar i PsycINFO. Titlarna lästes igenom på alla träffar och de som inte svarade mot syftet exkluderades. I PubMed lästes 118 abstract och 28 hela artiklar, av dessa var det åtta artiklar som valdes ut. I CINAHL lästes 71 abstract och 14 hela artiklar, fem av dessa valdes sedan ut. I PsycINFO lästes 30 abstract och nio hela artiklar, av dessa valdes till slut två artiklar ut. Efter att ha tagit bort fyra dubletter så återstod 15 artiklar som gick vidare till resultatet. För att säkerställa replikerbara sökningar så presenteras de exakta sökningarna i en sökmatrix (se Bilaga 2). Detta för att göra forskningsprocessen mer strukturerad och transparent (Bettany-Saltikov & McSherry, 2016). De 15 utvalda artiklarna presenteras mer ingående i en artikelmatrix (se Bilaga 3).

## **KVALITETSGRANSKNING**

De 15 utvalda artiklarna kvalitetsgranskades med hjälp av en mall från Statens beredning för medicinsk och social utvärdering (SBU, 2022) *bedömning av studier med kvalitativ metodik* (se Bilaga 1). Granskningen utfördes för att upptäcka eventuella metodologiska brister i studierna. Initialt granskades artiklarna enskilt av författarna. Författarna gick igenom modellens fem steg och kategoriserade därefter artiklarna i "obetydliga eller mindre, måttliga och stora brister". Varje artikel fick varsitt bedömningsunderlag och markeringar gjordes i

artiklarna där text som var relevant för kvalitetsgranskningen fanns till exempel vid etiska godkännanden. Därefter diskuterades de metodologiska bristerna igenom mellan författarna. Samtliga artiklar klassificerades med “obetydliga eller mindre brister” och ingen av de 15 utvalda artiklarna exkluderades efter granskningen.

## **DATAANALYS**

Analysen utfördes i enlighet med Bettany-Saltikov och McSherry (2016) beskrivning av Burnards (1991) analysmetod. Initialt lästes artiklarnas resultatdel igenom upprepade gånger, för att få en djupare förståelse för deltagarnas livsvärld och för att förstå deras perspektiv. Därefter identifierades alla meningsbärande enheter som passade till litteraturöversiktens syfte, och alla relevanta textstycken färglades. Dessa två steg utfördes först enskilt, därefter jämfördes de meningsbärande enheterna som svarade mot syftet författarna emellan, detta för att säkerställa att inget av vikt missats eller att sådant som inte uppfyllde PEO togs med. Sedan klipptes den markerade texten ut och markerades med en siffra (1–15) beroende på vilken artikel den kom ifrån, detta för att lättare kunna refereras till. En kondensering av texten utfördes med hjälp av öppen kodning, de meningsbärande enheterna delades in i kategorier som beskrev innehållet. För att minska på antalet kategorier grupperades de genom att de som bedömdes vara likvärdiga slogs ihop till bredare kategorier. De nya kategorierna bearbetades och snarlika kategorier sammanfördes för att undvika upprepningar. För att öka validiteten och minska risken för bias, kontrollerades materialet först enskilt och därefter jämfördes de framtagna kategorierna mellan författarna. Artiklarnas resultat lästes sedan igen var och en för sig för att bekräfta att ingen relevant information hade förbisetts. Samma process utfördes på samtliga 15 utvalda artiklar (Bettany-Saltikov & McSherry, 2016). När stegen i processen arbetats igenom på alla artiklarna så etablerades teman och kategorier för att belysa resultatet.

## FORSKNINGSETISKA ÖVERVÄGANDEN

De studier som ingår i litteraturöversikten har på olika sätt fört resonemang och reflekterat kring kvinnornas utsatthet. Hanteringen av materialet har enligt uppgifter skett konfidentiellt, i flera av de valda studierna beskrevs att de använt sig av fiktiva namn till studiedeltagarna. Intervjuerna har ägt rum på platser som inte kunnat äventyra kvinnornas säkerhet. Bettany-Saltikov och McSherry (2016) skriver om vikten av att deltagarnas rättigheter har beaktats och diskuterats i studien, som till exempel inhämtande av informerat samtycke. I denna litteraturöversikt så har 14 av 15 artiklar inhämtat antingen skriftligt och/eller muntligt samtycke av studiedeltagarna. I artikeln av Edin m.fl. (2010) är det inte tydligt utskrivet att samtycke inhämtats, men de har följt WHO:s rekommendationer kring etiska överväganden. Deltagarna har i flera av de aktuella studierna fått tillgång till materialet. Intervjuerna har transkriberats ordagrant och i resultatdelen finns det återgivna citat från primärkällan. I Sverige finns det en lagstadgad reglering för forskning som inbegriper människor, detta genom *Lag om etikprövning av forskning som avser människor* (SFS, 2003:460). Lagen syftar till att skydda den enskilda människan och forskningen skall bedrivas på ett sådant sätt att respekten för människovärdet upprätthålls. Samma lag reglerar även bestämmelser om samtycke till forskningen. Motsvarande bestämmelser finns internationellt genom bland annat Helsingforsdeklarationen som innefattar 35 punkter som handlar om allt ifrån att skydda och värna forskningsdeltagarna till reglering av forskningen i sig (World Medical Association, 2013).

Dataanalysen har genomförts med en hög medvetenhet om egen förförståelse, strävan har hela tiden gjorts för att ha ett neutralt förhållningssätt. Författarna har enskilt läst igenom och begrundat studiernas resultat. Därefter har en gemensam genomgång av materialet gjorts för att undersöka om tolkningarna gjorts på ett likvärdigt sätt. Detta för att säkerställa att studiernas resultat inte misstolkats. Förförståelsen måste ses i förhållande till författarnas bakgrund i hälso- och sjukvården, utbildning, fortbildning samt i kombination med livserfarenheter. Författarna har diskuterat och noggrant reflekterat över detta och hela tiden påmint varandra om att ta sig an resultaten på ett så opartiskt sätt som möjligt.

Samtliga studier är skrivna på engelska, författarnas modersmål är svenska, det innebär en risk för missuppfattning. För att minimera den risken så har ord där betydelsen inte varit given slagits upp i engelskt-svenskt lexikon.

## RESULTAT

Totalt ingick 15 originalartiklar i litteraturöversikten. I dessa har sammanlagt 240 kvinnor över 18 års ålder intervjuats. Resultatet presenteras med hjälp av de teman och kategorier som framkom under dataanalysen, se tabell 3.

Tabell 3. Teman och kategorier

Teman	Kategorier
Brister i bemötandet ingav känslor av hopplöshet	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Bemötande utan medkänsla</li> <li>• Känslan av att bli avvisad och skuldbelagd</li> </ul>
Lyhört bemötande minskande känslan av ensamhet och skam	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Att bli bekräftad och känna trygghet</li> </ul>
Önskan att få frågan om våld - under rätt förutsättningar	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Vikten av att bli tillfrågad om våld</li> <li>• Premisser för mötet</li> </ul>

### **Brister i bemötandet ingav känslor av hopplöshet**

Det första temat visade att, ett bristande bemötande av sjukvårdspersonalen bidrog till negativa konsekvenser för kvinnorna. Bemötandet upplevdes avvisande, skuldbeläggande och ovänligt vilket gav konsekvenser som känslor av skam och hopplöshet. Det medförde att förtroendet för vården urholkades eller till och med förbrukades. När vårdpersonalen inte visade medkänsla resulterade det i att kvinnorna undvek att uppsöka sjukvården. I temat ingår kategorierna *bemötande utan medkänsla* och *känslan av att bli avvisad och skuldbelagd*.

### **Bemötande utan medkänsla**

Att ha blivit bemött på ett ovänligt sätt ledde till att kvinnorna upplevde att vårdpersonalen saknade empati (Lutz, 2005; Pratt-Eriksson m.fl., 2014; Wallin Lundell m.fl., 2018). En

kvinnor beskrev hur en läkares okänsliga bemötande, efter en episod av mycket våld, ledde till att hon undvek mödravården i flera månader (Lutz, 2005). Upplevelsen av att bli bemött utan medkänsla kunde infanna sig när kvinnorna kände att vårdpersonalen inte litade på att deras berättelse var sann (Damra m.fl., 2015; Keeling & Fisher, 2015; Lutz, 2005; Pratt-Eriksson m.fl., 2014) eller när de kände att de inte blev respekterade eller tagna på allvar (Pratt-Eriksson m.fl., 2014; Wallin Lundell m.fl., 2018). Att bli bemött utan medkänsla ledde till att kvinnorna kände att det inte fanns någon plats för dem inom vården (Pratt-Eriksson m.fl., 2014). Kvinnorna beskrev även bristande stöd, vilket kunde visa sig som att inte bli erbjuden någon hjälp eller några uppföljande besök. Att inte få tillräckligt med stöd gjorde att kvinnorna kände att situationen var än mer hopplös och bidrog också till upplevelsen av att vårdpersonalen saknade medkänsla (Bacchus m.fl., 2003; Damra m.fl., 2015; Keeling & Fisher, 2015).

#### Känslan av att bli avvisad och skuldbelagd

Upplevelsen av att ha blivit avvisad beskrevs i flera studier och bidrog till känslor av hopplöshet. Kvinnorna upplevde att det fanns ett ointresse gällande våld i nära relationer (Damra m.fl., 2015; Keeling & Fisher, 2015; Larsen m.fl., 2014; Lutz, 2005; Pratt-Eriksson m.fl., 2014; Wallin Lundell m.fl., 2018; Wester m.fl., 2007). och att det fanns en generell ovilja att se det underliggande problemet för sökorsaken (Kelly, 2006; Wallin Lundell m.fl., 2018). En kvinna beskrev hur hon mötte en sjuksköterska som suckade och tydligt visade med sitt kroppsspråk att hon inte ville höra om några psykiska problem. Den här typen av bemötande ledde till att kvinnorna undvek att uppsöka sjukvården (Shaheen m.fl., 2020).

