JÖNKÖPING UNIVERSITY
School of Health and Welfare

Våldsutsatta kvinnors upplevelser av hälso- och sjukvård

- en litteraturöversikt

HUVUDOMRÅDE: *Omvårdnad, examensarbete 15 hp*

FÖRFATTARE: *Kamila Eriksson, Frida Karlström & Rebecca Larsson*

HANDLEDARE: *Malin Lindroth*

JÖNKÖPING *2018 juni*

Sammanfattning

Bakgrund: Våldsutsatta kvinnor finns i hela världen och oftast utförs våldet av kvinnans partner. Fysiskt, psykiskt och sexuellt våld är vanligt förekommande och kan åsamka kvinnorna ett stort lidande.

Syfte: Att beskriva våldsutsatta kvinnors upplevelser av hälso- och sjukvård.

Metod: En litteraturöversikt med induktiv ansats har genomförts där 14 artiklar med kvalitativ metod användes. Dataanalysen gjordes enligt Fribergs femstegsmodell.

Resultat: När kvinnorna kommer i kontakt med vården upplever de rädsla, skuld och skam för att avslöja våldet. I det goda mötet med hälso- och sjukvård upplever kvinnorna att de bemöts med empati, respekt och värme. Det bristfälliga mötet kan bero på att personal inte tror på dem, inte inger förtroende eller ger dem tillräckligt med tid. De upplever behov och har önskemål om att få vård för sina psykiska problem, inte bara de uppenbara fysiska skadorna, de vill ha någon som lyssnar, vågar ställa frågan om våld och kan lindra deras lidande.

Slutsats: Våldsutsatta kvinnors upplevelser i mötet med vården varierar och resultatet ger hälso- och sjukvårdpersonal kunskap om vad som uppskattas av kvinnorna och vad som kan förbättras.

Nyckelord: Bemötande, Erfarenheter, Kvalitativ, Omvårdnad, Våld

Summary

Experiences of healthcare among women exposed to violence

– a literature review

Background: Throughout the world, females are overrepresented as the victims of violence, most often by the hands of their partner. The violence can take many forms (physical, mentally or sexually) and cause great suffering for the victims.

Aim: To describe the experiences of female victims of violence within the context of healthcare encounters.

Method: A literature review with inductive approach was made covering 14 qualitative studies. Data was analysed according to Fribergs fivestep model.

Result: Female victims of violence often experience fear, guilt and shame, they can therefore be reluctant to open up to healthcare officials. A good encounter involves empathy, respect and warmth, while a poor encounter is characterised by distrust, lack of knowledge and/or lack of time. They require not only treatment of physical injuries, it is equally important with mental/emotional support, that can be accomplished by daring to ask questions, listening and an effort to ease their suffering.

Conclusion: Female victims of violence have varied experiences concerning their contact with healthcare establishments. This report answers some questions regarding what women appreciate and what needs to be improved when encountering healthcare.

Keywords: Encounter, Experiences, Nursing, Qualitative, Violence

Innehållsförteckning

INLEDNING 1

BAKGRUND 1

Begreppet våld 1
Kvinnor och våldsutsatthet 2
Våldets konsekvenser 3
Hälso- och sjukvårdens ansvar 3
Katie Erikssons omvårdnadsteori 4

SYFTE 5

MATERIAL OCH METOD 5

Design 5
Urval och datainsamling 5
Dataanalys 6
Etiska överväganden 7

RESULTAT 8

Rädsla, skuld och skam 8
Det goda mötet 9
Det bristfälliga mötet 10
Behov och önskningar 12

DISKUSSION 14

Metoddiskussion 14
Resultatdiskussion 15

SLUTSATSER OCH KLINISKA IMPLIKATIONER 17

REFERENSER 18

BILAGOR 26

Bilaga 1 – Sökmatris
Bilaga 2 – Granskningsprotokoll
Bilaga 3 - Artikelmatris
Bilaga 4 – Analystabell
Bilaga 5 - Översikt med temas förankring i inkluderade studier

Inledning

Våld mot kvinnor är enligt World Health Organisation [WHO] (2013) ett folkhälsoproblem och innebär kränkning av deras mänskliga rättigheter. Alla människor har lika värde och har rätt till att inte utsättas för våld, tvång eller diskriminering (Förenta Nationerna [FN], 1948). Trettiofem procent av världens kvinnor har någon gång utsatts för fysiskt eller sexuellt våld, majoriteten av våldet sker i nära relationer och orsakar betydande hälsoproblem (WHO, 2013). I värsta fall kan våldet få dödlig utgång (Houston et al., 2015). Förutom direkta kroppsskador rapporterar kvinnor sömnproblem, muskelvärk, trötthet, depression, oro, ångest, huvudvärk eller magont (Lowe, Humphreys & Williams, 2007; Lövestad, Löve, Vaez & Krantz, 2017). Våldsutsatta kvinnor har även en ökad risk att bli självmordsbenägna (Antai & Anthony, 2014).

Av de formella stöd som finns vänder sig våldsutsatta kvinnor oftast till hälso- och sjukvården (Ansara & Hindin, 2010) men enligt Wong et al. (2008) vill de ofta inte berätta om orsaken till sina skador. För att upptäcka utsatta kvinnor är det viktigt att vårdpersonal förstår sambandet mellan våld och kvinnors ohälsa och kan agera på ett lämpligt sätt (WHO, 2013). Ju tidigare våldet mot kvinnor upptäcks, desto snabbare kan insatser sättas in för att minska patientens lidande (Nationellt centrum för kvinnofrid [NCK], 2017). Därför är det av betydelse att studera de våldsutsatta kvinnornas upplevelser av hälso- och sjukvård.

Bakgrund

Begreppet våld

Enligt Mandela et al. (2002) är våld ett komplext fenomen som är svårt att definiera och brist på en tydlig definition kan vara en anledning till att våldet har ignorerats som ett folkhälsoproblem. Isdal (2001, s.34) definierar våld som: "(...) varje handling riktad mot en annan person, som genom att denna handling skadar, smärtar, skrämmer eller kränker, får denna person att göra något mot sin vilja eller avstå från att göra något den vill".

Våld kan ha många olika uttryck (Socialstyrelsen, 2016). Fysiskt våld är handlingar som ger en annan person kroppsliga skador. Psykiskt våld innebär att en person blir utsatt för metodisk nedtryckning, verbala kränkningar eller social isolering. Det kan röra sig om att personen inte får träffa släkt eller vänner och det kan även vara hot att skada den våldsutsattas husdjur. När en individ blir tvingad till sexuella handlingar kallas det för sexuellt våld. Ekonomisk och materiell utsatthet kan beskrivas som när en person blir bestulen på pengar eller ägodelar, blir utsatt för utpressning eller om en god man överskrider sina befogenheter. Latent våld betyder att en person genom sin kroppshållning uppfattas av en annan människa som ett hot. Försummelse

innebär att en individ som behöver medicin, hjälp med mat eller hygien nekas det (Isdal, 2001; Socialstyrelsen, 2016; Socialstyrelsen, 2017). Ett hedersrelaterat våld utförs oftast kollektivt riktat mot en individ till exempel hela familjen mot en familjemedlem. Handlingarna kan bestå av begränsningar i val av socialt umgänge, kläder eller utbildning. Personer med normbrytande sexuell läggning kan vara särskilt utsatta (Prop. 2007/08:39; Socialstyrelsen, 2016).

En annan typ av våld som oftast kombinerar psykiskt, fysiskt, och sexuellt våld benämns våld i nära relationer. Förövaren kan vara en make, sambo, särbo eller en annan närstående (NCK, 2014; Socialstyrelsen, 2017). Det är den här typen av våld som oftast drabbar kvinnor (WHO, 2013) men trots detta debatteras det mer kring de extremare formerna av våld som människohandel för sexuellt bruk, våldtäkter, könsstympningar, tvångsgiften och andra handlingar relaterade till religion (Johnsson-Latham, 2014).

