



LUNDS UNIVERSITET

Medicinska fakulteten

# Våldsutsatta kvinnors upplevelse av sjukvårdspersonals bemötande

En litteraturstudie med fokus på våld i nära relationer

Författare: Sana Ates & Tove Broman

Handledare: Lina Magnusson

Kandidatuppsats

Hösten 2017

Lunds universitet

Medicinska fakulteten

Programnämnden för omvårdnad, radiografi samt reproduktiv, perinatal och sexuell hälsa

Box 157, 221 00 LUND

# Våldsutsatta kvinnors upplevelse av sjukvårdspersonals bemötande

En litteraturstudie med fokus på våld i nära relationer

Författare: Sana Ates & Tove Broman

Handledare: Lina Magnusson

Kandidatuppsats

Hösten 2017

## Abstrakt

**Bakgrund:** Våld mot kvinnor i nära relationer är ett utbrett, nationellt och internationellt problem. När kvinnor som utsätts för våld söker vård är det viktigt att sjukvårdens personal bemöter kvinnorna på ett värdigt och respektfullt vis. **Syfte:** Att beskriva hur kvinnor som blivit utsatta för fysiskt våld i nära relationer upplever sjukvårdspersonals bemötande samt hur bemötandet kan utvecklas. **Metod:** Litteraturstudien baserades på tio artiklar och genomförd integrerad analys. **Resultat:** Resultatet genererade fyra huvudkategorier; *Bemötandet av våldsutsatta kvinnor*, *Bakomliggande skäl till att kvinnan mörklägger våldet*, *Det ideala mötet med sjukvården* samt *Möjliga förbättringar i sjukvårdens bemötande* med nio subkategorier. **Slutsats:** Kvinnor som lever med våld i nära relationer upplever att sjukvårdspersonalens bemötande varierar. För att förbättra bemötandet bör sjukvården arbeta med informations-spridning, kommunikation och reducering av stigma kring våld i nära relationer.

## Nyckelord

Våld i nära relationer, fysiskt våld, kvinnans upplevelse, sjukvårdspersonals bemötande, förbättring.

Lunds universitet

Medicinska fakulteten

Programnämnden för omvårdnad, radiografi samt reproduktiv, perinatal och sexuell hälsa

Box 157, 221 00 LUND

# Innehållsförteckning

Innehållsförteckning	3
Introduktion	5
<b>Problemområde</b>	5
<b>Bakgrund</b>	5
<i>Perspektiv och utgångspunkter</i>	5
<i>Definition av fysiskt våld i nära relationer</i>	7
<i>Konsekvenser av våld i nära relationer</i>	7
<i>Normalisering av våld i nära relationer</i>	8
<i>Sjukvårdspersonalens bemötande av våldsutsatta kvinnor</i>	8
<i>Tidigare forskning om våldsutsatta kvinnors upplevelse av sjukvårdens bemötande</i>	9
<i>Lagar</i>	10
<i>Riktlinjer och rutiner</i>	10
<b>Syfte</b>	11
Metod	11
<b>Urval</b>	11
<b>Datainsamling</b>	11
<i>Tabell 1: Sökschema för PubMed</i>	12
<i>Tabell 2: Sökschema för CINAHL</i>	13
<b>Dataanalys</b>	13
<b>Forskningsetiska avvägningar</b>	14
Resultat	14
<i>Tabell 3: Kartläggning över studiens syfte och genererade kategorier</i>	15
<b>Bemötandet av våldsutsatta kvinnor</b>	15
<i>Negativa erfarenheter i mötet med sjukvården</i>	15
<i>Positiva erfarenheter i mötet med sjukvården</i>	16
<b>Bakomliggande skäl till att kvinnan mörklägger våldet</b>	17
<i>Den våldsutsatta kvinnans självsyn</i>	17
<i>Den våldsutsatta kvinnans avslöjande</i>	18
<i>Sjukvårdens påverkan på den våldsutsatta kvinnans avslöjande</i>	18
<b>Det ideala mötet med sjukvården</b>	19
<i>Önskvärda egenskaper hos vårdgivare i mötet med den våldsutsatta kvinnan</i>	19
<i>Betydelsen av ett fungerande stödsystem</i>	19

<b>Möjliga förbättringar i sjukvårdens bemötande</b>	20
<i>Situationsbaserade förbättringar</i>	20
<i>Förbättrad informationsspridning</i>	20
Diskussion	21
<b>Diskussion av vald metod</b>	21
<b>Diskussion av framtaget resultat</b>	23
<b>Slutsats och kliniska implikationer</b>	26
<b>Författarnas arbetsfördelning</b>	26

# Introduktion

## Problemområde

Våld mot kvinnor är ett vanligt problem i många länder (Eriksson, 2014). Global statistik visar att 30% av alla kvinnor någon gång utsätts för fysiskt eller sexuellt våld av en partner (WHO, 2016). Den här litteraturstudien kommer fokusera på fysisk misshandel, som enligt Frenzel (2014) definieras som att en individ på ett våldsamt sätt hållit hårt, gett en örfil, knuffat eller kastat ett objekt mot den utsatte, eller motsvarande handling. Statistik från den Nationella trygghetsundersökningen visar att 45% av de kvinnor i Sverige, som blivit utsatta för misshandel, har en nära relation till gärningsmannen (Brottsförebyggande rådet, 2016).

Många av de våldsutsatta kvinnor som söker vård upplever att sjukvården inte tar sitt ansvar (Pratt-Eriksson, Bergbom & Lyckhage, 2014). I studien beskrivs upplevelser av våldsutsatta kvinnor i mötet med sjukvårdspersonal. Kvinnorna känner sig missförstådda och inte tagna på allvar. Förödmjukelse, dömande blickar och dålig attityd är vanligt förekommande i mötet med vårdpersonal. Det här resulterar i att kvinnorna känner sig anklagade och beskyllda för det brott som begåtts istället för att känna sig trygga. Sjukvårdspersonal måste därför ha kunskap om våld i nära relationer för att kunna bemöta de våldsutsatta kvinnorna respektfullt och stödja dem i deras livssituation. (ibid.). Eftersom det här är ett problem som sjukvården och samhället måste uppmärksamma, berör litteraturstudien hur kvinnor som blir utsatta för våld i nära relationer upplever sjukvårdspersonals bemötande och hur bemötandet kan utvecklas.

## Bakgrund

### *Perspektiv och utgångspunkter*

King är känd för sina banbrytande tankar i utvecklingen av omvårdnadsteorier, då hennes arbete är ursprunget till den begreppsram och teori om måluppfyllelse (Sieloff Evans, 1995). Idag nyttjas Kings tankesätt i omvårdnadssammanhang och lärs ut till sjuksköterskestudenter runt om i världen. King menar att omvårdnad är ett samspel mellan sjuksköterska och patient, där information huruvida omvårdnadssituationen upplevs eller uppfattas ska delas sinsemellan de två parterna. Teorin handlar om att uppnå särskilda livsmål. Det är en process av handling, reaktion och interaktion för att förstå omvårdnadssituationen. Mer konkret förklarar teorin att

sjuksköterskan och patienten tillsammans sätter mål och åstadkommer dem. Sjuksköterskans roll i samspelet är att tolka information i omvårdnadsprocessen, genomföra och utvärdera den omvårdnad som erbjuds. Målet för sjuksköterskan är att hjälpa patienten att bibehålla hälsa i den mån så att personen kan fungera i sin individuella roll. Genom att använda sig av den omvårdnadsprocess som beskrivs, menar King att en sjuksköterska mer effektivt kan arbeta för att uppnå patientens mål. Ett mellanmänniskt förhållande tillåter patienten att utvecklas under resans gång för att uppnå sitt mål. Stress, tid och utrymme är tre faktorer som påverkar hur snabbt målet kan uppnås. (ibid.).

King menar att det finns olika interaktionssystem; det personliga systemet, det mellanmänniska systemet samt det sociala systemet (Sieloff Evans, 1995). De tre systemen har varierande nyckelord. Det personliga systemet handlar om själv- och kroppsuppfattning, utveckling, utrymme och tid. Det här systemet fokuserar på personen som en enskild individ. King menar att sjuksköterskan måste uppfatta individen som helhet för att förstå samhället och mindre grupper. När patienten har ett bestämt mål, väljs den väg som ska tas för att uppnå det. Vidare är grunden i det mellanmänniska systemet; kommunikation, interaktion och transaktion samt olika roller och stress. Systemet består av grupper vars variation samt komplexitet ökar i takt med dess storlek. Det är i det mellanmänniska systemet omvårdnadsprocessen vanligen äger rum. Slutligen är det sociala systemet förknippat med organisation, makt, status och beslutsfattande. Det här systemet är organiserat och avgränsat efter sociala roller och beteenden. De människor som befinner sig i ett socialt system har samma intressen och mål. Ur ett omvårdnadsperspektiv är det således viktigt för sjuksköterskan att ha förståelse för vilket socialt system patienten tillhör, för att enklare förstå hur det påverkar patientens beteende. Det är ur begreppsramen för de olika systemen som King har härlett sin teori om måluppfyllelse. Teorin är inriktad på det mellanmänniska systemet och fokuserar på holism, vilket innebär att en person integrerar med en annan under en särskild situation. Tillsammans genomgår sjuksköterskan och patienten en process som medför ett resultat. De sätter upp mål och åstadkommer dem. (ibid.). Wong & Mellor (2014) beskriver att ett bra bemötande av sjukvårdspersonal är grundläggande för god vård av den våldsutsatta kvinnan. Kopplingen till litteraturstudien är således att Kings teori om god interaktion, kommunikation och måluppfyllelse ska användas för att sjukvårdspersonal ska kunna ge ett bra bemötande till den våldsutsatta kvinnan.