Att berätta om våldet de var utsatta för kunde även leda till direkta eller indirekta svar om att detta inte hörde till vårdpersonalens arbete. Kvinnorna upplevde det som om hälso- och sjukvården inte tog hand om sådana problem som inte var rent medicinska (Damra m.fl., 2015; Keeling & Fisher, 2015; Zink m.fl., 2004). När vårdpersonalen la tydligt fokus på enkom medicinsk vård kände sig kvinnorna avvisade (Damra m.fl., 2015; Kelly, 2006; Othman m.fl., 2014; Shaheen m.fl., 2020; Zink m.fl., 2004). Även brister i den icke verbala kommunikationen, som undvikande av ögonkontakt, bidrog till att kvinnorna kände sig förbisedda (Kelly, 2006; Wallin Lundell m.fl., 2018).

Vårdpersonalen kunde vara dömande och skuldbeläggande, vilket i sig förstärkte känslan av skam. Detta manifesterade sig genom att vårdpersonalen signalerade att kvinnorna borde ha lämnat relationen för länge sedan. Det kunde också vara uttalanden om att de inte förstod varför kvinnan stannade kvar i relationen, med ett underförstått budskap att de fick skylla sig själva om de stannade med mannen (Pratt-Eriksson m.fl., 2014; Zink m.fl., 2004). Andra exempel på situationer där kvinnorna kände sig skuldbelagda i mötet med vårdpersonalen var frågor om vad som föranlett våldet. Det vill säga vad hon gjort för att provocera mannen, om alkohol hade varit inblandat eller varför hon väntat med att söka hjälp (Damra m.fl., 2015; Narula m.fl., 2012; Pratt-Eriksson m.fl., 2014; Wallin Lundell m.fl., 2018).

### **Lyhört bemötande minskade känslan av ensamhet och skam**

Det andra temat visade att, ett bemötande med upplevelsen av att ha blivit bekräftad, sedd och lyssnad till bidrog till att det var lättare att dela med sig av och faktiskt berätta om våldsutsattheten. Vilket i sin tur också medförde minskade känslor av skam. När kvinnorna kände att de fått ett bra stöd och att de var trygga bidrog det till att känslan av isolering och ensamhet blev mindre. I temat ingår kategorin *att bli bekräftad och känna trygghet*.

## Att bli bekräftad och känna trygghet

Att bli bekräftad av vårdpersonalen hade stor betydelse (Bacchus m.fl., 2003; Edin m.fl., 2010; Lutz, 2005; Narula m.fl., 2012; Nemoto m.fl., 2008). Känslan av att ha blivit sedd och hörd samt att inte känna sig dömd gjorde det lättare att berätta om våldsutsattheten och bidrog till minskade känslor av skam (Bacchus m.fl., 2003; Lutz, 2005). Det var även lättare att öppna upp sig när vårdpersonalen förstod att det var något som inte stod rätt till och var lyhörda för kvinnornas känslor, utan att kvinnan själv tagit upp ämnet (Damra m.fl., 2015; Nemoto m.fl., 2008; Zink m.fl., 2004). Kvinnorna förväntade sig inte någon lösning på sina problem, eftersom det inte fanns några enkla lösningar, utan önskade snarare förståelse av vårdpersonalen och att känna sig lyssnade till (Wester m.fl., 2017). Att bli uppmärksammade och trodda gav en bekräftelse på att våldet var fel och behövde upphöra, vilket blev än mer viktigt i de fall där kvinnorna hade normaliserat våldet (Damra m.fl., 2015; Zink m.fl., 2004).

Det var betydelsefullt att känna trygghet i mötet med hälso- och sjukvården (Keeling & Fisher, 2015; Kelly, 2006; Lutz, 2005; Narula m.fl., 2012; Nemoto m.fl., 2008; Wallin Lundell m.fl., 2018). Trygghet beskrevs som att bli visad omtanke och känslan av att vårdpersonalen månade om en (Lutz, 2005; Nemoto m.fl., 2008). Trygghet kunde även vara kontinuitet, att ha en kontinuerlig vårdkontakt som kände till ens historia (Keeling & Fisher, 2015; Kelly, 2006). En kvinna beskrev hur hon fick besök av sjukhusets personal efter deras ordinarie arbetstid när hon var inlagd på sjukhus. Hon blev tillfrågad om hon ville prata, vilket bidrog till att hon kände trygghet och lättnad, hon beskrev sedan sjukhuset som ett andra hem (Nemoto m.fl., 2008). En annan kvinna berättade om hur hon kände som att hon talade med sin egen mor när hon berättade sin historia för sjukvårdspersonalen. Hon kände sig inte dömd, kunde öppna upp om allt sitt lidande och fick ett starkt självförtroende (Wallin Lundell m.fl., 2018).

Att få stöd av vårdpersonalen var mycket betydelsefullt (Bacchus m.fl., 2003; Damra m.fl., 2015; Keeling & Fisher, 2015; Lutz, 2005; Pratt-Eriksson m.fl., 2014; Wester m.fl., 2007). Att uppleva stöd beskrevs som att få ett gott bemötande, att bli behandlad med omtanke och att bli uppmärksammas (Lutz, 2005; Zink m.fl., 2004). Stödet och uppföljningen av ens mående visade sig leda till minskade känslor av isolering och ensamhet (Nemoto m.fl., 2008). Att få stöd beskrevs även i samband med att få hjälp med praktiska saker. En kvinna berättade att hon kände stor tacksamhet över den hjälp hon fått med att planera en flyktväg när hennes make var på arbetet (Keeling & Fisher, 2015).

### **Önskan att få frågan om våld, under rätt förutsättningar**

Det tredje temat visade att, ett lugnt bemötande med gott om tid gjorde att det blev lättare att tala om våldsutsattheten. Kvinnorna fick sällan frågor om våldsutsatthet, fastän de önskade det. När de väl blev tillfrågade, så framkom det att tiden, platsen och sammanhanget många gånger var avgörande för om de skulle berätta eller inte. Att bli tillfrågad om våld var också förknippat med en bekräftelse på att våldet måste upphöra. I temat ingår kategorierna *vikten av att bli tillfrågad om våld* samt *premissen för mötet*.

#### **Vikten av att bli tillfrågad om våld**

Resultatet visade att flertalet kvinnor aldrig hade diskuterat våldsutsatthet med personal inom hälso- och sjukvården, mycket på grund av att de aldrig fått frågor om våld i nära relationer (Damra m.fl., 2015; Edin m.fl., 2010; Kelly, 2006; Narula m.fl., 2012; Othman m.fl., 2014; Shaheen m.fl., 2020). Att inte få frågor om våldsutsatthet lämnade kvinnorna med en känsla av frustration, ilska och besvikelse, speciellt när tecken eller symtom på våld var uppenbara (Lutz, 2005; Shaheen m.fl., 2020). Att inte bli tillfrågad ökade även känslan av ensamhet. En kvinna beskriver hur hennes vårdgivare aldrig frågade varför hon var deprimerad eller om hon var utsatt för våld trots att det satt posters uppsatta på väggarna med information om våld i nära relationer (Kelly, 2006).

Att ta initiativ till att prata om våld i nära relationer upplevdes utmanande för kvinnorna som föredrog när vårdpersonalen tog upp ämnet (Damra m.fl., 2015; Wester m.fl., 2007). Om frågan om våldsutsatthet togs upp men sedan inte diskuterades vidare eller inte följdes upp, upplevde kvinnorna det som slarvigt av vårdpersonalen (Wester m.fl., 2007). Att bli tillfrågad



om våld i nära relationer visade sig vara en bekräftelse för kvinnorna på att våldet var fel, skadligt och att det behövde få ett slut (Damra m.fl., 2015; Zink m.fl., 2004).

### Premisser för mötet

Att ha gott om tid på sig i mötet med hälso- och sjukvården visade sig vara betydelsefullt för kvinnorna. När vårdpersonalen var lugn och inte uppvisade några tecken till att ha bråttom kände sig kvinnorna betydelsefulla och det blev lättare att öppna sig och berätta om sin situation (Nemoto m.fl., 2008; Wallin Lundell m.fl., 2018; Wester m.fl., 2007). Kvinnorna uppskattade att bli inbokade sist på dagen, då fanns det mer tid att ventilera sina känslor utan att tänka på att andra patienter väntade på sin tur (Nemoto m.fl., 2008; Wester m.fl., 2007). När vårdpersonalen upplevdes jäktad försämrades förutsättningen för ett givande möte där kvinnorna var trygga nog att avslöja våldsutsattheten (Bacchus m.fl., 2003; Damra m.fl., 2015; Kelly, 2006; Othman m.fl., 2014; Shaheen m.fl., 2020; Zink m.fl., 2004). Resultatet visade även på att kvinnorna upplevde läkare som svårtillgängliga och att de inte hörsammade vad kvinnorna sa. En del kvinnor uppgav att sjuksköterskorna och barnmorskorna var mer tillgängliga, att de hade mer tid och att relationen dem emellan var mer genuin (Damra m.fl., 2015). Mötet mellan kvinnorna och vårdpersonalen beskrevs som för kort för att kunna hantera komplexiteten som kommer med att vara utsatt för våld i nära relation (Bacchus m.fl., 2003; Damra m.fl., 2015; Kelly, 2006; Narula m.fl., 2012; Othman m.fl., 2014; Shaheen m.fl., 2020; Zink m.fl., 2004). Upplevelsen var att ett förtroligt samtal inte kunde utföras då läkaren behövde avsluta för att fortsätta med nästa patient på tur (Shaheen m.fl., 2020). Det krävdes mer tid och kontinuitet för att bygga en relation där samtal om våld i nära relation lättare kunde tas upp (Bacchus m.fl., 2003).