Kvinnor och våldsutsatthet

WHO:s (2013) rapport visar ett globalt perspektiv om mäns våld mot kvinnor och anger att 35 procent av kvinnorna har någon gång under sin livstid utsatts för fysiskt och/eller sexuellt våld. Definitioner av våld skiljer sig avsevärt mellan länder och det bidrar till att mörkertalen är höga (Johnsson-Latham, 2014). En systematisk litteraturöversikt inkluderande 56 länder visar att 7,2 procent av alla kvinnor äldre än 15 år någon gång har blivit utsatta för sexuellt våld utanför relationen (Abrahams et al., 2014). Nästan en tredjedel av världens kvinnor som har varit i ett förhållande har utsatts för våld i nära relationer. Så många som 38 procent av alla mord på kvinnor begås av partnern (WHO, 2013). I Afrika och Sydostasien utsätts cirka 40 procent av alla kvinnor för våld och i Europa ungefär 25 procent (WHO, 2013). Våldet mot kvinnor är även utbrett i länder som anses mer jämställda såsom Sverige och dess grannländer. I Sverige kontaktar årligen 12 till 14 tusen kvinnor öppenvården på grund av våld i nära relationer (Socialstyrelsen, 2009) och det dödas i genomsnitt 17 kvinnor av sin partner (Brottsförebyggande rådet [BRÅ], 2012).

Kvinnors våldsutsatthet kan grunda sig i sociala konstruktioner. I många kulturer finns det en patriarkal maktstruktur där kvinnor kontrolleras och förtrycks (Johnsson-Latham, 2014). Fram till år 1864 var det lagligt i Sverige att använda våld mot sin hustru. Några år senare fick kvinnan rätt att besluta själv om vem hon ville gifta sig med och först år 1964 blev våldtäkt inom äktenskapet ett brott (Nordborg, 2014). Den första svenska rapporten om våldets omfattning kom ut 2001 och visade att nästan varannan kvinna upplevt våld från en man (Lundgren, Heimer, Westerstrand & Kalliokoski, 2001), något som inte har förändrats enligt en nyare undersökning från 2014 (NCK, 2014). Den visar att 46 procent av kvinnorna hade utsatts för allvarligt psykiskt, sexuellt eller fysiskt våld någon gång under sitt liv (NCK, 2014). Antalet misshandelsbrott och våldtäkter mot kvinnor och flickor har ökat i Sverige de senaste 10 åren med 14 respektive 31 procent (BRÅ, 2018).

Våldets konsekvenser

Vid våld mot kvinnan drabbas individen, familjen och även samhället (Wendt & Enander, 2013). Offer till våld kan få fysiska skador som blåmärken, skrapsår, skärsår och bett men även allvarligare skador mot ögon eller öron, benfrakturer och utslagna tänder. Mellan 23 till 80 procent av kvinnorna som blev misshandlade av sin partner behövde uppsöka hälso- och sjukvård åtminstone en gång (Ellsberg, Jansen, Heise, Watts & Garcia-Moreno, 2008). Förutom akuta fysiska skador kan de söka hjälp för muskelvärk, huvudvärk, magont, ångest eller sömnstörningar (Wong, et al., 2008). Våldsutsatta kvinnor lider i större utsträckning av depression, de har oftare självmordstankar och gör fler självmordsförsök än icke våldsutsatta (Ellsberg et al., 2008; Hahm, Augsberger, Feranil, Jang & Tagerman, 2017). Användning av alkohol och andra droger är vanligt för att stå ut med situationen (Hahm et al., 2017), därmed kan missbruk och självskadebeteende uppstå (Wong et al., 2008).

Kvinnor utsatta för våld planerar sällan sina graviditeter och gör fler aborter än icke våldsutsatta, även missfall, graviditetsrelaterade komplikationer och kejsarsnitt är vanligare (Tomasdottir et al., 2016; Trevillion, Angew- Davis & Michele- Howard, 2013). De skattar sin psykiska hälsa lägre än icke våldsutsatta och använder i större utsträckning antidepressiva läkemedel. Barn till dessa kvinnor kan ha låg födelsevikt och sämre hälsa (Tomasdottir et al., 2016; Trevillion et al., 2013). Kvinnorna kan söka vård på grund av problem hos sina barn (Wong et al., 2008) som oftast bevittnar våldet och deras hälsa kan därmed påverkas negativt (Cater, Miller, Howell & Graham-Bermann, 2015). Beteendeproblem hos barnen är vanliga och deras skolprestation försämras. De har en ökad risk att som vuxna hamna i våldsamma relationer eller utöva våld själva (Wood & Sommers, 2011). Förutom individens och familjens lidande belastas samhället ekonomiskt i form av sjukskrivningar, behandlingar och kostnader för rättsväsendet (NCK, 2014; WHO, 2013).

Hälso- och sjukvårdens ansvar

Hälso- och sjukvårdens främsta mål är en god hälsa för hela befolkningen och att kraven på en god vård uppfylls. En god vård är lättillgänglig, inger patienter trygghet, respekterar självbestämmande och bevarar integritet (SFS 2017:30). Vårdpersonal har en betydande roll vid bemötandet av våldsutsatta kvinnor. Våldet bör identifieras för att hitta den primära orsaken till kvinnans besvär och snabbare kunna ge adekvat hjälp (Berglund & Witkowski, 2014). Om vårdpersonal inte upptäcker våldet kan negativa följder som självmordsförsök, dålig fysisk och/eller psykisk hälsa, barns utsatthet för våld samt en ökning av våldet uppstå (Al-Natour, Qandil & Gillespie, 2016).

Ett ansvar finns hos vårdgivaren att våldsutsatthet är definierat som ett ansvarsområde samt att rutiner och riktlinjer finns gällande hur frågan om våld ska ställas (Socialstyrelsen, 2016). Genom att ställa frågan visar vårdpersonalen att det finns en utväg (Berglund & Witkowski, 2014). Sjuksköterskans bemötande kan vara avgörande om den våldsutsatta kvinnan polisanmäler eller inte. För att den

våldsutsatta kvinnan ska kunna få det stöd och den hjälp hon har rätt till, är det viktigt att professioner i alla myndigheter har kunskap om varandras specifika ansvarsområde (Prop. 2006/07:38). Att ha ett personcentrerat förhållningssätt ingår i sjuksköterskans kompetensbeskrivning (Svensk sjuksköterskeförening, 2017). Det innebär att omvårdnad ska genomföras i partnerskap med vårdsökande och dess anhöriga. Personalen bör skapa en miljö som inger ett förtroende för att den drabbade kvinnan ska känna sig bekväm med att berätta om sina svårigheter (Holm, 2001).

Sjuksköterskeprofessionen kommer i framtiden få en bättre grund för att möta våldsutsatta kvinnor. Högskoleförordningen (SFS 1993:100) anger att den 1:a juli 2018 träder en ny examensbeskrivning för sjuksköterskor i kraft. Ett nytt krav som ska uppfyllas lyder: ”För sjuksköterskeexamen ska studenten (…) visa kunskap om mäns våld mot kvinnor och våld i nära relationer (…)” (SFS 1993:100, bilaga 2).