### *Definition av fysiskt våld i nära relationer*

Förenta Nationernas generalförsamling skrev 1993 en deklARATION om våld mot kvinnor (The General Assembly, 1993). I deklARATIONEN beskrivs termen kvinnovåld på följande vis:

*“[...]”violence against women” means any act of gender-based violence that results in, or is likely to result in, physical, sexual or psychological harm or suffering to women, including threats of such acts, coercion or arbitrary deprivation of liberty, whether occurring in public or in private life.”* (The General Assembly, 1993)

Definitionen av våld i nära relationer är bred (Socialstyrelsen, u.å.). I händelser då den utsatte har en relation till gärningsmannen finns ofta ett mönster av handlingar, allt från subtila dåd till grövre brott. Våld mot en person kan således innebära allt från att bli förlöjligad till att utsättas för allvarlig misshandel. I många fall är våldet en kombination av psykiska, sexuella och fysiska övergrepp. (ibid.). Litteraturstudien kommer använda sig av Socialstyrelsens definition av fysiskt våld; att bli fasthållen, knuffad, dragen i håret, bli slagen eller sparkad på (Socialstyrelsen, u.å.). Gibbons (2011) beskriver termen *våld i nära relationer* som sexuella, fysiska eller affektbetonade hot från en partner, släkting eller en annan individ med en nära relation till den utsatte. Litteraturstudiens författarna valde således att definiera *våld i nära relationer* som fysiskt våld av en familjemedlem eller en intim partner.

### *Konsekvenser av våld i nära relationer*

De kvinnor som utsätts för våld i nära relationer har en ökad risk för skada, sjukdom och död (Reisenhofer & Taft, 2013). En del av de våldsutsatta kvinnorna utvecklar psykisk ohälsa (O’Doherty et al., 2015). Enligt Reisenhofer & Taft (2013) är det i USA vanligt att kvinnorna drabbas av suicidala tankar eller handlingar, oro, ångest, depression och/eller posttraumatisk stress. Även substansbruk är vanligt förekommande (O’Doherty et al., 2015). Utöver den psykiska ohälsan finns även den fysiska aspekten. Våld är den vanligaste orsaken till fysiska skador hos kvinnor. Som följd till det långvariga våldet uppkommer ofta kronisk smärta, såväl som diverse symtom från centrala nervsystemet samt gastrointestinala problem. (ibid.). Det kan även ge konsekvenser som könssjukdomar, ofrivilliga graviditeter och missfall (Reisenhofer & Taft, 2013).

### *Normalisering av våld i nära relationer*

Normaliseringsprocessen kan vara en orsak till att kvinnan inte lämnar förövaren. Processen beskrivs som att det våld kvinnan utsätts för successivt blir en del av vardagen (Nordborg, 2014). Förövaren använder våldet för att erhålla kontroll över kvinnan. Det stegrande våldet upplevs förstärka makten över kvinnan samtidigt som kvinnan tvingas anpassa sig för att vara förövaren till lags. Gränserna för vad som är ett normalt förhållande förflyttas mot det extrema. Processen kan exempelvis innebära att förövaren gradvis går från att vara uppvaktande till kontrollerande. Kvinnans livsrum begränsas i takt med att hon blir mer limiterad. En våldsutövning övergår ofta i en period av kärlek och omsorg för att kvinnan återigen ska få upp hoppet om förhållandet. Att skifta mellan våld och ömhet liknar den metod som används vid behandling av krigsfångar. Under normaliseringsprocessen får kvinnan ofta skulden för våldet och förlikar sig således med sin situation. Vanligt förekommande är att kvinnans sexualitet tas över av förövaren. Genom att kvinnan inte motsätter sig den sexuella akten slipper hon bli utsatt för fysiskt våld.

### *Sjukvårdspersonalens bemötande av våldsutsatta kvinnor*

För att kunna identifiera och fånga upp de kvinnor som blir utsatta för våld i nära relationer behöver sjukvårdspersonal ha kunskap om kännetecken och indikationer för våld (Benzein, Hagberg & Saveman, 2014). Personal bör dokumentera fysiska skador som frakturer, blåmärken och underlivsskador samt eventuella psykiska tecken som rädsla, ångest och aggressivitet (ibid.). Vårdpersonal bör fråga om våldet samt agera utifrån det svar som erhålls och ge patienten information om vilken hjälp som finns, samt hänvisa till lämplig specialistvård (Gibbons, 2011). Genom att sjuksköterskor på akuten tar sig tid att utvärdera och ifrågasätta skador, som de dagligen möts av, kan våldsutsatta kvinnor fångas upp mer effektivt (ibid.). Enligt Björck & Heimer (2008) måste vårdpersonal ha en handlingsplan för den respons kvinnan ger. Kvinnan som utsatts för våld känner sig ofta missförstådd och är rädd för att inte bli betrodd. Om vårdpersonal inte visar hänsyn och respekt finns det risk att kvinnan känner sig kränkt vilket kan upplevas som ytterligare övergrepp. (ibid.).

Idag finns ett stort mörkertal bland de våldsutsatta individer som söker vård (Benzein et al., 2014). Personal på bland annat akutmottagningar menar på att det inte hör till deras arbetsuppgifter att utreda hur skadorna uppkommit. Det här leder till att många individer går



miste om adekvat hjälp. Benzein et al. (2014) betonar betydelsen i att uppmärksamma våld och våga bjuda in till samtal med den utsatte. I ett samtal måste vårdpersonal vara medveten om sin reaktion till det som berättas så patientrelationen inte påverkas negativt (Björck & Heimer, 2008). Den bristfälliga tilliten hos våldsutsatta kvinnor kan leda till svårigheter att ta emot den hjälp som erbjuds. Enligt Björck och Heimer (2008) påverkas tilliten för sjukvården negativt ju längre en kvinna levit i en våldsam relation, vilket kan speglas i mötet. När kvinnan har bristande tillit till sjukvårdspersonalen blir det svårt att skapa en god vårdrelation. Genom att vårdpersonal skapar en tillitsfull relation med kvinnan kan hon så småningom få ökat självförtroende och därmed förlita sig på andra människor. (ibid.).

Sjukvårdspersonals handlingar kan påverka kvinnan positivt såväl som negativt, således måste sjukvårdspersonal vara medvetna om sin professionella auktoritet (Björck & Heimer, 2008). Kvinnorna utvecklar en överlevnadsstrategi för att avläsa kroppsspråk och sinnesstämningar, vilket innebär att vårdpersonal bör vara medvetna om vilka signaler som speglas i kommunikation och gester. Då fysisk beröring kan uppfattas som hotfullt behöver vårdgivare visa empati på annat vis. Att se till individens behov och arbeta utifrån dem är grundläggande i mötet med den våldsutsatta kvinnan. (ibid.).

### *Tidigare forskning om våldsutsatta kvinnors upplevelse av sjukvårdens bemötande*

Tidigare forskning visar att kvinnor som utsätts för fysiskt våld i nära relationer upplever det påfrestande, fysiskt såväl som psykiskt (Gibbons, 2011). Känslan av skam, skuld och svek är ett faktum för många utsatta, då de blivit bedragna av den person som ska inge trygghet. Den utsatte känner sig ofta isolerad och upplever bristande hjälp och stöd från omgivningen. Det är vanligt att våldsutsatta individer förnekar situationen då det är besvärligt att erkänna hur vardagen ser ut, både för sig själv och för människor runt omkring. Det här är en anledning till att kvinnorna sällan berättar om misshandeln utan istället avvaktar tills omgivningen reagerar. (ibid.). Pratt-Eriksson et al. (2014) studie belyser att kvinnorna måste kämpa för att få hjälp ur sin relation. En av de intervjuade kvinnorna påpekade att det var först när hon fick livshotande skador, som sjukvården tog tag i problemet och försökte hjälpa henne med livssituationen (ibid.).

Enligt Reisenhofer och Seibold (2007) varierar kvinnans upplevelse av vården. Mötet med sjukvården kan innebära frihet för kvinnan då hjälp kan erbjudas. Förminskning av kvinnan är dock vanligt förekommande till följd av fördomar, stigma, skuldbeläggning och missförstånd.