Att få frågor om att vara utsatt för våld i opassande situationer, exempelvis inför andra patienter eller inför sin förövare eller annan medföljare upplevdes som obekvämt av kvinnorna som då undvek att svara. Det framkom att kvinnorna hade önskemål om att endast få frågan om våldsutsatthet då vårdgivare och patient var ensamma (Bacchus m.fl., 2003; Damra m.fl., 2015; Shaheen m.fl., 2020).

## DISKUSSION

## METODDISKUSSION

För att besvara syftet gjordes en litteraturöversikt med systematisk ansats och kvalitativ design. I jämförelse med en systematisk litteraturöversikt är denna mer begränsad. I en systematisk litteraturöversikt finns material från all tillgänglig forskning sammanställd utifrån den aktuella frågeställningen (Polit & Beck, 2021). Anledningen till valet av metod var att det fanns en tidsram och bestämmelser kring själva genomförandet. En styrka i valet av metod är dock att tillvägagångssättet skett på samma strukturerade sätt som vid en systematisk litteraturöversikt. I denna litteraturöversikt användes tre databaser, PubMed, CINAHL och PsycINFO. Att flera olika databaser användes i sökningen rekommenderas enligt Bettany-Saltikov och McSherry (2016) och kan betraktas som en styrka för studien. Författarna fick många identiska sökträffar i de tre databaserna som användes, vilket tyder på att en stor del av det befintliga underlaget fångats upp.

Inklusions- och exklusionskriterierna definierades innan arbetet påbörjades, enligt Bettany-Saltikov och McSherry (2016) krävs detta för att ge studien hög kvalitet. Att inklusions- och exklusionskriterierna var fördefinierade upplevdes tydliggöra urvalsprocessen. Endast kvalitativa studier inkluderades. Det kan eventuellt ses som en svaghet, att studier med mixad och kvantitativ metod exkluderats, då eventuella data av substans kan ha gått förlorad. Dessa studier hade kanske kunnat stärka resultatet.

Initialt tänkte författarna ha en tidsbegränsning på artiklar publicerade de senaste 10 åren, då synen på våld i nära relationer kan ha förändrats med tiden. Efter noggrant övervägande ändrades tidsramen till artiklar publicerade mellan år 2003–2023 då författarna bedömde att forskning som gjorts i ämnet de senaste 20 åren är aktuell. Författarnas grundtanke var att skriva specifikt om primärvården men det fanns inte tillräckligt med material för ämnet. En försvårande omständighet var att öppenvård/primärvård inte är helt applicerbart på andra länder då sjukvårdssystemen ser olika ut i jämförelse med Sverige. Därav valdes hela hälso- och sjukvården, i samråd med handledare, då detta begrepp innefattar vårdpersonal inom både öppen- och slutenvård. Vårdpersonalen kan vara såväl grund- som specialistutbildade sjuksköterskor och läkare.

Studiernas ursprungsländer skiljer sig åt. Sex av studierna är utförda i Europa, Sverige (n = 2), England (n = 2), Tyskland (n = 1) och Nederländerna (n = 1). Fem av studierna är utförda i

Nordamerika, USA (n = 2), Kanada (n = 2) och Mexico (n = 1). Fyra studier kommer från Asien; Jordanien, Palestina, Japan och Malaysia. Författarna valde att inte göra någon avgränsning gällande vare sig land eller världsdel då våld mot kvinnor förekommer inom alla kulturer och i alla världens länder. Det är idag ett erkänt globalt samhällsproblem och en kränkning av kvinnors mänskliga rättigheter (WHO, 2019). Polit och Beck (2021) framhåller att data med variation är önskvärt vid genomförande av litteraturöversikter för att sammanställa en bred kunskap. Detta kan dock ha effekt på generaliserbarheten, med det menas i vilken utsträckning resultaten av kvalitativa studier kan överföras till andra miljöer och grupper (Polit & Beck, 2021). I denna litteraturöversikt blir överförbarheten till en svensk kontext aktuell att diskutera, då de enskilda studiernas hälso- och sjukvårdssystem, statsskick och rättssamhällen skiljer sig åt. Författarna är medvetna om det, men anser att kvinnors upplevelser av bemötande världen över ändå är applicerbara på Sverige som är ett mångkulturellt land. Även om studierna geografiskt skiljde såg åt så framkom inga påtagliga skillnader i hur bemötandet upplevdes av kvinnorna, vilket kan tänkas stärka resultatet.

Studierna är utförda på kvinnor med erfarenhet av bemötande från hälso- och sjukvårdspersonal på olika vårdinrättningar. Deltagarna har delat med sig av sina upplevelser av bemötandet från mödravården, akutmottagning, kirurgmottagning och primärvården. Författarna tänker att sammanhanget är av mindre betydelse då upplevelsen av bemötandet innefattar det mellanmänskliga mötet inom hälso- och sjukvården och det sker inom samtliga skilda vårdinrättningar. Detsamma gäller överförbarheten på andra grupper såsom till exempel män och barn.

I denna litteraturöversikt har sökningarna presenterats i en sökmatrix (se Bilaga 2), vilket ger replikerbarhet som i sin tur ökar reliabiliteten (Polit & Beck, 2021). Att fritextord, ämnesord och provsökningar tagits fram med hjälp av en bibliotekarie bör ses som en styrka för processen kring datainsamlingen, då bredden och omfattningen på sökningarna på så vis optimerats. Sökningarna i en litteraturöversikt skall vara systematiska, omfattande och noggranna. Detta för att inte missa relevanta studier vilket påverkar tillförlitligheten (Polit & Beck, 2021).

Författarna använde sig av SBU:s mall *Bedömning av studier med kvalitativ metodik* (SBU, 2022) för kvalitetsgranskning, däribland bedömning av tillförlitlighet och eventuella

metodologiska brister i originalstudierna. Enligt Polit och Beck (2021) så kan checklistor användas för att granska att inkluderade studier har hög kvalitet och för att minska risken för bias. För att öka kvalitetskontrollen av artiklarna så granskades alla studier först individuellt av författarna och sedan diskuterades de gemensamt igenom, för att se om kvalitén uppfyllde granskningsmallens fem steg. De studier som var utförda med en specificerad modell eller teori bedömdes ha genomförts i samklang med utvalda teorier. Deltagarna i de utvalda studierna är alla vuxna kvinnor, men i en av studierna (Zink m.fl., 2004) deltar endast kvinnor över 55 års ålder, som svarade på en annons som rekryterade kvinnor som varit i ett “kränkande förhållande”. Det kan diskuteras om äldre kvinnor har svårare att inleda samtal gällande våld i nära relationer med sina vårdgivare. Det visade sig i studien att åtta av de 38 deltagande kvinnorna i studien hade samma vårdgivare som sin make, vilket kan ha bidragit till att våldsutsattheten blir än svårare att ta upp. Författarna ansåg att urvalet av deltagare och rekryteringssätt inte kan ses som en svaghet, då studiens resultat är relevant för syftet. Gällande datainsamlingen så kan våld i nära relationer ses som ett känsligt ämne, något som beaktats i studierna. För att exemplifiera så skedde intervjuerna individuellt och inte i grupp. Analysprocessen beskrivs i samtliga studier och upplevs av författarna som noggrant utförda. Ingen av studierna redovisar att forskaren på något sätt skulle ha en relation till någon av studiedeltagarna. Inte heller att det finns några ekonomiska aspekter som kan påverka forskaren eller deltagarna. Ingen av de 15 aktuella studierna exkluderades i samband med kvalitetsgranskningen, då samtliga bedömdes ha obetydliga eller mindre brister. Eftersom författarnas erfarenhet av kvalitetsgranskning av vetenskapliga artiklar är begränsad så kan detta ses som en svaghet.

Författarna har försökt att ta till sig resultatet genom att upprepade gånger gå tillbaka till materialet och läsa igen. Inför och under det arbetets gång har diskussioner och reflektioner angående förförståelsen medvetandegjorts, med syftet att bidra till ökad objektivitet. Som tidigare nämnts, under forskningsetiska överväganden, så har författarnas förförståelse diskuterats där. Under analysprocessen är det centralt att datamaterialet läses igenom flera gånger (Polit & Beck, 2021).

Att ha varit två författare till denna litteraturöversikt är en styrka, då materialet jämförts och diskuterats kontinuerligt vilket minskar risken för bias. Till exempel har resultaten och framtagandet av meningsbärande enheter utförts enskilt och därefter har författarna

sammanfört respektive material och jämfört. Det framkom då en hög grad av samstämmighet mellan det enskilt kodade materialet. Utöver det så har hela arbetets gång kontinuerligt granskats av handledare och kurskamrater, varvid frågor och kommentarer bidragit till omarbetningar, förtydliganden och följsamhet till avsedda riktlinjer. Polit och Beck (2021) skriver att öppenhet kring arbetsprocessen och dataanalysen är av yttersta vikt. Att materialet under processens gång gjorts tillgängligt för de nyss nämnda bidrar till att stärka litteraturöversiktens validitet.

## RESULTATDISKUSSION

De centrala fynden från resultatet visar på hur ett bristande bemötande från hälso- och sjukvården bidrar till negativa konsekvenser för våldsutsatta kvinnor och hur upplevelsen av bemötandet i hälso- och sjukvården grundar sig i vårdpersonalens förmåga att lyssna, visa empati samt att fråga om våld. Dessa centrala fynd kommer att diskuteras mot bakgrunden och mot ny forskning under rubrikerna; *Ett negativt bemötande kan bli förödande för kvinnan, Ett gott bemötande med personcentrerad vård, Vårdpersonalen måste ha med våld som förklaringsmodell* samt *Vårdpersonalens kompetens*.