Katie Erikssons omvårdnadsteori

De våldsutsatta kvinnorna lider ofta av följderna av övergreppen (NCK, 2014) och detta lidande kan och bör åtgärdas i mötet med vården (Berglund & Witkowski, 2014). Genom att våga möta och bekräfta kvinnornas lidande och involvera dem i deras vård kan lidandet minimeras (Eriksson, 1994). Eriksson grundar sin teori på omsorg som är ett fundamentalt begrepp inom omvårdnad. Teorin omfattar människa, hälsa, vård och lidande. Grunden till hennes teori utgörs av hennes syn på människan. Hon anser att den dominerande orsaken till människans problem är förhållandet mellan människan och Gud och förhållandet mellan människan och andra individer. Det är genom de här relationerna som människans existens skapas. Eriksson menar att förhållandet till andra individer kan förklaras med begreppen tro, hopp och kärlek som då skapar grunden för all vård (Kirkevold, 2014). Begreppet hälsa anser Eriksson vara ett tillstånd som kännetecknar människan. Hälsa är att vara hel som människa, och helheten utgörs av dimensionerna: kropp, själ och ande (Eriksson, 1987). Kroppslig hälsa innebär att vara frisk och själslig hälsa handlar om det som ger balans i livet och i relationer till andra människor. Andlig hälsa syftar till det som ger mening i livet och det som gör det möjligt att utvecklas (Eriksson, 1990).

Eriksson definierar vårdandet som något som finns naturligt hos människan och har som syfte att främja hälsa. Även här ingår dimensionerna kropp, själ och ande, som alla måste vårdas för att individen ska uppnå optimal hälsa (Kirkevold, 2014). För att omvårdnaden ska kunna ses som vårdande måste de professionella vårdarna grunda sina omvårdnadshandlingar på hela individen och inte bara det tekniska (Kirkevold, 2014). Lidandet kan ta sig olika uttryck och är en del i att vara människa, det kan leda till utveckling och vara en form av drivkraft. Lidandet är ofta förknippat med ohälsa och olika behandlingar, den professionella vårdens uppgift är att minska individens lidande (Eriksson & Lindholm, 1993). För att lindra lidandet så måste individen få bekräftelse, få utrymme att lida och behålla sin värdighet samt få vård och adekvat behandling (Kirkevold, 2014).

Syfte

Att beskriva våldsutsatta kvinnors upplevelser av hälso- och sjukvård.

Material och metod

Design

En litteraturöversikt med induktiv ansats har gjorts, där artiklar med kvalitativ metod användes. En litteraturöversikt görs för att få en överblick över kunskapen inom ett visst område genom att använda sig av kvalitativ eller kvantitativ litteratur (Segesten, 2017). Kvalitativ ansats beskriver och förklarar mänskliga upplevelser och uppfattningar, där det fokuseras på helheten istället för faktorer (Willman, Bahtsevani, Nilsson & Sandström, 2016).

Urval och datainsamling

Inklusionskriterier var kvinnor som har blivit utsatta för någon typ av våld och haft kontakt med vården. Exklusionskriterier var kvinnor under 18 år. Sökningarna (Bilaga 1) gjordes i databaserna Cinahl, Medline och PsycINFO som alla inkluderar omvårdnadsforskning (Forsberg & Wengström, 2016). Det avancerade sökalternativet (Advanced Search) utnyttjades i alla sökningar. Artiklarna begränsades till att de var skrivna på engelska eller svenska, publicerade från och med år 2008, peer reviewed och med en kvalitativ metod. Någon geografisk avgränsning gjordes inte.

Sökbegrepp bestämdes först utifrån orden samt dess synonymer i studiens syfte och översattes till engelska till följande: ”women”, ”abuse”, ”violence”, ”experience” och ”healthcare”. Orden användes både separat och i kombinationer för att göra en inledande informationssökning. En inledande informationssökning görs för att få en överblick över ett forskningsområde och för att testa vilka söktekniker som kan bli aktuella (Östlundh, 2017). Efter det kunde fler sökord identifieras: ”intimate partner violence (IPV)”, ”encounter”, ”perception”, ”domestic violence”, ”qualitative study”, ”abused women”, ”experiences of encounter”, ”women’s satisfaction with health care”, ”care”, ”expectations”, ”women’s expectations”, ”receiving care”. Orden ”abuse*”, ”nurs*” och ”batter*” skrevs med en asterisk ”*”. En asterisk som sätts i slutet av ett ord innebär en teknik som heter trunkering. Databasen letar då efter ordets olika böjningsformer (Östlundh, 2017).

Olika kombinationer av ovanstående sökord användes i booleska sökningar. Vid en boolesk sökning används kommandoorden AND, OR och NOT för att specificera sökningen och få fram ett relevant litteratururval (Östlundh, 2017). Datan till

litteraturöversikten samlades mellan 26 februari 2018 till och med 31 mars 2018. Sammanlagt gav sökningarna i de tre olika databaserna 782 träffar och samtliga titlar lästes. När titeln relaterade till litteraturöversiktens syfte valdes det att läsa artikelns sammanfattning (”abstract”). Av dessa 782 träffar lästes 95 sammanfattningar. Till vidare granskning lämpade sig 43 artiklar inklusive dubbletter. Efter borttagandet av dubbletter fanns det 26 artiklar kvar och samtliga har genomgått en kvalitetsgranskning enligt ett granskningsprotokoll framtaget vid Avdelning för omvårdnad på Hälsohögskolan i Jönköping (Bilaga 2). Kriterier för att inkludera en artikel var att den skulle få minst sju av åtta poäng i ”Del II” från granskningsprotokollet och måste ha fått ett etiskt tillstånd. Av de 26 artiklarna valdes 12 artiklar bort på grund av att: kvinnor under 18 år var inkluderade (n=2), syftet inte var relevant (n=5), datainsamlingsmetod var strukturerade intervjuer som inte ansågs kunna ge tillräckligt ingående svar (n=2), artiklar var interventionsstudier (n=3). Resterande 14 artiklar behölls till resultatet (Bilaga 3).

Dataanalys

Kvalitativ analys med en induktiv ansats har gjorts. En induktiv ansats innebär att analysen är förutsättningslös och har inget i förväg bestämt mönster (Lundman & Hällgren Graneheim, 2017). Analysen utgår endast från innehållet i texten (Danielson, 2017). Artiklarna i litteraturöversikten analyserades enligt Fribergs (2017) femstegsmodell. Varje artikel var utskrivet i tre exemplar för individuellt bruk. Först lästes artiklarna enskilt, flera gånger och med fokus på resultatdelen. Vid oklarheter gällande det engelska språket användes Google Translate. I steg två identifierades enskilt artiklarnas fynd som framkom i resultatet och understrykningar av fynden gjordes. All relevant data som svarade till litteraturöversiktens syfte identifierades. I steg tre tilldelades det fyra till fem artiklar per författare att sammanställa. Fynden skrevs ner för hand på ett stort pappersark där varje artikel var färgkodad. Liknande fynd skrevs bredvid varandra. I början av genomförandet av steg fyra blev det tydligt att sammanställningen från steg tre var bristfällig. Det märktes skillnader i uppfattningarna om artiklarnas fynd. För att förbättra analysarbetet gjordes det därför en gemensam genomgång och sammanställning av varje artikel.

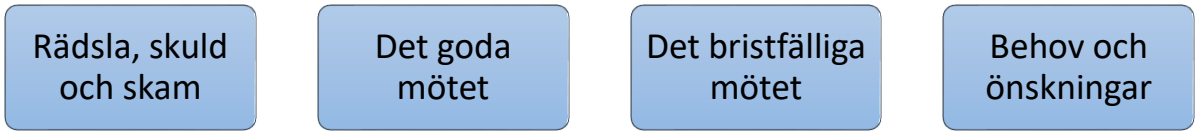
Sammanställningarna gjordes i ett Word-dokument och skrevs ut. Därefter kunde steg fyra genomföras genom att liknande fynd kodades med samma färger eller symboler. Totalt användes 18 olika koder. Efteråt grupperades de 18 olika koderna till fyra övergripande teman. Detta gjordes i ett annat Word-dokument och skrevs ut för vidare analys. För att få nyanser av de övergripande temana upprepades samma procedur, det vill säga likheter kodades med samma färg. I det femte steget formulerades en beskrivning av de nya temana. Exempel på analysprocessen ses i Bilaga 4 (Analystabell) och Bilaga 5 (Översikt med temas förankring i inkluderade studier).