### *Lagar*

Sjukvårdspersonal måste enligt socialtjänstlagen (SoL, SFS 2001:453) följa upp misstanke om våld i hemmet. Hälso- och sjukvårdspersonal ska fråga kvinnan i enrum om symtom eller tecken som indikerar på misshandel. Om misstanke om våld eller andra övergrepp kvarstår och barn finns i familjen måste en anmälan göras till socialtjänsten enligt socialtjänstlagen (SoL, SFS 2001:453, 1 §). Därefter ska information ges om vilket stöd som erbjuds av socialtjänst samt vilken vård som finns tillgänglig. År 1998 införskaffades begreppen kvinnofridskränkning samt grov kvinnofridskränkning, (BrB, SFS 1962:700, 4 kap, 4a §) för att minska mäns våld mot kvinnor. Lagen fokuserar på straffbara gärningar som skett upprepade gånger inom nära relationer (Sveriges riksdag, 2003).

### *Riktlinjer och rutiner*

Verksamheter inom Socialtjänsten samt hälso- och sjukvården måste arbeta tillsammans för att upptäcka våldsutsatta individer för att ha möjlighet att ge nödvändigt stöd och hjälp (Socialstyrelsen, 2014). Studier visar att verksamheter som rutinmässigt frågar om våld upptäcker våldet i större utsträckning. Socialstyrelsen rekommenderar därför fortbildning av våld i nära relationer för att personal ska erhålla kunskap om hur frågan bör ställas och hur optimalt stöd ges. (ibid.). 2005 gjordes en nationell kartläggning av hälso- och sjukvårdens bemötande av våldsutsatta kvinnor (Andréasson, Stenson, Björk och Heimer, 2005). I kartläggningen framkom stora skillnader i omhändertagandet mellan Sveriges olika landsting. Olikheter kunde även synas mellan olika vårdinstanser, där de våldsutsatta kvinnorna fick ett bättre omhändertagande på till exempel gynekologiska mottagningar än inom primärvården. (ibid). Andréasson et al. (2005) menar att vårdprogram och skriftliga rutiner behövs för att kvinnorna ska få likvärdig vård, oavsett var i landet de söker hjälp.

## **Syfte**

Syftet med litteraturstudien var att beskriva hur kvinnor som blivit utsatta för fysiskt våld i nära relationer upplever sjukvårdspersonalens bemötande samt hur bemötandet kan utvecklas.

## **Metod**

För att besvara syftet sammanställdes tidigare forskning i en litteraturstudie. Artiklar med empirisk vetenskap eftersöktes då de utgår från det upplevelseperspektiv som studien hade som inriktning. Studier relevanta för syftet genomgick en litteraturgranskning för att säkerställa tillfredsställande kvalitet. Litteraturstudien hade en induktiv ansats vilket innebar att vetenskapliga artiklar granskades för att forma en slutsats (Kristensson, 2014) kring hur kvinnor som utsätts för våld i nära relationer upplevde sjukvårdspersonalens bemötande samt hur bemötandet utvecklas.

## **Urval**

Omvårdnadsvetenskapliga artiklar eftersöktes i databaserna PubMed och CINAHL. Inklusionskriterier för sökningen av artiklar var att de skulle vara skrivna på engelska, publicerade mellan 2007 - 2017 samt att studierna skulle vara granskade av en etisk kommitté. Då syftet med studien var att undersöka våldsutsatta kvinnors upplevelse av vården var ytterligare ett krav att artiklarna skulle vara kvalitativa. Använda sökord i respektive databas presenteras i tabell 1 samt tabell 2. De relevanta artiklar som ansågs ha god kvalitet ingick i litteraturstudiens resultatdel medan de med lägre kvalitet exkluderades (Kristensson, 2014). God kvalitet definierades i litteraturstudien som att 70% av de punkter som fanns i Statens beredning för medicinsk och social utvärdering (SBU) (2014) granskningsmall ansågs vara uppnådda.

## **Datainsamling**

Genom att använda två vetenskapliga databaser, PubMed samt CINAHL, breddades sökningen efter omvårdnadsvetenskapliga artiklar. Vid sökning i databaserna användes relevanta sökord för att urskilja lämpliga studier till litteraturstudien. När sökningen var genomförd lästes abstrakt för att få en uppfattning om varje artikels innehåll (Kristensson, 2014). Därefter läste författarna de utvalda artiklarna i fulltext för ytterligare en exkludering. I tabell 1 och tabell 2 visas sökorden, antal träffar på respektive sökning, lästa abstrakts, artiklar lästa i fulltext, granskade artiklar samt

inkluderade artiklar. Av de utvalda artiklarna återkom en artikel under sökningarna i PubMed och CINAHL.

Tabell 1: Sökschema för PubMed

PubMed	Sökord	Antal träffar	Lästa abstract	Lästa i fulltext	Granskade	Inkluderade
#1	Intimate Partner Violence [MESH]	4 285	-	-	-	-
#2	Domestic Violence [MESH]	15 246	-	-	-	-
#3	Physical Abuse [MESH]	190	-	-	-	-
#4	Battered Women [MESH]	1 232	-	-	-	-
#5	Spouse Abuse [MESH]	3 504	-	-	-	-
#6	Attitude of Health Personnel [MESH]	61 849	-	-	-	-
#7	Professional-Patient Relations [MESH]	40 738	-	-	-	-
#8	Patient Satisfaction [MESH]	42 167	-	-	-	-
#9	Quality of Life [MESH]	88 272	-	-	-	-
#10	#1 OR #2 OR #3 OR #4 OR #5	16 267	-	-	-	-
#11	#6 OR #7	93 694	-	-	-	-
#12	#8 OR #9	124 841	-	-	-	-
#13	#10 AND #11 AND #12	21	9	7	4	1

Tabell 2: Sökschema för CINAHL

CINAHL	Sökord	Antal träffar	Lästa abstract	Lästa i fulltext	Granskade	Inkluderade
#1	Domestic Violence	5 345	-	-	-	-
#2	Battered Women	1 940	-	-	-	-
#3	Intimate Partner Violence	6 891	-	-	-	-
#4	Attitude of Health Personnel	24 342	-	-	-	-
#5	Professional-Patient Relations	16 483	-	-	-	-
#6	Nurse-Patient Relations	10 421	-	-	-	-
#7	Physician-Patient Relations	17 374	-	-	-	-
#8	Life Experiences	39 949	-	-	-	-
#9	Patient Satisfaction	43 287	-	-	-	-
#10	Quality of Life	108 409	-	-	-	-
#11	Experiences of Health Care	35 068	-	-	-	-
#12	Quality of Health Care	93 290	-	-	-	-
#13	#1 OR #2 OR #3	11 253	-	-	-	-
#14	#4 OR #5 OR #6 OR #7	65 309	-	-	-	-
#15	#8 OR #9 OR #10 OR #11 OR #12	252 605	-	-	-	-
#16	#13 AND #14 AND #15	83	35	16	14	10

Artiklarna granskades utifrån SBU:s granskningsmall för studier med kvalitativ forskningsmetodik (SBU, 2014). Granskningsmallen utgick från fem kategorier; syfte, urval, datainsamling, analys samt resultat och nyttjades för att säkerställa artiklarnas kvalitet (ibid.).

### Dataanalys

De utvalda artiklarna lästes igenom ett antal gånger för att få ett bra grepp om innehållet (Friberg, 2012). Därefter granskades artiklarna för att finna likheter och skillnader. Huvudsakligt fokus lades på artiklarnas resultat men även diskussionsdelen kom att analyseras för att få ytterligare klarhet. En sammanställning och översättning gjordes för att få en övergripande bild på den insamlade datan. Utefter det här strukturerades materialet upp i relevanta teman för att underlätta tolkningen. (ibid.). De olika teman granskades noggrant för att klarlägga vilka lik- och

olikheter som fanns. I analysprocessen sammanställdes de utvalda artiklarnas resultat i huvudkategorier och subkategorier.

### **Forskningsetiska avvägningar**

Forskningsetik innebär att det finns etiska överväganden för hur den vetenskapliga studien genomförs (Kristensson, 2014). För att en god forskningsetik ska uppnås ska deltagarna behandlas med respekt. Den insamlade datan ska hanteras konfidentiellt för att bevara deltagarnas integritet. (ibid.). Vid planering och genomförande av ett vetenskapligt arbete görs ett etiskt övervägande (Sandman & Kjellström, 2013). Etiska överväganden finns kontinuerligt under genomförande av studier, allt ifrån ämnesval till genomförande och rapportering samt spridning av resultat. För att en studie ska bli kallad etisk måste följande villkor uppfyllas; studien ska ha god vetenskaplig kvalitet, den ska grunda sig i väsentliga frågor samt ska ha genomförts på etiskt vis. (ibid.). Helsingforsdeklarationens kriterier användes som ett riktmärke vid urval av artiklar, då kriterierna är utformade på allmänna principer rörande forskningsetiska avvägningar (The World Medical Association, 2014). Helsingforsdeklarationen är omfattande, således valde författarna att fokusera på enskilda punkter som ansågs vara fundamentala för litteraturstudien. Enligt The World Medical Association (2014) ska valet att delta i en studie vara frivilligt. Deltagarna måste, om möjligt, bekräfta att de frivilligt medverkar i studien samt få information om studiens upplägg och rätten att dra tillbaka sin medverkan (ibid.). För att säkerställa att de utvalda artiklarna är genomförda på ett etiskt korrekt sätt eftersöktes artiklar som var godkända av en etisk kommitté.