### Ett negativt bemötande kan bli förödande för kvinnan

Resultatet i denna litteraturöversikt visar på att ett mindre gott eller rentav dåligt bemötande medför att kvinnorna väljer att avstå från att söka vård, vilket i sin tur kan få följder som tilltagande isolering eller att inte få vård för de skador eller sjukdomar som orsakats av våldet. I Sverige finns utarbetade föreskrifter och vägledande dokument som beskriver hur omhändertagandet av våldsutsatta kvinnor ska ske, bland annat så ska situationen göras så trygg som möjligt, ett förtroendefullt förhållande ska etableras mellan vårdpersonal och kvinnan och därtill skall arbetet hålla en hög kvalitet (HSLF-FS, 2022:39; Socialstyrelsen, 2014). Det finns också etiska koder för vårdpersonal som beskriver hur patienternas hälsa och välmående ska vara det centrala (SSF, 2017; Sveriges läkarförbund, 2017). I litteraturöversiktens resultat framkommer det att det finns brister i bemötandet av våldsutsatta kvinnor i hälso- och sjukvården. Kvinnorna beskriver beteenden från vårdpersonalens sida som avvisande, skuldbeläggande och ovänliga. Upplevelsen av ett bemötande utan medkänsla ger ett försämrat eller till och med ett försakat förtroende för hälso- och sjukvården, som i sin tur föranleder ett undvikande av att uppsöka sjukvården framledes. Detta stämmer väl överens med vad Kunskapsguiden (2019) skriver, att ett negativt bemötande leder till

patientsäkerhetsbrister. I en studie av Liebschutz m.fl. (2008) analyserades material från intervjuer med kvinnor som varit utsatta för våld i nära relationer. Syftet var att förstå vilka risker och fördelar själva avslöjandet om våldsutsattheten medfört. Resultatet visade att de kvinnor som inte upplevde rätt typ av stöd eller hjälp av sin läkare, valde att undvika sjukvården eller byta vårdgivare. Vi upplever att den insikten i kombination med de lärdomar som bakgrundsarbetet av denna litteraturöversikt medfört är oroande. Våld i nära relationer tenderar att eskalera ju längre relationen fortgår (NCK, 2023b) och konsekvenserna kan bli förödande för den utsatta kvinnan, som riskerar försämrad hälsa och risk för allvarlig skada, död eller suicid (WHO, 2021). I studien av Ellis m.fl. (2020) undersöktes vad personer med drogmissbruk hade för erfarenheter av hälso- och sjukvården. Här visade det sig att ett dåligt bemötande avskräckte från att söka sjukvård och ledde till att inte våga avslöja viktig information om sin hälsa, vilket resulterade i försämrade resultat av vården. Författarna är av uppfattningen att våldsutsatta kvinnor som kommer till vården med olika sökorsaker, måste fångas upp och tas om hand. Vid ett negativt bemötande kan chansen för att nå fram eller etablera en förtrolig relation ha gått förlorad. Ett negativt bemötande av hälso- och sjukvården kan tänkas försena och försvåra framtida läkning hos kvinnan som kan komma att ha mycket att bearbeta efter att ha blivit utsatt för våld. Därav är det av högsta vikt att all personal inom hälso- och sjukvården agerar empatiskt, öppet och professionellt.

### Ett gott bemötande med personcentrerad vård

I litteraturöversiktens resultat framkom att kvinnorna ville bli sedda, hörda och förstådda. När denna typ av bemötande uppfylls ökar chansen att de delar med sig av sin situation. Det bidrog också till att deras känsla av skam minskade. Detta stämmer väl överens med vikten av att arbeta med personcentrerad omvårdnad, att ha ett intresse för patienten och dennes perspektiv är en del av den personcentrerade vården (Edberg m.fl., 2021). Att arbeta personcentrerat och att utgöra ett stöd för patienten oavsett sjukdomstillstånd är en stor del av distriktssköterskans ansvarsområde. Det krävs mångsidig kunskap och hög kompetens för att kunna se tecken på våldsutsatthet samt för att kunna ge en adekvat omvårdnad. I distriktssköterskans roll är det av stor vikt att ha ett etiskt förhållningssätt och att ha respekt för kvinnans integritet och autonomi. Att arbeta personcentrerat kan öka chansen för en förtroendefull relation (Svensk sjuksköterskeförening, 2019). Författarna anser att utgångspunkten i mötet mellan patient och vårdgivare skall vara att verkligen se den unika människan. Varje patient har erfarenheter, behov och resurser som behöver uppmärksammas.

Att möta en våldsutsatt kvinna utifrån ett personcentrerat förhållningssätt kan tänkas vara fördelaktigt då de fysiska, psykiska, sociala och existentiella behoven behöver tillgodoses. I en spansk studie av Goicolea m.fl. (2017) undersöktes primärvårdspersonalens uppfattningar om hur de kunde erbjuda hjälp för kvinnor som lever med våld i nära relationer. Deltagarna i studien ansåg att personcentrerad vård underlättade och möjliggjorde upptäckten av våldsutsatthet och främjade en mer ändamålsenlig omvårdnad. Bland annat framkom att vårdpersonalen kände att de behövde utforska kvinnans psykologiska och emotionella sfär och det sociala sammanhanget för att bäst kunna svara till just hennes behov. Hinder för att arbeta personcentrerat uppgavs vara organisatoriska i hela hälso- och sjukvårdssystemet, som exempelvis för hög arbetsbelastning och felaktig fördelning av mänskliga och materiella resurser. Författarna till föreliggande litteraturöversikt upplever att personcentrerad omvårdnad med ett lyhört bemötande från vårdpersonalens sida är en förutsättning för en god vård. Det kan vara så som det beskrivs i studien av Goicolea m.fl. (2017), att en hög arbetsbelastning påverkar vårdpersonalens förmåga att arbeta med en personcentrerad vård. Författarna tänker att ett bemötande som innefattar patientens delaktighet och behov inte behöver ta tid. Det handlar mycket om hur patienten tas emot, hur vårdpersonalen hälsar, presenterar sig, kroppsspråk och mimik. Om tiden i mötet med patienten är knapp så kan ett uppföljande besök bokas in.

### Vårdpersonalen måste ha med våld som förklaringsmodell

Kvinnor får sällan få frågor om våldsutsatthet trots att hälso- och sjukvården har ett stort ansvar vad gäller att uppmärksamma och stödja patienter som är utsatta för våld. I en studie av Mørk m.fl. (2014) undersöktes vad som hindrade allmänläkare från att fråga om våldsutsatthet. Resultatet visade att det kändes obekvämt att fråga om våld samt att läkarna upplevde att de har för lite tid på sig i mötet med kvinnan för att kunna hantera svaret på ett korrekt sätt. De kände även att de inte hade tillräckligt med kompetens och erfarenhet. De allmänläkare som deltog i studien uppgav att våld i nära relationer var en allvarlig fråga och att de alltid frågade på tydlig indikation, exempelvis vid blåmärken som inte stämde överens med redogörelsen av vad som hänt. Författarna anser att det är grundläggande att fråga om våld för att ha möjlighet att upptäcka våldsutsatta kvinnor, då det framkommer att kvinnor sällan berättar om våldet på eget initiativ. Det kan mycket väl vara så som det beskrivs i studien av Mørk m.fl. (2014), att det finns en tids- och kunskapsbrist som gör att vårdpersonal undviker att lyfta frågan. Författarna tror att det är viktigt att ställa frågan även för att

signalera för kvinnorna att våldet inte är acceptabelt. Om svaret är nekande så behöver budskapet ändå framgå, att hälso- och sjukvården kommer fortsätta att fråga samt att vårdpersonalen finns där för att ta emot och agera på svaret. Det finns många olika sätt att ställa frågor om våld på, men det primära är att få patienten att känna sig trygg i situationen.

Resultatet visar även att kvinnor inte har något emot att bli tillfrågade om våld, detta gäller framförallt vid tydliga tecken på våldsutsatthet. Känslor som frustration och besvikelse framkommer i samband med att inte få frågor om våld när kvinnan känner sig redo att berätta. I studien av Mørk m.fl. (2014) undersöktes även hur kvinnor föredrar att bli tillfrågade om våldsutsatthet. Kvinnorna i studien var överens om att de inte har något emot om att bli tillfrågade om våld, om det görs på ett icke-dömande och empatiskt sätt. De ville bli tillfrågade för att kunna få hjälp och kände inte att de själva ville be om det. Detta stämmer överens med resultatet av denna litteraturöversikt som visar att kvinnor vill få frågor om våld i nära relationer, men att det även är väldigt viktigt på vilket sätt det görs. Det ska ske vid passande situationer och i enrum, vilket borde vara en självklarhet för all personal som är verksam inom hälso- och sjukvården.

### Vårdpersonalens kompetens

Resultatet i denna litteraturöversikt visar att upplevelsen av att bli tillfrågad om våld i nära relation ger en bekräftelse på att våldet är fel, skadligt och behöver få ett slut. Eftersom kvinnorna ofta har normaliserat våldet så är det viktigt att vårdpersonalen kommunicerar att det faktiskt är våld det handlar om, och att det de utsätts för är fel och även olagligt. Alla människor har rätt att leva ett liv utan våld. Normaliseringsprocessen finns beskriven av Lundgren (2012) och den modellen används för att förklara att kvinnor inte inser att de är utsatta för våld i nära relationer. I studien av Francis m.fl. (2017) styrks detta, där beskrivs hur våldsutsatta kvinnor ofta behövde vända sig till andra, utanför relationen, för att få bekräftelse på våldet innan de själva kunde bedöma sin relation. Studien visade att vårdpersonal som fått utbildning om normaliseringsprocessen hade en högre förståelse och bredare kunskap som bidrog till ett mer gediget stöd, vilket också påverkade bemötandet i en positiv riktning. I en översiktsartikel av Kalra m.fl. (2021) undersöktes och bedömdes effekten av utbildningsprogram för vårdpersonal i jämförelse mot ingen intervention, placebo eller vanlig fortbildning för vårdpersonal. Utbildningen avsåg träning för vårdpersonal i att identifiera och bemöta våldsutsatta kvinnor. Studien visade att utbildning om våld i nära relationer förbättrar



vårdpersonalens kunskap, praxis och till viss del även attityd till våld i nära relationer. Att endast utföra screening för våld i nära relationer var inte tillräckligt för att stödja de drabbade. Hur vårdpersonalen responderar gentemot kvinnan är avgörande. Det kunde handla om att validera den drabbades känslor, utfärda remisser till instanser som socialtjänst och kvinnofridscenter men även hur dokumentationen sker.