Etiska överväganden

När en litteraturöversikt görs krävs inget etiskt godkännande, men den etiska frågan ska ändå tas i beaktande (Kjellström, 2017). Enligt Forsberg och Wengström (2016) ska artiklar som används i en litteraturöversikt ha genomgått etiska överväganden eller erhållit tillstånd från en etisk kommitté. Enbart artiklar som fått ett etiskt tillstånd ingick i litteraturöversikten. Diskussion om förförståelse för ämnet fördes, om vilka erfarenheter och tankar som fanns. En av författarna har tidigare arbetat på en kvinnoklinik vilket gav en viss förförståelse om de våldsutsatta kvinnornas situation samt genererade syftet till denna litteraturöversikt.

Resultat

Resultatet i den här litteraturöversikten beskriver våldsutsatta kvinnors upplevelser av hälso- och sjukvård. Fyra huvudteman har identifierats: ”Rädsla, skuld och skam”, ”Det goda mötet”, ”Det bristfälliga mötet” samt ”Behov och önskningar” (Figur 1).



Figur 1. Presentation av huvudteman.

Rädsla, skuld och skam

När våldsutsatta kvinnor söker vård känner de rädsla, skuld och skam. Det uppstår rädsla för partnerns hämnd, att bli lämnad ensam, inte bli trodd på eller ignorerad av vårdpersonal. Känslor av skuld och skam kan förstärkas vid anklagande frågor från vårdpersonal.

En känsla av rädsla åtföljer kvinnorna (Edin, Dahlgren, Lalos & Högberg, 2010; Larsen, Krohn, Püschel & Seifert, 2014; Leppäkoski, Paavilainen & Astedt-Kurki, 2011; Narula, Agarwal & McCarthy, 2012; Pratt-Eriksson, Bergbom & Lyckhage, 2014; Reeves & Humphreys, 2018; Reisenhofer & Seibold, 2013; Rishal, Joshi, Lukasse, Schei & Swahnberg, 2016; Salmon, Baird & White, 2015; Wallin Lundell, Eulau, Bjarneby & Westerbotn, 2018). När de söker vård för sina skador och partnern är närvarande skapar det en rädsla hos dem eftersom de inte kan prata med personalen om orsaken till skadorna. De är rädda för partners hämnd och hot som är riktad mot dem eller andra i deras närhet. (Leppäkoski et al., 2011; Narula et al., 2012; Reisenhofer & Seibold, 2013; Wallin Lundell et al., 2018). Det är inte bara fysisk misshandel som skrämmer kvinnorna utan även partnerns kontrollerande beteende och den verbala misshandeln (Salmon et al., 2015). Det finns också en rädsla för att bli lämnad ensam, att bli utslängd från bostaden samt att känna sig isolerad (Leppäkoski et al., 2011; Reisenhofer & Seibold, 2013; Rishal et al., 2016). Mammor och gravida kvinnor är rädda om sina barns säkerhet och därför anpassar de sig till mannens krav för att skydda dem (Edin et al., 2010; Leppäkoski et al., 2011; Narula et al., 2012).

En del är obekväma med att prata om sin situation som våldsutsatt då de fruktar att sociala myndigheter ska frånta dem vårdnaden om barnen (Narula et al., 2012; Reisenhofer & Seibold, 2013; Salmon et al., 2015). Kvinnor upplever även skräck

inför medicinska undersökningar då de vid fysisk kontakt återupplever våldet och de tycker att det är svårt att tala om för personalen vad som är orsaken till deras rädsla (Reeves & Humphreys, 2018). De vågar inte berätta om våldet till vårdpersonal på grund av oro att inte bli trodda på, ignorerade eller missförstådda. Rädslan att inte bli trodd på är desto större när de inte har synliga kroppskador vilket gör att de ibland avstår från att söka vård (Edin et al., 2010; Larsen et al., 2014; Leppäkoski et al., 2011; Narula et al., 2012; Pratt-Eriksson et al., 2014; Reeves & Humphreys, 2018; Rishal et al., 2016; Salmon et al., 2015; Wallin Lundell et al., 2018). Rädslan för att bli förolämpad, diskriminerad eller skuldbelagd är en av huvudorsakerna till varför kvinnor döljer att de är offer för misshandel (Edin et al., 2010; Leppäkoski et al., 2011; Narula et al., 2012; Reeves & Humphreys, 2018; Reisenhofer & Seibold, 2013; Rishal et al., 2016).

Utöver att kvinnor känner rädsla för att bli skuldbelagda så upplever de skuldbeläggande från personalen (Leppäkoski et al., 2011; Narula et al., 2012; Pratt-Eriksson et al., 2014; Reeves & Humphreys, 2018; Reisenhofer & Seibold, 2013; Rishal et al., 2016; Wallin Lundell et al., 2018; Örmon, Torstensson-Levander, Sunnqvist & Bahtsevani, 2014). Känslor av skuld skapas eller förstärks av hälso- och sjukvårdspersonal vid olika tillfällen. Vissa kvinnor upplever att vårdpersonal ser ner på dem (Pratt-Eriksson et al., 2014) eller anklagar dem för att provocera fram misshandeln (Reeves & Humphreys, 2018; Wallin Lundell et al., 2018). De känner sig ifrågasatta om varför de inte sökt hjälp tidigare eller varför de stannar kvar i relationen trots personalens råd att lämna den (Leppäkoski et al., 2011; Narula et al., 2012; Pratt-Eriksson et al., 2014; Reisenhofer & Seibold, 2013; Wallin Lundell et al., 2018). Kvinnor möts även av kommentarer som att de inte tar ansvar för sitt liv, inte respekterar sig själva och har masochistiska intressen (Örmon et al., 2014). Att skuldbeläggandet kommer från någon med auktoritet och makt gör att deras känslor av skuld och skam ökar och skapar ytterligare ett hinder från att söka hjälp (Edin et al., 2010; Reisenhofer & Seibold, 2013).

Vissa kvinnor ger sig dock själva skulden för den våldsamma situationen och vågar inte tala om problemet. Det upplevs skamligt och är likvärdigt med att avslöja sig som dum och svag (Bradbury-Jones, Duncan, Kroll, Moy & Taylor, 2011; Edin et al., 2010; Leppäkoski et al., 2011; Narula et al., 2012; Nemoto, Rodriguez & Mkandawire-Valhmu, 2008; Pratt-Eriksson et al., 2014; Reisenhofer & Seibold, 2013; Rishal et al., 2016; Ruiz-Pérez, Pastor-Moreno, Escribà-Agüir & Maroto-Navarro, 2018; Salmon et al., 2015; Wallin Lundell et al., 2018). Kvinnor upplever även skuld för att de upptar vårdpersonalens tid (Bradbury-Jones et al., 2011; Pratt-Eriksson et al., 2014; Wallin Lundell et al., 2018) och att de är till besvär (Pratt Eriksson et al., 2014; Wallin Lundell et al., 2018).

Det goda mötet

Ett bra bemötande upplevs av våldsutsatta kvinnor som stöttande, icke dömande och bekräftande. Kvinnorna är nöjda när de får empatisk vård, uppföljning och är delaktiga i sin egen vård samt när de upplever bra samverkan mellan olika professioner.