### **Resultat**

Resultatet i litteraturstudien innefattar tio kvalitativa artiklar. De studier som används i resultatet berör kvinnor som utsatts för våld i en nära relation samt hur de upplevt mötet med hälso- och sjukvårdspersonal. De granskade artiklarnas resultat har analyserats och delas in i fyra huvudkategorier och nio subkategorier, se tabell 3.

Tabell 3: Kartläggning över studiens syfte och genererade kategorier

Syfte	Huvudkategori	Subkategori
Beskriva hur kvinnor som blivit utsatta för fysiskt våld i nära relationer upplever sjukvårdspersonalens bemötande	Bemötandet av våldsutsatta kvinnor	Negativa erfarenheter i mötet med sjukvården
		Positiva erfarenheter i mötet med sjukvården
		Bakomliggande skäl till att kvinnan mörklägger våldet
		Den våldsutsatta kvinnans självsyn
		Den våldsutsatta kvinnans avslöjande
Att undersöka hur bemötandet med den våldsutsatta kvinnan kan förbättras	Det ideala mötet med sjukvården	Sjukvårdens påverkan på den våldsutsatta kvinnans avslöjande
		Önskvärda egenskaper hos sjukvårdspersonal i mötet med den våldsutsatta kvinnan
		Betydelsen av ett fungerande stödsystem
		Möjliga förbättringar i sjukvårdens bemötande
		Situationsbaserade förbättringar
		Förbättrad informationsspridning

## Bemötandet av våldsutsatta kvinnor

### *Negativa erfarenheter i mötet med sjukvården*

I artikeln av Damra et al. (2015) undersöktes hur gravida kvinnor som utsatts för våld i nära relationer upplevde vårdens bemötande. Studien gjordes genom intervjuer med 25 gravida kvinnor i åldrarna 20 - 42 i Jordanien. I studien framkom att kvinnorna inte upplevt att de erhållit adekvat hjälp i relation till deras situation. Samtliga kvinnor i studien kände sig även missnöjda med de råd de erhållit från vårdpersonal samt ansåg att uppföljningen av våldet var bristfällig. Kvinnorna upplevde att de inte mottagit tillräckligt med information eller material i syfte att

själva kunna läsa om våld i nära relationer. Kvinnorna ansåg dessutom att de inte fått tillräcklig information om vilka hjälpcenter som fanns att tillgå utöver sjukvården. (ibid.). Enligt Larsen, Krohn, Püschel och Seifert (2014) efterfrågade våldsutsatta kvinnor empati och vårdgivare som lyssnar. Studien av Larsen et al. (2014) från Tyskland, undersöker hur kvinnor som utsatts för våld i en nära relation upplever begreppet hälsa samt kvinnornas erfarenheter av sjukvården. Studien innefattade sex kvinnor i åldrarna 20 – 49 år som deltog i intervjuer. Enligt kvinnorna erbjöd ett flertal läkare utskrivna läkemedel som substitut till samtal och terapi. Läkarens handling tolkades som ointresse för kvinnornas bekymmer. (ibid.). Enligt Damra et al. (2015) upplevde 60% av kvinnorna i studien läkarna som stressade. En kvinna vittnar om att läkaren knappt lyfte blicken under deras samtal utan endast hade fokus på det formulär som fylldes i. Ytterligare en kvinna beskrev hur hon blev påskyndad när hon delade med sig av sin situation och sitt mående. (ibid.). Artikeln av Catallo, Jack, Ciliska och MacMillan (2013) beskriver hur våldsutsatta kvinnor gått tillväga när de berättat för vårdpersonal på akutmottagningar att de blivit utsatta för våld. 19 våldsutsatta kvinnor som sökt vård via akutmottagningar i Kanada blev intervjuade med semistrukturerad metod. Enligt Catallo et al. (2013) fanns det en rädsla hos kvinnorna för att sjukvårdspersonal skulle upptäcka att kvinnorna blivit utsatta för fysiskt våld, innan de själva avslöjat situationen. Det här ansågs vara en vanlig anledning till varför en del kvinnor berättade om våldet, trots att de egentligen inte ville, då det upplevdes lättare att kontrollera vad som sades. (ibid.).

### *Positiva erfarenheter i mötet med sjukvården*

Enligt Nemoto, Rodriguez och Mkandawire-Valhmu (2008) upplevde de våldsutsatta kvinnorna sjukvårdspersonalens bemötande som positivt. I studien, som genomfördes i Japan, undersöktes våldsutsatta kvinnors upplevelse av vården genom intervjuer med 15 kvinnor. Stödet från vården upplevdes som viktigt och värdefullt. Flertalet av de deltagande kvinnorna blev remitterade vidare till institutioner som var specialiserade inom ämnet. Kvinnorna kunde få hjälp med tillfälliga boenden, rådgivning och jobbsökande. De fick utbildning om våld i nära relationer, tid för att reflektera över sin situation samt hjälp med förberedelser inför att lämna sin partner. (ibid.). Enligt Bacchus et al. (2016) upplevde kvinnorna screening för våld i nära relationer, som genomfördes med hjälp av en enkät, generellt som positiv. Den amerikanska studien gjord av Bacchus et al. (2016) syftar till att undersöka kvinnors upplevelse av att bli screenade för våld i



nära relationer i samband med hembesök av sjuksköterskor från barnavårdscentraler. Studien inkluderade 26 våldsutsatta kvinnor och genomfördes med hjälp av semistrukturerade intervjuer. Kvinnorna upplevde att frågan om våld kunde reducera stigma kring våldet, bjuda in till en konversation om kvinnornas upplevelse samt ge möjlighet till hjälp. Det framgick att kvinnorna hade lättare att prata med vårdpersonal än med familj och vänner. Det här berodde med största sannolikhet på att deras relation med vårdpersonalen inte var personlig samt att kvinnorna kunde få sakliga råd utav vårdpersonalen. (ibid.).

## **Bakomliggande skäl till att kvinnan mörklägger våldet**

### *Den våldsutsatta kvinnans självsyn*

Studien av Leppäkoski, Paavilainen och Åstedt (2011) syftar till att undersöka hur våldsutsatta kvinnor upplevde bemötandet på akutmottagningar. 35 kvinnor i åldrarna 19 - 67 deltog i den finska studien som genomfördes med hjälp av semistrukturerade intervjuer. Enligt Leppäkoski et al. (2011) upplevde flera kvinnor i studien skam och skuld känslor i samband med vårdsökandet. Det styrks av Bradbury-Jones, Duncan, Kroll, Moy, & Taylor (2011) som menar att skuldbeläggning och dålig självkänsla kan vara faktorer till att kvinnor undviker att söka vård. Studien av Bradbury-Jones et al. (2011) från Skottland, undersökte vilka erfarenheter våldsutsatta kvinnor hade av att söka sjukvård, specifikt i relation till primärvården. Studien genomfördes med hjälp av semistrukturerade intervjuer med 17 kvinnor. Kvinnorna i studien hade svårt att se sitt egenvärde och upplevde att de upptog viktig tid från sjukvårdspersonal när de valde att söka vård. Det här kunde medföra att kvinnorna gav intrycket att allt var bra trots att situationen är ohållbar. (ibid.). Den kanadensiska studien av Narula, Agarwal och McCarthy (2012) syftade till att skapa en förståelse för hur kvinnor som blivit utsatta för våld i nära relationer upplevde sina husläkare samt identifiera de brister som fanns inom vården. Semistrukturerade intervjuer genomfördes på 10 kvinnliga deltagare. Enligt Narula et al. (2012) kunde kvinnornas bristande insikt i att de lever i ett våldsamt förhållande vara en orsak till att de inte berättade om våldet för vårdpersonal. I vissa fall kunde kvinnorna rättfärdiga våldet vilket ledde till att behovet av att söka vård negligerades (ibid.). Det här styrks av Prosman et al. (2014) som menar att majoriteten av kvinnorna i studien inte upplevde deras förhållanden som destruktiva eller inte såg sina problem som tillräckligt seriösa för att söka hjälp. Studien av

Prosman et al. (2014) syftar till att undersöka upplevelsen hos våldsutsatta kvinnor som sökt vård hos läkare. Studien gjordes i Nederländerna och genomfördes med intervjuer på 14 kvinnor.

### *Den våldsutsatta kvinnans avslöjande*

Att öppna upp sig för vårdpersonal beskrivs som en process (Catallo et al., 2013; Larsen et al., 2014). Enligt kvinnorna skedde avslöjandet i flera steg. Primärt behövde kvinnorna bestämma sig för att söka hjälp, därefter skapa ett förtroende för sjukvårdspersonal och sen samla mod för avslöjandet (ibid.). Under processen fanns en underliggande rädsla för att inte bli betrodde av vården (Larsen et al., 2014; Narula et al., 2012). Kvinnorna upplevde även en fruktan för att bli dömda av vårdpersonal då de befann sig i ett våldsamt förhållande, inte lämnade sin förövare eller för att vårdpersonal inte skulle ha förståelse för de problem kvinnorna genomgick (Narula et al., 2012). En del kvinnor hade blivit ifrågasatta när de berättat om våldet, vilket medförde stegrad skam och osäkerhet.