## **KLINISKA IMPLIKATIONER**

Föreliggande litteraturöversikt kan bidra till större insikt i hur våldsutsatta kvinnor upplever bemötandet i hälso- och sjukvården. Resultatet är applicerbart på såväl primärvård som slutenvård samt andra vårdformer där sjukvårdspersonal möter kvinnor i sitt arbete.

Distriktssköterskans arbete innefattas till stor del av enskilda patientmöten, därav finns goda förutsättningar att applicera kunskapen som kommer med kvinnornas upplevelser. Det är värdefulla insikter som är relevanta för både omvårdnaden och det medicinska omhändertagandet. Att våga fråga, att vara lyhörd, att ta sig tid och att bekräfta patienten är viktiga delar att ha med sig. Att arbeta för att bygga en förtrolig relation med kvinnan som grundar sig på ett empatiskt omhändertagande utan skuldbeläggande eller ifrågasättande av hennes relationsstatus. Till det att tänka på att fråga om våld under säkra förhållanden, utan medföljande och i enrum. Genom att vården följer upp och värnar om kontinuiteten i mötet ökar chansen att kvinnan känner sig trygg och att en förtroendefull relation kan etableras.

Det är av stor vikt att sjukvårdspersonal kontinuerligt reflekterar över sitt bemötande, till exempel hur de agerar för att få patienten att känna sig trygg. Att beakta kunskapen om vad ett gott respektive negativt bemötande innefattar och på så vis utgå från det kvinnorna värdesätter, medför att vården blir mer ändamålsenlig för de drabbade. Det kan förhoppningsvis resultera i att våldsutsatthet upptäcks i större utsträckning och att kvinnorna blir bättre omhändertagna i hälso- och sjukvården. Det kan tänkas att regelbunden fortbildning med scenarioträning, där sjukvårdspersonalen får öva på att ställa frågor om våld i nära relationer, skulle vara gynnsamt. Till det utbildning i riskfaktorer och att få kunskap om normaliseringsprocessen, vilket skulle bidra till större kunskap och ökad trygghet hos sjukvårdspersonalen.

## **FÖRSLAG TILL FORTSATT FORSKNING**

Våld i nära relationer är ett globalt samhällsproblem som har stora konsekvenser på både individ- och samhällsnivå. Ämnet har blivit mer belyst de senaste decennierna och därav mer uppmärksammat. Ändock belyser denna litteraturöversikt många brister i bemötandet av våldsutsatta kvinnor, vilket kan bero på okunskap inom hälso- och sjukvården. Bristerna visar på ett behov av vidare forskning i ämnet, för att kunna öka intresset och kompetensen hos hälso- och sjukvårdspersonalen. Det vore intressant med en mixad metodstudie i syfte att studera verksamheter inom hälso- och sjukvården som har lyckats implementera en välfungerande rutin för att fråga, identifiera och stödja våldsutsatta patienter i praktiken. Detta för att uppmärksamma lyckade exempel som går att överföra till andra verksamheter. Vidare förslag till fortsatt forskning är kvalitativa studier gällande våldsutsatta kvinnors syn på vad som är våld och hur man pratar om våld, utifrån kulturella och etiska aspekter. Detta för att kunna öka förståelsen för hur kvinnor själva ser på våld i nära relationer och därmed öka kunskapen hos hälso- och sjukvårdspersonalen.

## **SLUTSATS**

Trots de många föreskrifter och vägledande dokument som finns så framkommer flertalet brister i bemötandet av kvinnor utsatta för våld i nära relationer. Vikten av stöd är centralt och vårdpersonalen behöver rätt kunskap kring komplexiteten runt våld i nära relationer och normaliseringsprocessen. Denna litteraturöversikt visar att när vårdpersonalen bemöter kvinnorna utan medkänsla, avvisar eller skuldbelägger dem, så kan det leda till ett undvikande av hälso- och sjukvården, vilket i sin tur kan ge konsekvenser för hälsan och välbefinnandet. När vårdpersonalen är inkännande och ger ett gott bemötande blir det lättare att öppna upp sig om sin situation, och känslan av ensamhet och skam minskar.

## REFERENSFÖRTECKNING

\*artikel inkluderad i resultatet

- Alsaker, K., Moen, E. B., Morken, T., & Baste, V. (2018). Intimate partner violence associated with low quality of life - a cross-sectional study. *BMC Womens Health* 4;18(1):148. <https://doi.org/10.1186/s12905-018-0638-5>
- \*Bacchus, L., Mezey, G., & Bewley, S. (2003). Experiences of seeking help from health professionals in a sample of women who experienced domestic violence. *Health & social care in the community*, 11(1), 10–18. <https://doi.org/10.1046/j.1365-2524.2003.00402.x>
- Barimani, M., & Elvin-Nowak, Y. (2022). "Jag visste inte att vården kunde hjälpa mig.": Om kvinnors utsatthet för våld i nära relationer i Region Stockholm. Akademiskt primärvårdscentrum.
- Bettany-Saltikov, J., & McSherry, R. (2016). *How to do a systematic literature review in nursing: A step-by-step guide*. London: McGraw-Hill Education.
- Bradbury-Jones, C., Clark, M., & Taylor, J. (2017). Abused women's experiences of a primary care identification and referral intervention: a case study analysis. *Journal of Advanced Nursing* 73(12), 3189–3199. <https://doi.org/10.1111/jan.13250>
- Brottsförebyggande rådet [BRÅ]. (2023, 3 april). *Våld i nära relationer*. <https://bra.se/statistik/statistik-utifran-brottstyper/vald-i-nara-relationer.html>
- \*Damra, J., Abujilban, S., Rock, M., Tawalbeh, I., Ghbari, T., & Ghaith, S. (2015). Pregnant Women's Experiences of Intimate Partner Violence and Seeking Help from Health Care Professionals: A Jordanian Qualitative Study. *Journal of Family Violence*, 30(6), 807–816. <https://doi-org.esh.idm.oclc.org/10.1007/s10896-015-9720-z>
- Edberg, A-K., Ehrenberg, A., Wijk, H., & Öhlén, J. (2021). *Omvårdnad på avancerad nivå: Kärnkompetenser inom sjuksköterskans specialistområden*. Studentlitteratur.
- \*Edin, K. E., Dahlgren, L., Lalos, A., & Högberg, U. (2010). "Keeping up a front": narratives about intimate partner violence, pregnancy, and antenatal care. *Violence against women*, 16(2), 189–206. <https://doi.org/10.1177/1077801209355703>
- Ellis, K., Walters, S., Friedman, S-R., Ouellet, L-J., Ezell, J., Rosentel, K., & Pho, M-T. (2020). Breaching Trust: A Qualitative Study of Healthcare Experiences of People Who Use Drugs in a Rural Setting. *Frontiers in Sociology*, 10;5:593925. <https://doi.org/10.3389/fsoc.2020.593925>
- Elwin-Nowak, Y., & Dahlström, K. (2023). *Regionalt vårdprogram 2023: Våld i nära relationer*. Akademiskt primärvårdscentrum. [https://kunskapsstodforvardgivare.se/download/18.3359ea571864b852fc45e8a/1678106020361/V%C3%A5ld%20i%20n%C3%A4ra%20relationer%20v%201\\_230130.pdf](https://kunskapsstodforvardgivare.se/download/18.3359ea571864b852fc45e8a/1678106020361/V%C3%A5ld%20i%20n%C3%A4ra%20relationer%20v%201_230130.pdf)
- Francis, L., Loxton, D., & James, C. (2017). The culture of pretence: a hidden barrier to

recognising, disclosing and ending domestic violence. *Journal of Clinical Nursing* 26(15–16):2202–2214. <https://doi-org.esh.idm.oclc.org/10.1111/jocn.13501>

Goicolea I, Mosquera P, Briones-Vozmediano E, Otero-García L, García-Quinto M, Vives-Cases C. (2017). Primary health care attributes and responses to intimate partner violence in Spain. *Gac Sanit* 31(3):187–193. <https://doi.org/10.1016/j.gaceta.2016.11.012>

Hjalmarsson, P. (2013). Ett patientperspektiv på den multiprofessionella vården. I. J. Leksell & M, Lepp. (Red). *Sjuksköterskans kärnkompetenser*. (s 135–138). Stockholm: Liber.

HSLF-FS 2022:39. *Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd om våld i nära relationer*.