I det goda mötet upplever kvinnor att personalen är empatisk, vänlig och bryr sig om dem (Bradbury-Jones et al., 2011; Edin et al., 2010; Leppäkoski et al., 2011; Nemoto et al., 2008; Reeves & Humphreys, 2018; Reisenhofer & Seibold, 2013; Örmon et al., 2014). Deras förtroende ökar vid ett sådant bemötande och de är tacksamma att vårdpersonal erbjuder samtal och tar sig tid att lyssna på dem (Edin et al., 2010; Leppäkoski et al., 2011; Narula et al., 2012; Nemoto et al., 2008; Reisenhofer & Seibold, 2013; Wallin Lundell et al., 2018; Örmon et al., 2014). Då känner de sig värdefulla, viktiga och förstådda (Larsen et al., 2014; Leppäkoski et al., 2011; Nemoto et al., 2008; Reeves & Humphreys, 2018; Reisenhofer & Seibold, 2013; Wallin Lundell et al., 2018; Örmon et al., 2014). Vårdpersonal som är fördomsfri och icke-dömande får kvinnorna att känna sig bekräftade och trodda på. Det är en lättnad för dem att höra att våldet inte är deras fel (Bradbury-Jones et al., 2011; Leppäkoski et al., 2011; Nemoto et al., 2008; Wallin Lundell et al., 2018; Örmon et al., 2014).

Kvinnor upplever det som hjälpsamt när vårdgivaren dokumenterar deras skador, remitterar dem till andra instanser, utfärdar sjukskrivningar, hjälper till med att fylla i olika blanketter eller att göra en polisanmälan (Bradbury-Jones et al., 2011; Larsen et al., 2014; Leppäkoski et al., 2011; Narula et al., 2012; Nemoto et al., 2008; Ruiz-Pérez et al., 2018; Salmon et al., 2015; Örmon et al., 2014). Kvinnor som känner trygghet i mötet med vården kan inte alltid förklara vad det beror på. Vissa känner trygghet när personen de pratar med visar att den vill hjälpa dem (Wallin et al., 2018), en del upplever sjukhus som en trygg plats (Leppäkoski et al., 2011; Nemoto et al., 2008; Örmon et al., 2014) och det känns betryggande när informationen hanteras konfidentiellt (Narula et al., 2012). I det goda mötet stöttar personalen kvinnor att fatta beslut i deras egen takt, ger dem tid att bearbeta information och väntar tills de känner sig bekväma med att avslöja våldet. De uppskattar också att de får vara delaktiga i sin egen vård (Narula et al., 2012; Reeves & Humphreys, 2018; Reisenhofer & Seibold, 2013; Wallin Lundell et al., 2018). Kvinnor som får uppföljning känner tacksamhet, stöd och att de inte är ensamma (Narula et al., 2012; Nemoto et al., 2008).

Det bristfälliga mötet

Upplevelser av bristfälliga möten kan kopplas till både brister i organisationen och vårdpersonalens attityder. Kvinnor upplever sig bli förbisedda, ignorerade, otrevligt bemötta och ifrågasatta vilket kan leda till minskad självkänsla och påverkar förtroendet för vården.

En del av det bristfälliga bemötandet som kvinnor upplever i vården tycks vara kopplad till brister i organisationen. Personalbrist gör att tiden upplevs begränsad vilket skapar stress hos kvinnorna (Narula et al., 2012; Pratt-Eriksson et al., 2014; Reeves & Humphreys, 2018; Rishal et al., 2016; Wallin Lundell et al., 2018; Örmon et al., 2014), de känner sig förbisedda, ignorerade och inte tagna på allvar (Rishal et al., 2016; Pratt-Eriksson et al., 2014; Wallin Lundell et al., 2018). Brist på kontinuitet leder till frustration och apati för att de måste återberätta sin historia gång på gång för olika personal (Bradbury-Jones et al., 2011; Larsen et al., 2014; Narula et al.,

2012; Reeves & Humphreys, 2018). För att få en kontinuitet bör kommunikationen mellan personalen vara god men tyvärr upplevs den som bristfällig (Bradbury-Jones et al., 2011; Narula et al., 2012). Det upplevs att personal inte ger kvinnor adekvat information, råd och återkoppling. De känner sig svikna av systemet eftersom de upplever stora brister i samverkan mellan hälso- och sjukvård, polis och socialtjänst. Dåligt interprofessionellt arbete lämnar kvinnor med en känsla av ensamhet, isolering och utan stöd (Bradbury-Jones et al., 2011; Larsen et al., 2014; Leppäkoski et al., 2011; Narula et al., 2012; Pratt-Eriksson et al., 2014). Kvinnor upplever att personalen saknar utbildning och erfarenhet av att ta hand om våldsutsatta personer. Vårdens kvalité varierar mycket beroende på vilken vårdgivare de möter (Larsen et al., 2014; Leppäkoski et al., 2011; Rishal et al., 2016; Ruiz-Perez et al., 2018).

Vården upplevs av kvinnor som svårtillgänglig på grund av att de erbjöds tider som inte passar dem, väntetiderna är långa och bokningssystemet är komplicerat. Procedurer som vårdpersonal är tvungen att följa hämmar möjligheten att uppfylla kvinnors individuella önskningar (Larsen et al., 2014; Leppäkoski et al., 2011; Narula et al., 2012; Reeves & Humphreys, 2018; Ruiz-Perez et al., 2018). Medan den somatiska vården upplevs lättillgänglig tycker kvinnor att deras psykiska hälsa förbises (Ruiz-Perez et al., 2018; Larsen et al., 2014). Hos en del kvinnor är funktionsnedsättning ett hinder för att kontakta vården (Ruiz-Perez et al., 2018) och för vissa är det den kontrollerande partnern (Narula et al., 2012).
I det bristfälliga mötet med vården upplever kvinnor att de är ignorerade vilket tar sig olika uttryck (Edin et al., 2010; Larsen et al., 2014; Leppäkoski et al., 2011; Narula et al., 2012; Pratt-Eriksson et al., 2014; Reeves & Humphreys, 2018; Reisenhofer & Seibold, 2013; Rishal et al., 2016; Ruiz-Pérez et al., 2018; Wallin Lundell et al., 2018; Örmon et al., 2014).

Kvinnor upplever att övergreppen förminskas och normaliseras av personal (Narula et al., 2012; Reeves & Humphreys, 2018; Örmon et al., 2014) vilket gör att de inte känner sig trodda på (Leppäkoski et al., 2011; Narula el al., 2012; Pratt-Eriksson et al., 2014; Reeves & Humphreys, 2018; Reisenhofer & Seibold, 2013; Wallin Lundell et al., 2018; Örmon et al., 2014). Personal ifrågasätter kvinnors beslut att stanna kvar i relationen, deras våldsutsatthet och psykiska hälsa (Leppäkoski et al., 2011; Reisenhofer & Seibold, 2013; Wallin Lundell et al., 2018; Örmon et al., 2014). Detta får dem att förlora förtroendet och känna sig övergivna (Reeves & Humphreys, 2018; Örmon et al., 2014). Det finns kvinnor som upplever att vårdpersonal avvisar dem, inte tillgodoser deras behov och de uttrycker även att de inte får något stöd. De som väljer att erkänna sin våldsutsatthet upplever att det inte gjorde någon skillnad och hjälpen de blev hänvisade till ansågs som värdelös. Det här gör att de känner sig svikna och bidrar till att de undviker vidare kontakt med vården (Edin et al., 2010; Larsen et al., 2014; Leppäkoski et al., 2011; Narula et al., 2012; Pratt-Eriksson et al., 2014; Wallin Lundell et al., 2018; Örmon et al., 2014). I det bristfälliga mötet upplevs det att vårdpersonal saknar empati, tålamod, är känslokall, fördömande och har ett otrevligt förhållningssätt. Deras lidande förbises (Pratt-Eriksson et al., 2014; Rishal et al., 2016; Reisenhofer & Seibold, 2013). Kvinnor upplever att ingen lyssnar på dem, ingen hör deras rop på hjälp (Larsen et al., 2014; Narula et al., 2012; Pratt-Eriksson et al., 2014; Wallin Lundell et al., 2018).