### *Sjukvårdens påverkan på den våldsutsatta kvinnans avslöjande*

Ett skäl till att de våldsutsatta kvinnorna inte berättade om sin situation var den bristande kontinuiteten som ofta sågs på större sjukhus (Damra et al., 2015). Kvinnorna mötte ny vårdpersonal vid varje vårdtillfälle, vilket gjorde det svårt för dem att skapa förtroende för personalen (Narula et al., 2012). Den bristande kontinuiteten inom vården bidrog även till att läkarna hade svårigheter att förstå allvaret i situationen och behandlade symtom istället för att se helhetsbilden (ibid.). För de kvinnor som uppsökt skyddade hem blev det naturligt att byta till ett sjukhus närmare det nya boendet (Bradbury-Jones et al., 2011). Eftersom journalföring och dokumentation kunde variera mellan sjukhus inträffade det att kvinnans journal saknades, vilket ledde till ett tidskrävande arbete för att få fram den. Den våldsutsatta kvinnan fick då upprepade gånger berätta sin historia vilket resulterade i ett bristande förtroende för sjukvårdspersonal. (ibid.) Bacchus et al. (2016) menar att kvinnor som tidigare blivit svikna av sjukvården hade fortsatta svårigheter att förlita sig på vårdpersonal.

## Det ideala mötet med sjukvården

### *Önskvärda egenskaper hos vårdgivare i mötet med den våldsutsatta kvinnan*

Bacchus et al. (2016) menar att våldsutsatta kvinnor värderade särskilda egenskaper hos vårdpersonalen. Att vara ärlig, omtänksam, vänlig, ha mycket kunskap, att tänka på sekretessen och att inte agera dömande var uppskattade egenskaper som bringade förtroende för sjukvårdspersonal (ibid.). Vårdpersonal som arbetade med att bekräfta, se till kvinnans behov och situation samt att trösta henne gav ökat självförtroende, säkerhet och kunskap (Bacchus et al., 2016; Bradbury-Jones et al., 2011; Narula et al., 2012; Nemoto et al., 2008). Enligt Nemoto et al. (2008) uttryckte kvinnorna svårigheter att prata med individer som inte själva blivit utsatta för våld i en nära relation. En del av deltagarna upplevde att kvinnlig vårdpersonal hade större förståelse för vad kvinnan genomgick (ibid.). Det här styrks i studien av Damra et al. (2015) då 72% av deltagarna föredrog att diskutera våldet med kvinnlig vårdpersonal. Vidare efterfrågades vårdpersonal i samma ålder eller äldre av samtliga kvinnor i studien. Kvinnorna upplevde även att relationen med sjuksköterskor, barnmorskor samt med akutvårdspersonal var mer personlig än med allmänläkaren, vilket främst berodde på att sjuksköterskor och barnmorskor hade mer tid att erbjuda. (ibid.). Kvinnorna uppskattade när vårdgivare hade flexibla tidsbokningar, extra tid för att prata om sin oro under hembesök samt uppföljande telefonsamtal (Nemoto et al., 2008).

### *Betydelsen av ett fungerande stödsystem*

I studien av Djikanovic, Lo Fo Wong, Stevanovic, Celik och Lagro–Janssen (2011) undersöktes vad kvinnor som utsatts för våld i nära relationer förväntar sig av vården. 120 kvinnor deltog och studien genomfördes i Serbien med intervjuer. Enligt Djikanovic et al. (2011) ville 67.3% av kvinnorna i studien få råd och information om våld i nära relationer. Kvinnorna ville känna stöttning och förståelse, då de upplevde det essentiellt att vårdpersonalen lyssnade noga och inte avbröt. (ibid.). För att en våldsutsatt kvinna enklare skulle kunna hantera stress hade ett stabilt stödsystem en signifikant roll (Larsen et al., 2014). Majoriteten av deltagarna såg positivt på formellt stöd, då det upplevdes göra dem starkare och bättre betrodda. (ibid.). Ett brett stödsystem tillät kvinnorna att utveckla förtroende i relationer privat såväl som inom sjukvården (Catallo et al., 2013). Att identifiera och få kontakt med varierande typer av stödsystem kunde

hjälpa kvinnorna att berätta om våldet. Ett individanpassat stödsystem ökade kvinnans självförtroende, känsla av säkerhet, självförverkligande och handlingskraft.

## **Möjliga förbättringar i sjukvårdens bemötande**

### *Situationsbaserade förbättringar*

Enligt Bradbury-Jones et al. (2011) kunde vårdsökandet underlättas eller försvåras beroende på relationen mellan kvinnan och sjukvårdspersonal. Genom multipla interaktioner mellan personal och patient upprätthölls en god kommunikation samtidigt som de våldsutsatta kvinnorna uppmuntrades till att diskutera sina privata problem (Catallo et al., 2013). I studien av Damra et al. (2015) framkom att flertalet kvinnor föredrog att vårdpersonal var rakt på sak angående våld i nära relationer istället för att försöka linda in problemet. Leppäkoski et al. (2011) och Damra et al. (2015) belyste att det förekom brister i sekretessen inom sjukvården. Deltagare i studierna berättade att läkare frågat om våldet framför förövaren, vilket ledde till att kvinnorna inte vågade säga sanningen (ibid.). I studien av Damra et al. (2015) uttrycktes även en stark oro relaterat till otillräckligt antal privata ytor, då det förekom att personliga samtal hölls i väntrum eller i rum med öppna dörrar. Kvinnorna menade att det borde finnas möjlighet till ett avskilt utrymme i form av en avskärmning eller eget väntrum.

### *Förbättrad informationsspridning*

Damra et al. (2015) förklarar att det förekom viss osäkerhet om klinikerna intresserade sig för våld i nära relationer eller om de endast var fokuserade på den medicinska delen av vården. Klinikerna hade inte uppsatta posters och erbjöd inte broschyrer, vilket medförde tvivel om vårdpersonal hade möjlighet att stötta och hjälpa kvinnorna (ibid.). Ett sätt för sjukvårdspersonal att visa engagemang var att erbjuda olika alternativ av vård, exempelvis gruppmöten (Nemoto et al., 2008). Gruppmötena var uppskattade av kvinnorna då det gavs möjlighet att reflektera, förstå varför de stannat hos männen samt hur de skulle undvika att återigen hamna i ett våldsamt förhållande (ibid.). Även studien av Narula et al. (2012) belyser vikten av att mötas i grupp för att få diskutera sina upplevelser av våld. För majoriteten ansågs mötena vara positiva, meningsfulla och bekräftande. Kvinnorna uttryckte att de kunde identifiera sig i varandras livssituation och att det gav en ökad insikt i att de blivit utsatta för våld och att de inte var

ensamma om det. (ibid.). Hjälp av sjukvården efter våldet upphört var oerhört uppskattat av kvinnorna. Enligt Leppäkoski et al. (2011) önskade kvinnorna att de mottagit information om hur de skulle gå tillväga för att anmäla händelsen till polis, vad de fanns för säkerhetsåtgärder som kunde tillämpas samt möjliga skyddsboenden. Ett antal av kvinnorna uttryckte ett behov av terapi och stöd efter den upplevda krissituationen (Bacchus et al., 2016; Leppäkoski et al., 2011). Efter uppbrott med förövaren kunde problem uppstå såsom; ekonomiska bekymmer, svårigheter att börja jobba, depression samt svårigheter att handskas med barnens förändrade beteenden.

## Diskussion

### Diskussion av vald metod

Litteraturstudier sammanställer artiklar för att underlätta den praktiska tillämpningen och ge en översiktlig bild av aktuell forskning (Kristensson, 2014). Författarna ansåg det således mest lämpligt att genomföra en litteraturstudie, då det fanns behov av att kartlägga befintliga kvalitativa studier inom ämnet. Kristensson (2014) beskriver att integrerad analys kan användas för att sammanställa litteraturstudiers resultat och på så vis ge en överskådlig bild av innehållet. Att presentera studierna var för sig kan bidra till förvirring och leda till att information förloras (ibid.). För att säkerställa att ingen information gick förlorad användes därför integrerad analys. En systematisk informationssökning ger struktur för att enklare handskas med information i databaser (Östlundh, 2006). Sökningen är dock tidskrävande då samtliga artiklar behöver granskas. Litteraturstudien genomfördes således med en systematisk sökning, men ett selektivt urval användes för att påträffa artiklar som svarade på syftet. Primärt gjordes en sökning i fritext som gav ett stort antal artiklar utan relevans för syftet. Det här styrks av Willman, Stoltz och Bahtsevani (2011) som menar att en sökning i fritext kan resultera i träffar med brett ämnespektrum. Författarna valde istället att använda indexord i form av MESH-termer och CINAHL Headings. Med hjälp av indexord blev sökningarna mer specifika i relation till studiens syfte (Kristensson, 2014). De artiklar som innehöll relevanta abstrakt lästes i fulltext och de artiklar som inte var av relevans för syftet valdes bort.