Istanbulkonventionen. (2011). *Europarådets konvention om förebyggande och bekämpning av våld mot kvinnor och av våld i hemmet*. Europarådets föredragsserie, nr. 201. <https://rm.coe.int/1680462544>

Kalra, N., Hooker, L., Reisenhofer, S., Di Tanna, G. L., & García-Moreno, C. (2021). Training healthcare providers to respond to intimate partner violence against women. *The Cochrane database of systematic reviews*, 5(5), CD012423. <https://doi.org/10.1002/14651858.CD012423.pub2>

\*Keeling, J., & Fisher, C. (2015). Health Professionals' Responses to Women's Disclosure of Domestic Violence. *Journal of interpersonal violence*, 30(13), 2363–2378. <https://doi.org/10.1177/0886260514552449>

\*Kelly, U. (2006). “What will happen if I tell you?” Battered Latina women’s experiences of health care. *Canadian Journal of Nursing Research*, 38(4), 79–95. <https://cjr.archive.mcgill.ca/article/view/2020>

Kunskapsguiden. (2019, 20 juni). *Om bemötande i hälso- och sjukvården*. <https://kunskapsguiden.se/omraden-och-teman/arbetsmetoder-och-perspektiv/bemotande-i-halso-och-sjukvarden/om-bemotande-i-halso-och-sjukvarden/>

Lagdon, S., Armour, C., & Stringer, M. (2014). Adult experience of mental health outcomes as a result of intimate partner violence victimization: a systematic review. *European Journal of Psychotraumatology*, 12;5. <https://doi.org/10.3402/ejpt.v5.24794>

\*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), 229–236. <https://doi.org/10.1186/1471-2458-8-229>

Lundgren, E. (2012). *Våldets normaliseringsprocess och andra våldsförståelser*. Växjö: ROKS.

Lundgren, E., Heimer, G., Westerstrand, J., & Kalliokoski, A-M. (2001). *Slagen Dam. Mäns våld*

*mot kvinnor i jämställda Sverige - en omfångsundersökning*. Umeå: Fritzes Offentliga Publikationer.

- Lundh, C., Segesten, K., & Björkelund, C. (2004) To be a helpless helpoholic - GPs' experiences of women patients with non-specific muscular pain. *Scandinavian Journal of Primary Health Care*, 22(4):244–247. <https://doi.org/10.1080/02813430410006756>
- Lundman, B., & Hällgren-Graneheim, U. (2017). Kvalitativ innehållsanalys. Höglund-Nielsen, M. & Granskär, M. (Red.). *Tillämpad kvalitativ forskning inom hälso-och sjukvård*. Studentlitteratur. (3. uppl).
- \*Lutz, K. F. (2005). Abused pregnant women's interactions with health care providers during the childbearing year. *Journal of obstetric, gynecologic, and neonatal nursing*, 34(2), 151–162. <https://doi.org.esh.idm.oclc.org/10.1177/0884217505274580>
- Mørk, T., Tenggaard Andersen, P., & Taket, A. (2014). Barriers among Danish women and general practitioners to raising the issue of intimate partner violence in general practice: a qualitative study. *BMC Womens Health*, 3;14:74. <https://doi.org/10.1186/1472-6874-14-74>
- \*Narula, A., Agarwal, G., & McCarthy, L. (2012). Intimate partner violence: patients' experiences and perceptions in family practice. *Family Practice*, 29(5):593–600. <https://doi.org/10.1093/fampra/cms008>
- Nationellt centrum för kvinnofrid [NCK]. (2023a). *Kostnader för mäns våld mot kvinnor*. <https://www.nck.uu.se/kunskapsbanken/amnesguider/vald-i-nara-relationer/valdets-kostnader> (Hämtad 2023-03-31).
- Nationellt centrum för kvinnofrid [NCK]. (2023b). *Våld i nära relationer*. <https://www.nck.uu.se/kunskapsbanken/amnesguider/vald-i-nara-relationer/vald-i-nara-relationer> (Hämtad 2023-02-23).
- \*Nemoto, K., Rodriguez, R., & Mkandawire-Valhmu, L. (2008). Battered Japanese women's perceptions and experiences of beneficial health care. *Japan journal of nursing science: JJNS*, 5(1), 41–49. <https://doi.org/10.1111/j.1742-7924.2008.00099.x>
- \*Othman, S., Goddard, C., & Piterman, L. (2014). 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>
- Polit, D. F., & Beck, C. T. (2021). *Nursing research: Generating and assessing evidence for nursing practice*. (11. uppl.). Philadelphia: Wolters Kluwer Health/Lippincott Williams & Wilkins.
- \*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 and well-being*, 9:1. <https://doi.org/10.3402/qhw.v9.23166>
- 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. *The British journal of general practice: the journal of the Royal College of General Practitioners*, 62(602), 647-655. <https://doi.org/10.3399/bjgp12X654623>

Regeringskansliet. (2015). *Agenda 2030 och de globala målen för hållbar utveckling*. <https://www.regeringen.se/regeringens-politik/globala-malen-och-agenda-2030/17-globala-mal-for-hallbar-utveckling/> (Hämtad 2023-03-31).

SFS (2001:453). *Socialtjänstlag*.

SFS (2003:460). *Lag om etikprövning av forskning som avser människor*.

SFS (2017:30). *Hälso- och sjukvårdslag*.

\*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), 1-10. <https://doi.org.esh.idm.oclc.org/10.1186/s12889-020-09907-8>

Simmons, J., Wijma, B., & Swahnberg, K. (2015). Lifetime co-occurrence of violence victimisation and symptoms of psychological ill health: a cross-sectional study of Swedish male and female clinical and population samples. *BMC public health*, 15, 979. <https://doi.org/10.1186/s12889-015-2311-3>

Socialstyrelsen (2014). *Att vilja se, vilja veta och våga fråga. Vägledning för att öka förutsättningar att upptäcka våldsutsatthet*. (Artikelnummer 2014-10-30). <https://www.socialstyrelsen.se/globalassets/sharepoint-dokument/artikelkatalog/vagledning/2014-10-30.pdf>

Socialstyrelsen (2015). *Att mötas i hälso- och sjukvård. Ett utbildningsmaterial för reflektion om bemötande och jämlika villkor*. <https://www.socialstyrelsen.se/globalassets/sharepoint-dokument/artikelkatalog/ovrigt/2015-1-5.pdf>

Socialstyrelsen. (2022, 8 maj). *Våld i nära relationer*. <https://www.socialstyrelsen.se/kunskapsstod-och-regler/omraden/vald-och-brott/vald-i-nara-relationer/>

Spencer, C. M., Keilholtz, B. M., Palmer, M., & Vail, S. L. (2022). Mental and Physical Health Correlates for Emotional Intimate Partner Violence Perpetration and Victimization: A Meta-Analysis. *Trauma, Violence, & Abuse*, 0(0). <https://doi.org.esh.idm.oclc.org/10.1177/15248380221137686>

Statens beredning för medicinsk och social utvärdering [SBU]. (2022). *Bedömning av studier med kvalitativ metodik*. [https://www.sbu.se/globalassets/ebm/bedomning\\_studier\\_kvalitativ\\_metodik.pdf](https://www.sbu.se/globalassets/ebm/bedomning_studier_kvalitativ_metodik.pdf)

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*, 26(15-16):2256-2265. <https://doi.org/10.1111/jocn.12992>

- Svensk sjuksköterskeförening. (2017). ICN:s etiska kod för sjuksköterskor. <https://swenurse.se/download/18.9f73344170c0030623146a/1584003553081/icns%20etiska%20kod%20f%C3%B6r%20sjuks%C3%B6terskor%202017.pdf> (Hämtad 2023-02-24).
- Svensk sjuksköterskeförening. (2019). *Distriktssköterskeföreningen i Sverige: Kompetensbeskrivning avancerad nivå distriktssköterska*. <https://swenurse.se/download/18.9f73344170c0030623175b/1584023673165/kompetensbeskrivning%20distriktss%C3%B6terska%202019.pdf>
- Sveriges läkarförbund. (2017). *Läkarförbundets etiska regler*. <https://slf.se/rad-och-stod/etik/lakarforbundets-etiska-regler/> (Hämtad 2023-02-24).
- Taşkale, N., & Soygüt, G. (2017). Risk Factors for Women's Intimate Partner Violence Victimization: An Examination from the Perspective of the Schema Therapy Model. *Journal of Family Violence*, 32(1): 3–12. <https://doi-org.esh.idm.oclc.org/10.1007/s10896-016-9855-6>
- Vetenskapsrådet. (2017, 12 juni). *God forskningssed*. [https://www.vr.se/download/18.2412c5311624176023d25b05/1555332112063/God-forsknings-sed\\_VR\\_2017.pdf](https://www.vr.se/download/18.2412c5311624176023d25b05/1555332112063/God-forsknings-sed_VR_2017.pdf)
- Wake, A. D., & Kandula, U. R. (2022). The global prevalence and its associated factors toward domestic violence against women and children during COVID-19 pandemic-"The shadow pandemic": A review of cross-sectional studies. *Women's health* 18. <https://doi.org/10.1177/17455057221095536>
- \*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*, 27(5–6), 949–957. <https://doi-org.esh.idm.oclc.org/10.1111/jocn.14046>
- Wessel, M., Helgesson, G., Olsson, D., Juth, N., Alexanderson, K., & Lynöe, N. (2013). When do patients feel wronged? Empirical study of sick-listed patients' experiences with healthcare encounters. *European Journal of Public Health*, 23(2), 230-235. <https://doi-org.esh.idm.oclc.org/10.1093/eurpub/cks030>
- \*Wester, W., Wong, S. L., & Lagro-Janssen, A. L. (2007). What do abused women expect from their family physicians? A qualitative study among women in shelter homes. *Women & health*, 45(1), 105–119. [https://doi.org/10.1300/J013v45n01\\_07](https://doi.org/10.1300/J013v45n01_07)
- World Health Organization [WHO]. (2019, 9 mars). Violence against women. <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/violence-against-women>
- World Medical Association (2013). WMA declaration of Helsinki: Ethical principles for medical research involving human subjects. <https://www.wma.net/policies-post/wma-declaration-of-helsinki-ethical-principles-for-medical-research-involving-human-subjects/>
- \*Zink, T., Jacobson, C. J., Jr, Regan, S., & Pabst, S. (2004). Hidden victims: the healthcare needs

and experiences of older women in abusive relationships. *Journal of women's health*, 13(8), 898–908. <https://doi.org/10.1089/jwh.2004.13.898>



## **BILAGA 1: SBU:s mall för kvalitetsgranskning**

# Bedömning av studier med kvalitativ metodik

UPPDATERAD 2022-05-11

Författare: \_\_\_\_\_ År: \_\_\_\_\_

Granskare: \_\_\_\_\_

## Sammanvägd bedömning av metodologiska brister:

Obetydliga eller mindre

Måttliga

Stora brister, studien ingår inte i syntesen

Kommentarer:

### 1. Överensstämmelse mellan filosofisk hållning/teori och urval och metodik i studien<sup>1</sup>

Vilken teori eller filosofisk hållning utgick författarna från?