Ett missnöje finns hos kvinnor då de upplever att hälso- och sjukvårdspersonalen inte identifierar orsaken till deras problem. De upplever en bra fysisk vård men en sämre psykisk vård (Edin et al., 2010; Narula et al., 2012; Reisenhofer & Seibold, 2013; Rishal et al., 2016; Örmon et al., 2014). En del får känslan av att deras psykiska

problem är ointressanta och vill inte besvära vården med det (Wallin Lundell et al., 2018). Kvinnor känner att personalen väljer en ”quick-fix” istället för att gå till botten med problemet (Larsen et al., 2014). Fokus ligger mer på läkemedelsförskrivning och lindring av symptom (Larsen et al., 2014; Leppäkoski et al., 2011; Reisenhofer & Seibold, 2013; Örmon et al., 2014). Kvinnor anger att frågan om våld sällan eller aldrig ställs (Edin et al., 2010; Leppäkoski et al., 2011; Narula et al., 2012; Salmon et al., 2015; Örmon et al., 2014). Det händer att vårdpersonal ser tecken på våld men väljer att inte ta upp det (Rishal et al., 2016). När kvinnor upplever att deras autonomi, kontroll och beslutsfattande tas ifrån dem under vårdbesöket minskar det deras förtroende för vården och underbygger den hierarkiska strukturen (Reeves & Humphreys, 2018). Kvinnor känner att de på grund av sin situation varken är prioriterade eller respekterade (Edin et al., 2010; Pratt-Eriksson et al., 2014; Reisenhofer & Seibold, 2013; Wallin Lundell et al., 2018; Örmon et al., 2014).

Behov och önskningar

Till följd av det bristfälliga mötet upplever kvinnor olika behov och önskemål. För att de ska känna förtroende för vården önskar de bli bemötta med empati, kunskap, respekt och förståelse.

Kvinnor önskar sig att vårdpersonal frågar dem om de är eller har varit våldsutsatta. Trots att en del nekar till det vill de ha en möjlighet till diskussion i fall de senare vågar att öppna sig. Att bli tillfrågad kan bidra till en känsla av lättnad och insikt i att det finns en utväg. Vissa beskriver att de önskar att de fått frågan angående misshandel tidigare, vilket hade kunnat förhindra ytterligare traumatiska händelser och förkorta deras lidande (Narula et al., 2012; Pratt-Eriksson et al., 2014; Reisenhofer & Seibold, 2013; Rishal et al., 2016; Salmon et al., 2015; Wallin Lundell et al., 2018). En annan egenskap som kvinnorna efterfrågar hos vårdpersonal är ett aktivt lyssnande. En öppen och stödjande miljö där personalen tar sig tid, ger sin fulla uppmärksamhet och engagemang är det som kvinnor önskar sig (Bradbury-Jones et al., 2011; Edin et al., 2010; Larsen et al., 2014; Pratt-Eriksson et al., 2014; Reisenhofer & Seibold, 2013; Salmon et al., 2015; Wallin Lundell et al., 2018; Örmon et al., 2014). De hoppas på att få stöd, respekt och empati i mötet med vården, de vill höra att våldet inte är deras fel. Att vårdgivaren ser hela människan, ger emotionellt stöd och psykiatrisk omvårdnad är önskvärt. Kvinnorna behöver ibland en hand att hålla eller en kärleksfull kram. Empati, vänlighet och stöd ökar deras självkänsla och ger motivation till att avslöja våldet (Larsen et al., 2014; Leppäkoski et al., 2011; Pratt-Eriksson et al., 2014; Reeves & Humphreys, 2018; Reisenhofer & Seibold, 2013; Rishal et al., 2016).

Att bli mer involverad i beslutsfattandet av sin egen vård är av vikt för att deras autonomi ska bevaras. De föredrar att bli vårdade av kvinnlig personal som förstår dem bättre och inger trygghet och att de kan lita på att personalen håller på sekretessen. En mer tillgänglig vård med flexibla tider för besök är efterfrågad (Nemoto et al., 2008; Pratt-Eriksson et al., 2014; Reeves & Humphreys, 2018; Rishal et al., 2016; Wallin Lundell et al., 2018; Örmon et al., 2014). Kvinnor uttrycker ett behov av att få information om tillgänglig vård och andra organisationer som kan

hjälpa dem att hantera situationen. Informationen bör vara individanpassad utifrån deras möjligheter och förutsättningar. De behöver hjälp med att göra polisanmälan, få råd om skyddat boende, förmedla kontakt med advokat med mera. Information, stöd och hjälp önskas vara riktad till hela familjen (Larsen et al., 2014; Leppäkoski et al., 2011; Narula et al., 2012; Pratt-Eriksson et al., 2014; Reisenhofer & Seibold, 2013; Rishal et al., 2016; Ruiz-Pérez et al., 2018). Kvinnors förslag är att personal bör vara utbildad i att bemöta personer som är utsatta för våld och kan garantera dem uppföljning i form av telefonsamtal och återbesök (Larsen et al., 2014; Narula et al., 2012; Rishal et al., 2016; Ruiz-Perez et al., 2018).

Diskussion

Metoddiskussion

I diskussionen om arbetets styrkor och svagheter används begreppen trovärdighet, pålitlighet, bekräftelsebarhet och överförbarhet som är indikationer på kvalité inom kvalitativa metoder (Mårtensson & Fridlund, 2017). Trovärdighet innebär ett tydliggörande för resultatets rimlighet och giltighet. Pålitlighet påverkas exempelvis av författarnas förförståelse och tidigare erfarenheter. Bekräftelsebarhet handlar om ett neutralt och objektivt förhållningssätt medan överförbarhet betyder i vilken utsträckning resultatet kan överföras till andra sammanhang (Mårtensson & Fridlund, 2017).

Pålitligheten och trovärdigheten ökar genom att beskriva förförståelsen (Henricson, 2017; Mårtensson & Fridlund, 2017). Innan arbetet påbörjades har förförståelse för ämnet diskuterats och medvetandegjorts vilket minskar påverkan på resultatet (Lundman & Hällgren Graneheim, 2017). Enligt Forsberg och Wengström (2015) är en förutsättningslös forskning omöjlig då alla människor har vissa kunskaper, värderingar och referensramar om det studerade fenomenet. Men förförståelsen kan ”(…) öppna för möjligheten att upptäcka ny kunskap och få en djupare förståelse” (Lundman & Hällgren Graneheim, 2017, s.230). Den omedvetna förförståelsen som brukar finnas (Lundman & Hällgren Graneheim, 2017) minimerades genom att föra diskussion innan och under arbetets gång. Syftet var att beskriva kvinnors upplevelser och därför var den kvalitativa metoden lämplig. Genom att välja en metod som kan svara på syftet stärks trovärdigheten (Petersson, 2017). Det skulle ha varit intressant att genomföra en litteraturöversikt med artiklar med kvantitativ metod för att se vilka av kvinnors upplevelser som var vanligast.
Det valdes enbart artiklar med en icke - experimentell design. Enligt Henricson (2017) ökar det studiens trovärdighet att välja studier med samma design för att det blir lättare att jämföra resultaten.

Trovärdigheten stärktes genom att enbart etiskt godkända artiklar inkluderades (Forsberg & Wengström, 2016). Det är en brist att några artiklar samlade data genom intervjuer via en tolk. Det kan vara ett hinder att inte tala samma språk då missförstånd kan uppstå (Ali & Watson, 2017) till exempel när deltagare skall informeras om studiens syfte. Urvalsprocessen gällande ålderskriterier var problematisk. Inom ramen för allmänsjuksköterskor ingår inte omvårdnad av barn (M. Henricson, personlig kommunikation, 24 april, 2018; SFS 1993:100) och därför var personer under 18 år exkluderade. Dock uppstod frågan: när räknas en individ som kvinna? Det kunde ha stärkt trovärdigheten om bakgrunden innehöll definition och problematisering av bärande begrepp (Lundman & Hällgren Graneheim, 2017), i detta fall kvinna. Det ingick två studier som inte angav deltagarnas ålder. Den ena beskrev att alla deltagare var arbetstagare och tolkning att de var över 18 år gjordes. Den andra studien nämnde inget om kvinnors ålder men den ansågs värdefull för att den svarade på studiens syfte.