De två databaserna PubMed och CINAHL innehåller ett stort urval av artiklar inom omvårdnadsforskning (Kristensson, 2014; Willman et al., 2011). Utbudet gav stor variation av

artiklar vilket medförde en mättad datainsamling. Eventuellt hade användning av ytterligare databaser resulterat i fler relevanta artiklar för litteraturstudiens syfte. Genom att författarna eftersökte artiklar publicerade mellan 2007 - 2017 inkluderades endast aktuell forskning. Om författarna valt att utöka tidsavgränsningen hade sökresultatet blivit större men även innefattat föråldrad forskning. Då datamättnad rådde under det valda tidsspannet ansågs det inte finnas behov av ytterligare artiklar. Artiklar som var granskade av en etisk kommitté eftersöktes för att säkerställa att studierna var genomförda på ett etiskt korrekt vis. Det här ansågs var essentiellt då populationen bestod av våldsutsatta kvinnor vilka kan räknas till en sårbar grupp.

Då våld i nära relationer är ett globalt problem inkluderades artiklar oavsett ursprungsland, och således fanns ett brett och världsligt perspektiv på ämnet. Det här innebar dock att författarna inte tog hänsyn till kulturella aspekter och att resultatets applicerbarhet i praktik blir kontextberoende och därmed får tas med lättsamhet. Enligt Kristensson (2014) används kvalitativ forskning ofta i syfte att beskriva människors upplevelse. Att enbart använda sig av kvalitativa studier ger en låg evidensgrad och innebär att generaliserbarheten är begränsad och därmed endast kan användas i viss kontext (Willman et al., 2011). Kvalitativa studier ansågs vara relevanta för att svara på litteraturstudiens syfte, men kan ha resulterat i en begränsad användning av resultatet.

Det finns vedertagna begrepps betydelse och uttryck i alla språk (Dahlborg Lyckhage, 2006). Att översätta artiklar kan således medföra en risk att relevant information förloras (ibid.). Då de utvalda artiklarna till litteraturstudien var skrivna på engelska var en översättning och tolkning av texterna nödvändiga. För att undvika feltolkningar av innehållet studerade båda författarna artiklarna individuellt och som därefter sammanställde dem på svenska, vilket med största sannolikhet minskade risken för feltolkningar. Statens beredning för medicinsk och social utvärdering (SBU) (2014) granskningsmall användes för att fastställa artiklarnas kvalitet. Valet av granskningsmall baserades på författarnas tidigare kunskap om mallen. Trots det här förelåg en risk för felaktig användning relaterat till tolknings svårigheter, vilket kan ha resulterat i ett felaktigt granskningsresultat. För att minimera risken granskades artiklarna individuellt, därefter fastställdes artiklarnas kvalitet. En fördel med granskningsmallen från SBU (2014) var dess omfattning och att den därför inkluderade många relevanta punkter.

## Diskussion av framtaget resultat

Resultatet har granskats och diskuterats i förhållande till Kings omvårdnadsteori. King menar att en betydelsefull vårdrelation grundar sig i en bra kommunikation mellan vårdgivare och vårdtagare (Sieloff Evans, 1995). Enligt resultatet önskar våldsutsatta kvinnor möta vårdpersonal med egenskaper som respektfullhet, omtänksamhet, ärlighet och kunnighet. Om kvinnorna känner trygghet i mötet med vårdpersonal skapas en god relation och den våldsutsatta kvinnan får ett förtroende för vården som därmed underlättar hjälpsökandet. Centralt i Kings teori är att kvinnan och sjukvårdspersonal gemensamt sätter mål för kvinnan att sträva efter (Sieloff Evans, 1995). Relationen tillåter kvinnan att utvecklas under den tid de arbetar tillsammans för att nå målet. King belyser att det finns en rad faktorer som kan påverka relationen; stress, tid och utrymme (ibid.). I resultatet framkommer det att våldsutsatta kvinnor som mötte stressad vårdpersonal hade svårigheter att skapa förtroende för dem. De vårdgivare som istället avsatt extra tid för att samtala med kvinnorna ansågs mer personliga och hjälpsamma. Enligt King bör målet för sjuksköterskor vara att bibehålla patientens hälsa men inte på bekostnad av kvinnans individuell roll (Sieloff Evans, 1995). Sjukvårdspersonal kan uppmuntra den våldsutsatta kvinnan att lämna sin förövare och således främja kvinnans hälsa. Viktigt är dock att ingripandet sker på kvinnans villkor för att inte skada hennes autonomi eller relation med sjukvården.

I resultatet blir det uppenbart att kvinnors upplevelse av vårdens bemötande varierar. Reisenhofer och Seibold (2007) samt Zink, Jacobson, Regan och Pabst (2004) bekräftar det här, mötet kan upplevas som negativt eller positivt beroende på hur sjukvårdspersonal bemöter den våldsutsatta kvinnan. Samtliga studier visar variationer i upplevelsen av vårdens bemötande (ibid.). Författarna anser därför att sjukvården bör arbeta med riktlinjer och rutiner, för att säkerställa ett gott bemötande. Enligt resultatet var det vanligt förekommande att våldsutsatta kvinnor ansåg att de inte mottagit tillräckligt med information och adekvat hjälp. Kvinnorna i de granskade studierna hade velat ha tillgång till fakta om våld i nära relationer samt var de kunde söka fortsatt hjälp. Det här styrks av Bacchus, Mezey & Bewley (2002) och Gibbons (2011) som menar att tillgång till information kan underlätta de våldsutsatta kvinnornas vårdsökande. Författare anser att information och kunskap är en förutsättning för att hantera och bearbeta de problem som kan uppstå till följd av våld i nära relationer. Det framkom att screening av våld i nära relationer upplevdes som positiv då stigma kring ämnet minskade. Enligt Macfarlane,

Greenberg, Weltge och Watson (1995) kunde screening vara en anledning till att våldsutsatta kvinnor berättade om sin situation, då de känner sig sedda och förstod att det fanns hjälp att få. Screening ansågs vara en bra metod för att upptäcka våldsutsatta kvinnor och därefter ha möjlighet att tillämpa adekvata åtgärder.

Resultatet visade att om kvinnan tidigare blivit skuldbelagd för våldet av sjukvårdspersonal kunde det leda till känslor av skuld och skam. Skuldbeläggning kunde även leda till att kvinnor kände rädsla för att inte bli trodda och därför lät bli att berätta. För att kvinnorna skulle våga öppna upp sig inför vårdpersonal behövde de genomgå en process som påverkades av faktorer som miljö och förtroende för sjukvården. Reisenhofer & Seibold (2013) menar att kvinnorna blev lättade när vårdgivare frågade om de utsatts för våld i nära relationer. Det betydde inte att kvinnorna skulle avslöja den situation de befann sig i, men frågan kunde väcka ett intresse och vidare funderingar om vilket stöd sjukvården kunde erbjuda. Ofta upplevde kvinnorna ett behov av att diskutera våld i nära relationer trots att de förnekade att de själva utsattes för våld. För att kvinnorna skulle känna sig bekväma att prata om ämnet krävdes vårdpersonal som erbjöd trygghet samt skapade en öppen, informativ och känslomässigt stödjande miljö. (ibid.). Genom att arbeta med vårdpersonalens attityder och minska skuldbeläggningen gentemot den våldsutsatta kvinnan kan stigmat kring våld i nära relationer reduceras. Avslöjandet kunde även försvåras av bristande kontinuitet eller tidigare dåliga erfarenheter av mötet med vården. Påståendet styrks av Bacchus et al. (2002) som i sin artikel skriver om möjliga konsekvenser vid bristande kontinuitet. En våldsutsatt kvinna berättar att det är enklare att prata om våldet med vårdpersonal som hon tidigare mött. Att upprepade gånger återge sin historia för nya vårdgivare kunde upplevas som påfrestande då kvinnan var tvungen att återuppleva situationen (ibid.). Med hjälp av resultatet och artikeln av Bacchus et al. (2002) drar författarna slutsatsen att en kontinuerlig vård är gynnsam för att skapa en god relation mellan sjukvårdspersonal och patient. En bra relation kan bidra till att den våldsutsatta kvinnan inte finner det lika obehagligt när hon väljer att avslöja sin situation. Watt, Bobrow och Moracco (2008) styrker det här då flertalet våldsutsatta kvinnor i studien ansåg att det primära i mötet med vården var att bygga en relation till vårdgivaren.