Hänger syfte och fråga ihop med teori/filosofisk hållning?	<b>Ja</b>	<b>Nej</b>	<b>Oklart</b>
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Kommentarer:

### 2. Deltagare

Hur gjordes urvalet?

<b>Stödfrågor för bedömning av brister i urvalsförfarandet:</b>	<b>Ja</b>	<b>Nej</b>	<b>Oklart</b>
Är urvalet lämpligt för att besvara frågan?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Är rekryteringsmetoden lämpligt vald och genomförd?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Finns det allvariga brister som kan påverka tillförlitligheten?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Kommentarer:

### 3. Datainsamling

Vilka metoder användes för datainsamling?

Finns det allvariga brister i datainsamlingen som kan påverka tillförlitligheten?	<b>Ja</b>	<b>Nej</b>	<b>Oklart</b>
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Kommentarer:

#### 4. Analys

Vilka metoder användes för analys?

Stödfrågor för bedömning av brister i analyssteget:	Ja	Nej	Oklart
Är vald analysmetod lämplig och genomförd på ett lämpligt sätt?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Var forskarna reflexiva vid tolkning av data?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Validerades tolkningarna?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Finns det allvariga brister i analysen som kan påverka tillförlitligheten?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Kommentarer:

#### 5. Forskaren

Vilken bakgrund och kompetens hade forskarna?

Stödfrågor för bedömning av brister:	Ja	Nej	Oklart
Har forskarna någon relation till studiedeltagarna som kan påverka datainsamlingen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Har forskarna hanterat sin förståelse på ett acceptabelt sätt?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Var forskarna oberoende av finansiella eller andra förutsättningar som kunde påverka analysen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Finns det allvariga brister som kan påverka tillförlitligheten?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Kommentarer:

Gör en total bedömning av risken för att metodproblem påverkar resultaten.  
För in det på sidan 1.

## BILAGA 2: Sökmatrix

Databas Datum	Sökblock / sökord	Begränsningar	Antal träffar	Antal lästa abstrakt	Antal lästa artiklar	Valda artiklar till resultatet, se bilaga 3
<b>PubMed</b> <b>2023-02-01</b>	Intimate Partner Violence [Mesh] OR Domestic Violence [Mesh] OR Battered Women [Mesh] OR Spouse Abuse [Mesh] AND Perception* OR Perspective* OR "patients experience*" OR "womens experience*" OR experience* OR expectation* AND Self Disclosure [Mesh] OR Nurse-Patient Relations [Mesh] OR Professional-Patient Relations [Mesh] AND Health Services [Mesh] OR "healthcare" OR "health care"	English, Female, Adult: 19+ years, from 2003 - 2023	163	118	28	<b>8</b> Bacchus, 2003 Edin, 2010 Larsen, 2014 Lutz, 2005 Othman, 2014 Pratt-Eriksson, 2014 Shaheen, 2020 Zink, 2004
<b>CINAHL</b> <b>2023-02-03</b>	(MH "Domestic Violence+") OR (MH "Intimate Partner Violence") OR (MH "Battered Women") OR "Spouse abuse" AND (MH "Perception") OR "Perspective*" OR "patients experience*" OR "womens experience*" OR "experience*" OR "expectation*" AND (MH "Professional-Patient Relations+") OR (MH "Nurse-Patient Relations") OR (MH "Self Disclosure") AND (MH "Health Services+") OR "healthcare" OR "health care"	Scholarly (Peer Reviewed) Journals; Published Date: 20030101–2023013. English Language; Sex: Female. Age: - all adult	103	71	14	<b>5</b> Damra, 2015 Kelly, 2006 Narula, 2012 Nemoto, 2008 Wallin Lundell, 2018
<b>PsycINFO</b> <b>2023-02-05</b>	(DE "Domestic Violence") OR (DE "Intimate Partner Violence") OR (DE "Battered Females")) OR "spouse abuse" AND DE "Perception" OR Perspective* OR "patients experience*" OR "womens experience*" OR experience* OR expectation* AND DE "Self-Disclosure" OR "Professional-Patient Relations" OR "Nurse-Patient Relations" AND DE "Health Care Services" OR "healthcare" OR "health care"	Published Date: 20030101–20230131; Scholarly (Peer Reviewed) Journals; English; Age Groups: Adulthood (18 yrs & older); Population Group: Female	40	30	9	<b>2</b> Keeling, 2015 Wester, 2007

### BILAGA 3: Matris över urval av artiklar till resultat

Författare	Titel	År, land, tidskrift	Syfte	Metod	Resultat
Bacchus, L., Mezey, G., & Bewley, S.	<i>Experiences of seeking help from health professionals in a sample of women who experienced domestic violence</i>	2003, England, Health & social care in the community	Att undersöka kvinnors, som utsatts för våld i hemmet, erfarenheter av att söka hjälp hos vårdpersonal samt belysa deras psykiska hälsa	<b>Metod:</b> Kvalitativ studie. <b>Urval:</b> 16 kvinnor som upplevt våld det senaste året. Ett selektivt urval togs från författarnas tidigare screeningstudie. <b>Datainsamling:</b> Djupgående halvstrukturerade intervjuer. <b>Analys:</b> Innehållsanalys.	Våldsutsatta kvinnor som sökte hjälp från vårdpersonal upplevde bristande integritet och kontinuitet i vården. Väldigt få kvinnor avslöjade frivilligt att de var utsatta för våld i hemmet och ännu färre fick frågan om våldsutsatthet.
Damra, J., Abujilban, S., Rock, M., Tawalbeh, I., Ghbari, T., & Ghaith, S.	<i>Pregnant Women's Experiences of Intimate Partner Violence and Seeking Help from Health Care Professionals: A Jordanian Qualitative Study</i>	2015, Jordanien, Journal of Family Violence	Att undersöka gravida kvinnors erfarenheter av att berätta om våld i nära relationer när de möter sjukvårdspersonal	<b>Metod:</b> Kvalitativ studie. <b>Urval:</b> 25 gravida kvinnor som utsatts för våld i nära relation senaste 12 månaderna av en man de fortsatt var gifta med. <b>Datainsamling:</b> Semistrukturerade intervjuer. <b>Analys:</b> Thematic Content Analysis Tool (TCAT).	Kvinnorna var missnöjda med bemötandet av sjukvårdspersonalen. Dålig kontinuitet, brist på stöd, tidsbrist samt bristande integritet var teman som framkom i mötet med sjukvårdspersonalen.
Edin, K. E., Dahlgren, L., Lalos, A., & Högberg, U.	<i>"Keeping up a front": narratives about intimate partner violence, pregnancy, and antenatal care</i>	2010, Sverige, Violence against women	Att förstå och ge röst åt kvinnor som hade utsatts för våld i nära relation under graviditeten, med fokus på de gravida kvinnornas strategier och motiv för att hantera och fortsätta sina partnerrelationer	<b>Metod:</b> Kvalitativ studie. <b>Urval:</b> 9 kvinnor som sökt vård på ett kriscentrum för kvinnor och exponerats för våld i nära relation när de blev gravida inkluderades i studien. <b>Datainsamling:</b> Intervjuer. <b>Analys:</b> Narrativ analysmetod.	De kvinnor som avslöjat sin situation upplevde att det inte hade gjort någon nytta. En kvinna beskriver bemötandet som sympatiskt, omtänksamt och inkännande, och att kontakten med barnmorskan kan ha spelat en viktig roll i hennes situation. Ingen av kvinnorna hade fått direkta frågor kring våld i nära

			samt deras erfarenhet av att träffa barnmorskan		relation.
Keeling, J., & Fisher, C.	<i>Health Professionals' Responses to Women's Disclosure of Domestic Violence</i>	2015, England, Journal of interpersonal violence	Att undersöka kvinnors upplevelser av vårdpersonalens bemötande efter att ha berättat om våld i hemmet	<b>Metod:</b> Kvalitativ studie. <b>Urval:</b> 15 kvinnor som levt med våld i hemmet som begåtts av manlig partner. <b>Datainsamling:</b> Narrativa intervjuer. <b>Analys:</b> Tematisk analys.	Kvinnorna kände sig avfärdade när de berättade om våldsutsattheten och att vårdpersonalen ofta misslyckades med att agera på informationen om våld. En minoritet av kvinnorna beskrev ett positivt bemötande av vårdpersonalen vilket hjälpt dem bort från den våldsamma relationen.
Kelly, U.	<i>“What will happen if I tell you?” Battered Latina women’s experiences of health care</i>	2006, USA, Canadian Journal of Nursing Research	Syftet med studien var att ge vårdgivare bättre förståelse för hur hälso- och sjukvården upplevs av misshandlade latinamerikanska kvinnor	<b>Metod:</b> Fenomenologisk metod. Utformning av studien styrdes av ett feministiskt ramverk. <b>Urval:</b> 17 latinamerikanska kvinnor rekryterades med hjälp av en servicebyrå för våldsutsatta kvinnor. <b>Datainsamling:</b> Dialogiska intervjuer. <b>Analys:</b> Tematisk analys med hjälp av Van Manens metod.	Kvinnorna upplevde att de inte blev sedda av vårdpersonalen. De önskade stöd och ville bli tillfrågade om våldsutsatthet, men var samtidigt rädda för att öppna upp sig.
Larsen, M, M., Krohn, J., Püschel, K., & Seifert, D.	<i>Experience of health and health care among women exposed to intimate partner violence: qualitative findings from Germany</i>	2014, Tyskland, Health Care for Women International	Att utforska våldsutsatta kvinnors erfarenheter av hälso- och sjukvårdssystemet	<b>Metod:</b> Kvalitativ studie. <b>Urval:</b> 6 kvinnor utsatta för våld i nära relationer. <b>Datainsamling:</b> Intervjuer. <b>Analys:</b> Transcendental fenomenologisk metod. Mjukvaruprogrammet AnSWR användes till analys.	Resultatet visar på betydelsen av att få stöd och en rädsla att inte bli trodd. En del av kvinnorna kände sig avfärdade av vårdpersonalen.
Lutz K. F.	<i>Abused pregnant women’s interactions with health care</i>	2005, USA, Journal of obstetric, gynecologic,	Att utforska hur våld i nära relationer under graviditeten påverkar kvinnors beslut	<b>Metod:</b> Kvalitativ metod <b>Urval:</b> 12 kvinnor rekryterades från två prenatala kliniker samt snöbollsurval i ett område i Pacific	Flera av deltagarna i studien rapporterade att de bemöttes respektfullt, de kände att vårdpersonalen brydde sig och