Datainsamlingen gjordes i tre olika databaser vilket stärker arbetets trovärdighet då flera relevanta artiklar kan hittas (Henricson, 2017). Databasen PsycINFO

rekommenderades av bibliotekarie på högskolan och hennes kompetens var till hjälp då flest artiklar hittades där. Samma artiklar (dubbletter) hittades i olika sökningar, det vill säga sensitiviteten var hög och därmed ökades resultatets trovärdighet (Henricson, 2017). Datainsamlingen sträckte sig över en månads tid vilket är en styrka då två nya relevanta artiklar tillkom.

Det engelska språket används mest i vetenskapligt material (Östlundh, 2017) och då det inte är vårt modersmål var det en utmaning under processen. Enligt Kjellström (2017) finns det risk att misstolkningar uppstår när studenter har begränsade språkkunskaper. Resultatets trovärdighet har vidare stärkts av att alla artiklarna avgränsades till de som var peer reviewed och därför anses som vetenskapliga (Henricson, 2017).

På grund av att studier kommer från olika världsdelar kan överförbarhet till enskilda länder vara svårt. Det skiljer sig mycket mellan länders kultur och välfärdssystem. Utbildningar inom medicin och omvårdnad skiljer sig också och därför uppstår skillnader i vårdpersonalens kunskap och bemötande (Henricson, 2017). Resultatet skulle kunna överföras till andra patientgrupper, till exempel våldsutsatta män då upplevelserna tycktes vara sammankopplade med vårdpersonalens bemötande.

Granskningsprotokollet (bilaga 2) upplevdes otydligt för att det inte fanns information om antalet poäng i del II som en artikel bör uppnå för att kunna bedömas ha god kvalité och inkluderas. En svaghet var att analysen gjordes tillsammans då en individuell analys med liknande eller samma resultat skulle stärka trovärdigheten (Petersson, 2017). Litteraturöversikten skrevs av tre författare med individuella erfarenheter och tankesätt vilket var en styrka då det bidrog till olika observationer.

Sammanfattningsvis stärktes resultatets trovärdighet, bekräftelsebarhet och överförbarhet genom ett tydligt beskrivet urval, datainsamling och dataanalys (Danielson, 2017; Henricson, 2017) samt att kurskamrater och handledare gav feedback under arbetets gång (Henricson, 2017; Mårtensson & Fridlund, 2017).

Resultatdiskussion

Resultatet visar att kvinnor upplever rädsla, skuld och skam vid kontakt med hälso- och sjukvård. Det som upplevs som ett gott möte karakteriseras av en empatisk, stöttande och bekräftande personal. Flera negativa upplevelser som framkommer kan bero på brister i organisationen eller personalens attityder. På grund av de dåliga erfarenheterna uttrycker kvinnor behov och önskemål om hur de vill bli bemötta. Det mest oroväckande är personalens bristfälliga bemötande och vilka konsekvenser det leder till. Kvinnornas önskningar är förvånansvärt enkla och det som efterfrågas ryms inom ramen för vad som vården bör tillgodose.

Resultatet visar att kvinnor upplever brist på kunskap hos hälso- och sjukvårdspersonal vilket även framkommer i andra studier (Bradbury-Jones, Clark & Taylor, 2017; Damra et al., 2015; Garnweidner-Holme, Lukasse, Solheim & Henriksen, 2017; O' Doherty, Taket, Valpied & Hegarty, 2016; Olive, 2017). Samma brist på kunskap upplever våldsutsatta män (Entilli & Cipolletta, 2017).

Missnöje finns för att personal inte bryr sig om kvinnors psykiska och emotionella behov, något som bekräftas i studier av O' Doherty et al. (2016) samt Prosman, Wong och Lagro-Janssen (2014). Det finns även beskrivet att sjuksköterskor själva anger att de saknar kunskap och utbildning om våld i nära relationer. De prioriterar medicinsk vård för att de anser att det psykologiska stödet för våldsutsatta kvinnor inte är deras ansvar (Al-Natour et al., 2016; Goldblatt, 2009). Att ignorera det psykiska stödet går emot Erikssons definition av hälsa där en hel människa bör tas i beaktande med sin kropp, själ och ande (Eriksson, 1990).

I resultatet framgår det att få frågan om våld är uppskattad av kvinnorna och detta bekräftas i en systematisk översikt av Snyder (2016). Däremot visar det sig i en studie av Bacchus et al. (2016) att bli frågad om våld kan av vissa kvinnor kännas som ett intrång i deras privatliv. Resultatet visar att kvinnor upplever att vårdpersonal inte tror på dem, bagatelliserar deras problem och saknar empati vilket stärks av andra studier (Bradbury-Jones et al., 2017; Damra et al., 2015; Prosman et al., 2014; Wong et al., 2008). Det framkommer att kvinnor inte får adekvat hjälp samt att deras autonomi och integritet inte bevaras. Kvinnors våldsutsatthet kan leda till ohälsa. Enligt Eriksson och Lindholm (1993) är ohälsa kopplat till lidande och vårdpersonalen kan minska det genom att bekräfta patienten och ge rätt behandling (Kirkevold, 2014).

Resultatet visar att kvinnor inte bemöts med respekt, lyhördhet eller trygghet. Även i studier av O' Doherty et al. (2016) uttrycker våldsutsatta kvinnor att de inte blir lyssnade på och enligt Morse, Lafleur, Fogarty, Mittal och Cerulli (2012) upplevs mötet med personalen som otryggt. Flinck, Åstedt-Kurki och Paavilainen (2008) beskriver våldsutsatta mäns upplevelser av vård och kommer fram till liknande fynd som i denna litteraturöversikt. Män känner sig inte lyssnade på, blir anklagade och stigmatiserade av personalen vilket leder till att de undviker kontakt med hälso- och sjukvård.

Att kvinnorna önskar sig bli bemötta med empati, respekt, få personalens tid samt uppmärksamhet påvisas i resultatet. Dessa behov framgår även i studie av Snyder (2016) där våldsutsatta kvinnor förväntar sig att vårdpersonal ska lyssna på dem med respekt och empati. Hälso- och sjukvårdspersonal bör sträva efter att ha ett personcentrerat förhållningssätt (Ekman et al., 2011; Moore et al., 2017) som kännetecknas av att se den vårdsökande personen som en partner i beslutsfattandet. Personcentrerad vård ska bevara patientens integritet och värdighet samt få patienten att känna sig sedd (McCance & McCormack, 2013; Morgan & Yoder, 2012). Flera av kvinnornas behov och önskningar finns inom ramen för det personcentrerade förhållningssättet (Morgan & Yoder, 2012), något som tycks vara självklart men som förbises.

I Sverige kommer det från och med juli 2018 en ny examensbeskrivning för sjuksköterskor, där det ingår kunskap om våld i nära relationer samt mäns våld mot kvinnor (SFS 1993:100). Förhoppningen är att kvinnornas behov och önskningar uppfylls genom denna satsning och sjuksköterskor kommer få bättre grund för att ge ett gott bemötande.

Slutsatser och kliniska implikationer

Våldsutsatta kvinnors upplevelser i mötet med vården varierar och resultatet ger hälso- och sjukvårdspersonal kunskap om vad som uppskattas av kvinnorna och vad som kan förbättras. Att ställa frågan om våldsutsatthet, lyssna och tro på kvinnor är några av faktorerna som hälso- och sjukvårdspersonal kan bli bättre på. Positiva upplevelser av vård skapas när vårdpersonal är empatisk, stödjande och inte enbart fokuserar på det somatiska.