Resultatet visar att våldsutsatta kvinnor önskar bli bemötta respektfullt. En omtänksam, ärlig och kunnig vårdgivare gav ett betryggande intryck vilket ledde till att kvinnorna kände sig väl omhändertagna. Reisenhofer & Seibold (2013) styrker att våldsutsatta kvinnor vill mötas med empati och respekt från vårdpersonal. I många fall möttes dock de våldsutsatta kvinnorna med dömande blickar och skuldbeläggning, vilket hade en negativ inverkan på kvinnornas självkänsla och självvärde (ibid.). Enligt författarna bör personal som arbetar inom hälso- och sjukvård vara kunniga, icke-dömande och respektfulla gentemot patienter. För att bygga en god mellanmänsklig kontakt behöver vårdpersonal ge den våldsutsatta kvinnan bekräftelse och visa engagemang. Enligt Liebschutz, Battaglia, Finley & Averbuch (2008) kunde den våldsutsatta kvinnan uppfatta otillräcklig bekräftelse som brist på engagemang. Studiens författare anser därför att sjukvårdspersonal bör lägga tid och engagemang på att bygga en god relation. Genom en god relation kan kvinnans behov tillfredsställas och därmed upplevas som ett bra stöd. Enligt studiens resultat spelade könet hos vårdpersonalen en betydelsefull roll, där det kvinnliga könet föredrogs av de våldsutsatta kvinnorna. Bacchus et al. (2002) motsade dock det här och påstod att vårdgivarens kön inte var relevant, istället var det väsentliga vårdgivarens engagemang till att hjälpa den våldsutsatta kvinnan. Författarna till litteraturstudien menar att betydelsen av vårdpersonalens kön varierar från individ till individ, vilket gör det svårt att dra generella slutsatser.

Kvinnorna efterfrågade vårdgivare som rättfram frågade om våldet. Viktigt var dock att frågan inte ställdes i offentliga rum där sekretessen kunde brytas, som exempelvis i väntrum på akutmottagningar. Essentiellt var även att kvinnorna inte blev tillfrågade om våldet med förövaren närvarande. Enligt författarna bör sekretess ses som en fundamental angelägenhet inom vården. Offentlighets- och sekretesslagen (OSL, SFS:2009:400) innebär att offentlig sjukvård inte har rätt att avslöja en patients hälsotillstånd eller personliga förhållanden. Att bryta mot sekretessen kan, bortsett från ett juridiskt straff, också innebära att den våldsutsatta kvinnan får skadat förtroende gentemot sjukvården.

Resultatet berör även den bristande informationsspridningen angående våld i nära relationer. För att åtgärda problemet föreslogs det att kliniker skulle använda sig av posters samt ha tillgång till broschyrer. Det här styrks av Chang et al. (2005) och Watt et al. (2008) som menar att

majoriteten av kvinnorna som utsattes för våld i nära relationer önskade att flygblad, broschyrer och affischer fanns tillgängliga i sjukvårdens väntrum och toaletter. Då flertalet källor styrker förslaget anser författarna till studien det vara en relevant åtgärd. Gruppmöten med andra våldsutsatta kvinnor ansågs var en värdefull metod för att bearbeta sin situation. Enligt Anttila et al. (2006) kunde gruppmöten vara ett tillvägagångssätt för våldsutsatta kvinnor att inse att det finns fler i samma situation. Genom gruppsamtal stärktes även kvinnornas självkänsla (ibid.). Eftersom resultatet i studien samt fler studier menar att gruppmöten var gynnsamt för kvinnans välmående, anser författarna det vara ett bra komplement till den befintliga sjukhusvården. Trots att den enskilda kvinnans våldssituation upphört visade sig det att kvinnan hade fortsatt behov av sjukvårdens stöd, exempelvis i form av samtalsterapi. Varcoe et al. (2017) menar att kvinnor som tidigare utsatts för våld i nära relationer gynnas av att ha kontinuerlig kontakt med sjukvården. Studien visar att kvinnorna mer sällan upplever depression och posttraumatiska besvär samtidigt som de får en ökad känsla av kontroll över sitt liv (ibid.). Litteraturstudiens författare tror att kvinnor hade gynnats av fortsatt kontakt med sjukvården eller socialtjänsten, där hon kan få kontinuerligt stöd tills behovet upphört.

### **Slutsats och kliniska implikationer**

Litteraturstudien visar att kvinnor som blivit utsatta för våld i nära relationer befinner sig i en sårbar situation. För att kvinnorna ska känna sig trygga och omhändertagna av vårdpersonal behöver de bemötas med omsorg och respekt. Att bygga ett förtroende för sjukvården är tidskrävande men viktigt för att de våldsutsatta kvinnorna ska få en bra upplevelse av vården. Det finns stor förbättringspotential i vårdpersonalens bemötande. Sjukvården bör fokusera på informationsspridning, kommunikation samt att reducera stigma kring våld i nära relationer. De föreslagna förändringarna kan med fördel genomföras med hjälp av kontinuerlig utbildning och undervisning av vårdpersonal.

### **Författarnas arbetsfördelning**

Litteraturstudiens författare intygar att arbetsfördelningen varit jämn under arbetets gång.

## Referenser

Andréasson, C., Stenson, K., Björck, A., & Heimer, G. (2005). *Den svenska hälso- och sjukvården arbete inom kompetensområdet våld mot kvinnor: nationell kartläggning*. Hämtad 8 november, 2017, från RiksKvinnoCentrum, [http://kunskapsbanken.nck.uu.se/nckkb/nck/publik/fil/visa/548/den\\_svenska\\_%20hälso\\_och\\_sjukvården.pdf](http://kunskapsbanken.nck.uu.se/nckkb/nck/publik/fil/visa/548/den_svenska_%20hälso_och_sjukvården.pdf)

Anttila S., Ericson, C., Glad, J., Fredriksson, M., Olofsson, H., Smedslund, G., Klingspor, K., & Hydén, M. (2006). *Utfall och effekter av sociala metoder för kvinnor som utsatts för våld i nära relationer: En systematisk översikt*. Hämtad 8 december, 2017, från Socialstyrelsen - Institutet för utveckling av metoder i socialt arbete, [https://www.socialstyrelsen.se/Lists/Artikelkatalog/Attachments/9508/2006-110-27\\_200611027.pdf](https://www.socialstyrelsen.se/Lists/Artikelkatalog/Attachments/9508/2006-110-27_200611027.pdf)

Bacchus, L., Bullock, L., Sharps, P., Burnett, C., Schminkey, D., Buller, A. M., & Campbell, J. (2016). 'Opening the door': A qualitative interpretive study of women's experiences of being asked about intimate partner violence and receiving an intervention during perinatal home visits in rural and urban settings in the USA. *Journal Of Research In Nursing*, 21(5/6), 345-364. doi:10.1177/1744987116649634

Bacchus, L., Mezey, G., & Bewley, S. (2002) *Women's perceptions and experiences of routine enquiry for domestic violence in a maternity service*. *BJOG: An International Journal Of Obstetrics & Gynaecology*, 109(1), 9-16.

Benzein, E., Hagberg, M., & Saveman, B-I. (2014). Familj och sociala relationer. I A. Ehrenberg & L. Wallin (Red.), *Omvårdnadens grunder: Perspektiv och förhållningssätt* (s. 69-90). Lund: Studentlitteratur.

Björck, A., & Heimer, G. (2008). Hälso- och sjukvårdens ansvar. I G. Heimer & D. Sandberg (Red.), *Våldsutsatta kvinnor: samhällets ansvar* (s.111-156). Lund: Studentlitteratur.

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

SFS 1962:700. *Brottsbalken*. Hämtad 10 januari, 2018 från Sveriges riksdag, [https://www.riksdagen.se/sv/dokument-lagar/dokument/svensk-forfattningssamling/brottsbalk-1962700\\_sfs-1962-700](https://www.riksdagen.se/sv/dokument-lagar/dokument/svensk-forfattningssamling/brottsbalk-1962700_sfs-1962-700)

Brottsförebyggande rådet. (2016). *Våld i nära relationer*. Hämtad 28 februari, 2017, från Brottsförebyggande rådet, <https://www.bra.se/brott-och-statistik/statistik-utifran-brottstyper/vald-i-nara-relationer.html>

Catallo, C., Jack, S. M., Ciliska, D., & MacMillan, H. L. (2013). Minimizing the risk of intrusion: a grounded theory of intimate partner violence disclosure in emergency departments. *Journal Of Advanced Nursing*, 69(6), 1366-1376. doi:10.1111/j.1365-2648.2012.06128.x

Chang, J., Cluss, P., Ranieri, L., Hawker, L., Buranosky, R., Dado, D., & ... Scholle, S. (2005). Health care interventions for intimate partner violence: what women want. *Women's Health Issues*, 15(1), 21-30.

Dahlborg Lyckhage, E. (2006) Att analysera diskurser. I Friberg, F. (Red.), *Dags för uppsats: Vägledning för litteraturbaserade examensarbeten*. (s.125-138). Lund: Studentlitteratur.