	<i>providers during the childbearing year</i>	and neonatal nursing	om att söka vård och att avslöja övergreppen, och deras preferenser för vårdpersonalens svar	Northwest. <b>Datainsamling:</b> Djupgående, öppna intervjuer. <b>Analys:</b> Grounded theory med dimensionell analysmetod.	ville att de skulle vara säkra och lyckliga. Däremot ansåg de flesta kvinnorna att deras vårdgivare inte var särskilt hjälpsamma eller medvetna om våld i nära relationer.
Narula, A, Agarwal, G., & McCarthy, L.	<i>Intimate partner violence: patients' experiences and perceptions in family practice</i>	2012, Kanada, Family Practice	Att förstå hur kvinnor som drabbats av våld i nära relationer, kände att deras husläkare tog hand om dem och att identifiera var luckor i vården finns	<b>Metod:</b> Kvalitativ studie. <b>Urval:</b> 10 kvinnor. Urval från en medicinsk klinik i Ontario bland kvinnor som hade en diagnos i journalen "äktenskapliga svårigheter" eller "familjestörning, skilsmässa, sorg". <b>Datainsamling:</b> Semistrukturerade intervjuer. <b>Analys:</b> Innehållsanalys.	Kvinnorna öppnade ogärna upp sig för vårdpersonal om våld i nära relation. De uppskattade när deras husläkare lyssnade, följde upp, bekräftade och förespråkade dem.
Nemoto, K., Rodriguez, R., & Mkandawire-Valhmu, L.	<i>Battered Japanese women's perceptions and experiences of beneficial health care</i>	2008, Japan, Japan journal of nursing science	Att undersöka japanska kvinnor uppfattningar och erfarenheter av vården gällande partnervåld	<b>Metod:</b> Tolkande kvalitativ design. <b>Urval:</b> 15 kvinnor som varit utsatta för våld i nära relation i ett nuvarande eller tidigare förhållande rekryterades med hjälp av flygblad, från tre olika sjukhus samt från ett samhällsbaserat IPV-program. <b>Datainsamling:</b> Semistrukturerade intervjuer. <b>Analys:</b> Tematisk analys.	När kvinnorna upplevde ett gott bemötande av hälso-och sjukvården så var det i samband med att de blev bemötta med förståelse och empati, när vårdpersonalen hade ett professionellt förhållningssätt och när de upplevde att det var ett flexibelt system, tex när de fick lite extra tid med vårdpersonalen.
Othman, S., Goddard, C., & Piterman, L.	<i>Victims' barriers to discussing domestic violence in clinical consultations: a qualitative enquiry</i>	2014, Malaysia, Journal of interpersonal violence	Att undersöka hinder som malaysiska kvinnor med en historia av våld i hemmet möter, när de diskuterar övergrepp med vårdgivare	<b>Metod:</b> Kvalitativ studie. <b>Urval:</b> 10 kvinnor boendes på ett skyddat boende som alla hade historia av våld i hemmet. <b>Datainsamling:</b> Djupintervjuer. <b>Analys:</b> Data hanterades med hjälp av NVivo-programvara, med hjälp av grundad teoretisk analysmetod.	Kvinnorna föredrog att vårdpersonalen initierade samtalet om våld i hemmet. De som hade negativa erfarenheter av bemötandet beskrev att vårdpersonalen inte upplevdes empatisk eller visade intresse för deras situation, att de inte fick praktiskt stöd eller tillräckliga



					möjligheter att diskutera sina problem.
Pratt-Eriksson, D., Bergbom, I., & Lyckhage, E.D.	<i>Don't ask don't tell: Battered Women living in Sweden encounter with healthcare personnel and their experience of the care given</i>	2014, Sverige, International journal of qualitative stuides on health and well-being	Att få en djupare förståelse för kvinnor som har levt med våld i nära relationer och deras möten med hälso-sjukvårds professionen, socialtjänst och polis	<b>Metod:</b> Fenomenologisk och hermeneutisk metod med kvalitativ ansats. <b>Urval:</b> 12 kvinnor på skyddat boende fick berätta om sin erfarenhet av våld i nära relation och mötet med hälso- och sjukvårds professionen, socialtjänst och polis. <b>Datainsamling:</b> Intervjuer. <b>Analys:</b> Tematisk innehållsanalys.	Kvinnorna upplevde en bristande förståelse. De blev negligerade och kände sig inte sedda, tagna på allvar eller respekterade.
Shaheen, A., Ashkar, S., Alkaiyat, A., Bacchus, L., Colombini, M., Feder, G., & Evans, M.	<i>Barriers to women's disclosure of domestic violence in health services in Palestine: qualitative interview-based study</i>	2020, Palestina, BMC Public Health	Att beskriva palestinska kvinnor som överlevt våld i nära relationers attityder till och erfarenheter av att prata om våldsutsattheten i sjukvårdsmiljö	<b>Metod:</b> Kvalitativ studie, del av en större mixed-method studie. <b>Urval:</b> 20 kvinnor som utsatts för våld i nära relation rekryterades med hjälp av kvinnocentrum för rätts hjälp och rådgivning. <b>Datainsamling:</b> Semistrukturerade intervjuer med hjälp av en pilotstyrd ämnesguide. <b>Analys:</b> Reflexiv tematisk analys, enligt den metod som utvecklats av Clarke och Braun.	Kvinnorna önskade att vårdpersonalen skulle ta initiativ till att fråga om våld i nära relation, de upplevde att när de avslöjade sin våldsutsatthet så gjorde det ingen större nytta.
Wallin Lundell, I., Eulau, L., Bjarneby, F., & Westerbotn, M.	<i>Women's experiences with healthcare professionals after suffering from gender-based violence: An interview study</i>	2018, Mexico, Journal of Clinical Nursing	Att beskriva hur kvinnor som utsatts för relationsrelaterat våld upplever mötet med vårdpersonalen	<b>Metod:</b> Kvalitativ, grounded theory. <b>Urval:</b> 7 kvinnor. Deltagarna rekryterades med hjälp av ett internt register som inkluderade alla kvinnor som utsatts för könsrelaterat våld som vårdats på ett offentligt sjukhus i centrala Mexico. <b>Datainsamling:</b> Semistrukturerade intervjuer. <b>Analys:</b> Innehållsanalys inspirerad av Elo & Kyngas.	Kvinnornas skuld känslor för att ha blivit utsatta för våld förstärktes av vårdpersonalens attityder. Ett återkommande ämne i flera intervjuer var ett bristande intresse från vårdpersonalen. Resultatet visade även på att när vårdpersonalen tog sig tid att lyssna kände de att deras frågor var tillräckligt viktiga att ta upp.

<p>Wester, W., Wong, S. L., &amp; Lagro-Janssen, A. L.</p>	<p><i>What do abused women expect from their family physicians? A qualitative study among women in shelter homes</i></p>	<p>2007, Nederländerna, Women &amp; Health</p>	<p>Att få insikt i vad våldsutsatta kvinnor från skyddade boenden har för erfarenheter, behov och förväntningar på husläkarverksamheter</p>	<p><b>Metod:</b> Kvalitativ studie, grounded theory  <b>Urval:</b> 18 kvinnor från ett skyddat boende eller kvinnor som tidigare bott på skyddat boende, rekryterades genom bekvämlighetsurval till studien med hjälp av en lokal stödförening för våldsutsatta  <b>Datainsamling:</b> Intervjuer  <b>Analys:</b> Tematisk innehållsanalys</p>	<p>De kvinnor som diskuterade våldsutsattheten med sin husläkare uppskattade vården och fick gott stöd under processen att lämna sin partner. Majoriteten av kvinnorna uppgav att husläkarens attityd var av stor betydelse.</p>
<p>Zink, T., Jacobson, C. J., Jr, Regan, S., &amp; Pabst, S.</p>	<p><i>Hidden victims: the healthcare needs and experiences of older women in abusive relationships</i></p>	<p>2004, Kanada, Journal of women's health</p>	<p>Denna studie beskriver vårdupplevelser och behov hos äldre offer för våld i nära relationer</p>	<p><b>Metod:</b> Kvalitativ studie.  <b>Urval:</b> 38 kvinnor över 55 år som svarade på en annons som rekryterade kvinnor som varit i ett "kränkande förhållande".  <b>Datainsamling:</b> Semistrukturerade intervjuer.  <b>Analys:</b> Immersion crystallization techniques.</p>	<p>Resultatet visade på både positiva och negativa erfarenheter i mötet med vårdpersonalen. Vissa kvinnor kände sig avfärdade och upplevde att de inte fick stöd. Andra upplevde att de fick värdefull hjälp med empati, korrekta hänvisningar och hjälp.</p>