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. doi:10.1007/s10896-015-9720-z

Djikanovic, B., Lo Fo Wong, S., Stevanovic, S., Celik, H., & Lagro-Janssen, A. (2011). Women's Expectations of Healthcare Professionals in Case of Intimate Partner Violence in Serbia. *Women & Health*, 51(7), 693-708. doi:10.1080/03630242.2011.620697

- Eriksson, A. (2014). Global hälsa och omvårdnad. I A. Ehrenberg & L. Wallin (Red.), *Omvårdnadens grunder: Ansvar och utveckling* (s. 459-496). Lund: Studentlitteratur.
- Frenzel, A. (2014). *Brott i nära relationer: En nationell kartläggning*. Stockholm: Brottsförebyggande rådet. Hämtad 8 november, 2017, från [https://www.bra.se/download/18.9eaede145606cc8651ff/1399015861526/2014\\_8\\_Brott\\_i\\_nara\\_relationer.pdf](https://www.bra.se/download/18.9eaede145606cc8651ff/1399015861526/2014_8_Brott_i_nara_relationer.pdf)
- Friberg, F. (2012). Att göra en litteraturoversikt. I F. Friberg (Red.), *Dags för uppsats: vägledning för litteraturbaserade examensarbeten* (s.115-124). Lund: Studentlitteratur
- Gibbons, L. (2011). Dealing with the effects of domestic violence. *Emergency Nurse*, 19(4), 12-17
- Kristensson, J. (2014). *Handbok i uppsatsskrivande: och forskningsmetodik för studenter inom hälso- och vårdvetenskap*. Stockholm: Natur & Kultur
- Leppäkoski, T., Paavilainen, E., & Åstedt-Kurki, P. (2011). Experiences of emergency care by the women exposed to acute physical intimate partner violence from the finnish perspective. *International Emergency Nursing*, 19(1), 27-36. doi:10.1016/j.ienj.2010.02.006
- 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
- MacFarlane, J., Greenberg, L., Weltge, A. & Watson, M. (1995) "Identification of Abuse in 20 Emergency Departments: Effectiveness of a Two-Question Screening Tool". *Journal of Emergency Nursing*. Vol. 21(5), s. 391-394.

M Larsen, M., Krohn, J., Püschel, K., & Seifert, D. (2014). Experiences of Health and Health Care Among Women Exposed to Intimate Partner Violence: Qualitative Findings. *Health Care For Women International*. 35(4), 359-79. doi: 10.1080/07399332.2012.738264

Narula, A., Agarwal, G., & McCarthy, L. (2012). Intimate partner violence: patients' experiences and perceptions in family practice. *Family Practice*, 29(5), 593–600.

Nemoto, K., Rodriguez, R., & Mkandawire-Valhmu, L. (2008). Battered Japanese women's perceptions and experiences of beneficial health care. *Japan Journal Of Nursing Science*, 5(1), 41-49.

Nordborg, G. (2014) Mäns våld mot kvinnor. I G. Heimer, A. Björk & C, Kunosson. *Våldsutsatta kvinnor: samhällets ansvar*. (s. 43-72). Lund: Studentlitteratur

O'Doherty, L., Hegarty, K., Ramsay, J., Davidson, LL., Feder, G., & Taft, A. (2015). Screening women for intimate partner violence in healthcare settings. *Cochrane Database Syst Rev*, 22(7). doi: 10.1002/14651858.CD007007.pub3

Pratt-Eriksson, D., Bergbom, I., & Lyckhage, E. D. (2014). Don't ask don't tell: Battered women living in Sweden encounter with healthcare personnel and their experience of the care given. *International Journal Of Qualitative Studies On Health & Well-Being*, 91-7. doi:10.3402/qhw.v9.23166

Prosman G-J, Lo Fo Wong SH, Lagro-Janssen ALM. Why abused women do not seek professional help: a qualitative study. *Scand J Caring Sci* 2014;28:3-11. (2014). *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 28(2), 421. doi:10.1111/scs.12127

Reisenhofer, S., & Seibold, C. (2013). Emergency healthcare experiences of women living with intimate partner violence. *Journal Of Clinical Nursing*, 22(15/16), 2253-2263. doi:10.1111/j.1365-2702.2012.04311.x

Reisenhofer, S., & Taft, A. (2013). Women's journey to safety - The Transtheoretical model in clinical practice when working with women experiencing Intimate Partner Violence: A scientific

review and clinical guidance. *Patient Education & Counseling*, 93(3), 536-548.  
doi:10.1016/j.pec.2013.08.004

Sandman, L. & Kjellström, S. (2013). *Etikboken: etik för vårdande yrken*. (1. uppl.) Lund: Studentlitteratur.

SFS 2001:453. *Socialtjänstlag*. Hämtad 1 mars, 2017, från Sveriges riksdag,  
[http://www.riksdagen.se/sv/dokument-lagar/dokument/svensk-forfattningssamling/socialtjanstlag-2001453\\_sfs-2001-453](http://www.riksdagen.se/sv/dokument-lagar/dokument/svensk-forfattningssamling/socialtjanstlag-2001453_sfs-2001-453)

SFS 2009:400. *Offentlighets- och sekretesslag*. Hämtad 7 december, 2017, från Sveriges riksdag,  
[http://www.riksdagen.se/sv/dokument-lagar/dokument/svensk-forfattningssamling/offentlighets--och-sekretesslag-2009400\\_sfs-2009-400](http://www.riksdagen.se/sv/dokument-lagar/dokument/svensk-forfattningssamling/offentlighets--och-sekretesslag-2009400_sfs-2009-400)

Sieloff Evans, C.L. (1995). Imogene King: En Begreppsram för omvårdnaden. I Forchuk, C., Sieloff Evans, C.L. & O'Connor, N. (Red.), *Anteckningar om Omvårdnadsteorier II*. (s.69- 117). Lund: Studentlitteratur.

Socialstyrelsen. (2014). *Att vilja se, vilja veta och att våga ställa fråga: Vägledning för att öka förutsättningarna att upptäcka våldsutsatthet*, Hämtad 8 november, 2017, från  
<http://www.socialstyrelsen.se/Lists/Artikelkatalog/Attachments/19568/2014-10-30.pdf>

Socialstyrelsen. (u.å.). *Definition av våld och utsatthet i nära relationer*. Hämtad 1 mars, 2017, från Socialstyrelsen, <http://www.socialstyrelsen.se/valds-ochbrottsrelateradefragor/valdinararelationer/valdsutovare/definition>

Statens beredning för medicinsk och social utvärdering (SBU). (2014). *Mall för kvalitetsgranskning av studier med kvalitativ forskningsmetodik: patientupplevelser*. Stockholm: SBU. Från  
[http://www.sbu.se/globalassets/ebm/metodbok/mall\\_kvalitativ\\_forskningsmetodik.pdf](http://www.sbu.se/globalassets/ebm/metodbok/mall_kvalitativ_forskningsmetodik.pdf)

Sveriges riksdag. (2003). *Uppföljning och utvärdering av Kvinnofredspropositionens myndighetsuppdrag ur ett könsmaktsperspektiv*. Hämtad 10 mars, 2017, från Sveriges riksdag, [https://www.riksdagen.se/sv/dokument-lagar/dokument/kommittedirektiv/uppfoljning-och-utvardering-av\\_GRB1112](https://www.riksdagen.se/sv/dokument-lagar/dokument/kommittedirektiv/uppfoljning-och-utvardering-av_GRB1112)

The General Assembly. (1993). *Declaration on the Elimination of Violence against Women*. Hämtad 1 mars, 2017, från United Nations, <http://www.un.org/documents/ga/res/48/a48r104.htm>

The World Medical Association. (2014). *WMA Declaration of Helsinki: Ethical Principles for Medical Research Involving Human Subjects*. Hämtad 1 mars, 2017, från The World Medical Association, <https://www.slfs.se/Pages/48496/Helsingforsdeklarationen.pdf>

Varcoe, C., Browne, A. J., Ford-Gilboe, M., Dion Stout, M., McKenzie, H., Price, R., ... Merritt-Gray, M. (2017). Reclaiming Our Spirits: Development and Pilot Testing of a Health Promotion Intervention for Indigenous Women Who Have Experienced Intimate Partner Violence. *Research In Nursing & Health*, 40(3), 237-254. doi:10.1002/nur.21795

Watt, M., Bobrow, E., & Moracco, K. (2008). Providing support to IPV victims in the emergency department: vignette-based interviews with IPV survivors and emergency department nurses. *Violence Against Women*, 14(6), 715-726.

World Health Organization (WHO). (2016). *Violence against women: Intimate partner and violence against women*. Hämtad 28 februari, 2017, från WHO, <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs239/en/>

Willam, A., Stoltz, P., & Bahtsevani, C. (2011) *Evidensbaserad omvårdnad: En bro mellan forskning och klinisk verksamhet*. Lund: Studentlitteratur

Wong, J., & Mellor, D. (2014). Intimate partner violence and women's health and wellbeing: Impacts, risk factors and responses. *Contemporary Nurse: A Journal For The Australian Nursing Profession*, 46(2), 170-179. doi:10.5172/conu.2014.46.2.170



Zink, T., Jacobson CJ, J., Regan, S., & Pabst, S. (2004). Hidden victims: the healthcare needs and experiences of older women in abusive relationships. *Journal Of Women's Health* (15409996), 13(8), 898-908. doi:10.1089/jwh.2004.13.898

Östlundh, L. (2006). Informationssökning. I Friberg, F. (Red.), *Dags för uppsats: Vägledning för litteraturbaserade examensarbeten*. (s.48-70). Lund: Studentlitteratur.