Då sjuksköterskor ofta är de första som kvinnorna möter när de söker vård är det viktigt att de har kunskap om och kan se tecken på våld. Socialstyrelsen (2014) rekommenderar vissa verksamheter att rutinmässigt ställa frågan om våldsutsatthet, till exempel inom mödrahälsovården, vilket kan vara lämpligt för andra professioner att ta efter. Från och med juli 2018 kommer det finnas ett krav att en grundutbildad sjuksköterska ska ha kunskap om mäns våld mot kvinnor och våld i nära relationer, något som är ett steg i rätt riktning. Fortsatt forskning skulle kunna utvärdera effekten av denna insats.

Referenser

Artiklar markerade med * ingår i resultatet

Abrahams, N., Devries, K., Watts, C., Pallitto, C., Petzold, M., Shamu, S., & García-Moreno, C. (2014). Worldwide prevalence of non-partner sexual violence: a systematic review. *Lancet, 383*(9929), 1648-1654. doi:10.1016/S0140-6736(13)62243-6

Ali, P., & Watson, R. (2017). Language barriers and their impact on provision of care to patients with limited English proficiency: Nurses' perspectives. *Journal of Clinical Nursing, 27*(5-6), E1152-E1160. doi:10.1111/jocn.14204

Al-Natour, A., Qandil, A., & Gillespie, G. (2016). Nurses' roles in screening for intimate partner violence: a phenomenological study. *International Nursing Review, 63*(3), 422-428. doi:10.1111/inr.12302

Ansara, D. L., & Hindin, M. J. (2010). Formal and informal help-seeking associated with women's and men's experiences of intimate partner violence in Canada. *Social Science & Medicine (1982), 70*(7), 1011-1018. doi:10.1016/j.socscimed.2009.12.009

Antai, D., & Anthony, D. (2014). Psychological distress and attempted suicide in female victims of intimate partner violence: an illustration from the Philippines context. *Journal Of Public Mental Health*, *13*(4), 197-210. doi:10.1108/JPMH-08-2013-0057

Bacchus, L., Bullock, L., Sharps, P., Burnett, C., Schminkey, D., Buller, A., & 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.

Berglund, A., & Witkowski, Å. (2014). Hälso- och sjukvårdens ansvar. I G. Heimer, A. Björck & C. Kunosson (Red.), *Våldsutsatta kvinnor – samhällets ansvar* (s.127-152). Lund: Studentlitteratur AB.

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.

* 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.

Brottsförebyggande rådet. (2012). *Brottsutvecklingen i Sverige år 2008-2011* (Rapport 2012:13). Hämtad från https://www.bra.se/download/18.22a7170813a0d141d2180007794/1371914741026/2012_13_Brottsutvecklingen_i_Sverige_2008_2011.pdf

Brottsförebyggande rådet. (2018). *Kriminalstatistik 2017. Anmälda brott. Slutlig statistik*. Hämtad från https://www.bra.se/download/18.10aae67f160e3eba62938177/1522141587204/Sammanfattning_anmalda_2017.pdf

Cater, Å., Miller, L., Howell, K., & Graham-Bermann, S. (2015). Childhood Exposure to Intimate Partner Violence and Adult Mental Health Problems: Relationships with Gender and Age of Exposure. *Journal Of Family Violence, 30*(7), 875-886. doi:10.1007/s10896-015-9703-0

Damra, J., Abujilban, K., Rock, S., Tawalbeh, M., Ghbari, P., & Ghaith, I. (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.

Danielson, E. (2017). Kvalitativ innehållsanalys. I M. Henricson (Red.), *Vetenskaplig teori och metod. Från idé till examination inom omvårdnad* (s. 285- 299). Lund: Studentlitteratur AB.

* Edin, K., Dahlgren, L., Lalos, A., & Högberg, U. (2010). 'Keeping up a front': narratives about intimate partner violence, pregnancy, and antenatal care. *Violence Against Women, 16*(2), 189-206. doi:10.1177/1077801209355703

Ekman, I., Swedberg, K., Taft, C., Lindseth, A., Norberg, A., Brink, E., … Sunnerhagen, K. S. (2011). Person-centered care — Ready for prime time. European Journal Of Cardiovascular Nursing, 10(4), 248-251. doi:10.1016/j.ejcnurse.2011.06.008

Ellsberg, M., Jansen, H., Heise, L., Watts, C., & Garcia-Moreno, C. (2008). Intimate partner violence and women's physical and mental health in the WHO multi-country study on women's health and domestic violence: an observational study. *Lancet, 371*(9619), 1165-1172.

Entilli, L., & Cipolletta, S. (2017). When the woman gets violent: the construction of domestic abuse experience from heterosexual men's perspective. Journal Of Clinical Nursing, 26(15/16), 2328-2341. doi:10.1111/jocn.13500

Eriksson, K. (1987). *Vårdandets idé*. Stockholm: Liber AB.

Eriksson, K. (1990). *Pro caritate : En lägesbestämning av caritativ vård = Caritative caring-a positional analysis* (Vårdforskning, 2). Vasa: Åbo Akademi, Inst. för vårdvetenskap.

Eriksson, K. (1994). *Den lidande människan*. Stockholm: Liber AB.

Eriksson, K., & Lindholm, L. (1993). Lidande och kärlek ur ett psykiatriskt vårdperspektiv - en casestudie av mötet mellan mänskligt lidande och kärlek. I K. Eriksson (Red.), *Möte med lidanden*. Vasa: Åbo Akademi.

Flinck, A., Astedt-Kurki, P., & Paavilainen, E. (2008). Intimate partner violence as experienced by men. *Journal Of Psychiatric & Mental Health Nursing, 15*(4), 322-327. doi:10.1111/j.1365-2850.2007.01231.x

Forsberg, C., & Wengström, Y. (2016). *Att göra systematiska litteraturstudier: Värdering, analys och presentation av omvårdnadsforskning* (4. uppl. ed.). Stockholm: Natur & Kultur.

Friberg, F. (2017). Att bidra till evidensbaserad omvårdnad med grund i analys av kvalitativ forskning. I F. Friberg (Red.), *Dags för uppsats - Vägledning för litteraturbaserade examensarbeten* (s. 129–138). Lund: Studentlitteratur AB.

Förenta Nationerna. (1948). *Universal Declaration of Human Rights*. Hämtad 4 januari, 2018 från http://www.ohchr.org/EN/UDHR/Documents/UDHR_Translations/eng.pdf

Garnweidner-Holme, G., Lukasse, M., Solheim, M., & Henriksen, L. (2017). Talking about intimate partner violence inmulti-cultural antenatal care: A qualitativestudy of pregnant women's advice forbetter communication in South-EastNorway. *BMC Pregnancy and Childbirth, 17*(123)

Goldblatt, H. (2009). Caring for abused women: impact on nurses' professional and personal life experiences. *Journal Of Advanced Nursing, 65*(8), 1645-1654. doi:10.1111/j.1365-2648.2009.05019.x

Hahm, H. C., Augsberger, A., Feranil, M., Jang, J., & Tagerman, M. (2017). The Associations Between Forced Sex and Severe Mental Health, Substance Use, and HIV Risk Behaviors Among Asian American Women. *Violence Against Women, 23*(6), 671-691. doi:10.1177/1077801216647797

Henricson, M. (2017). Diskussion. I M. Henricson (Red.), *Vetenskaplig teori och metod. Från idé till examination inom omvårdnad* (s. 411- 438). Lund: Studentlitteratur AB.

Holm, U. (2001). *Empati. Att förstå andra människors känslor (*2. uppl.). Stockholm: Natur och Kultur.

Houston, K. T., Surkan, P. J., Katz, J., West Jr, K. P., LeClerq, S. C., Christian, P., ... Khatry, S. K. (2015). Deaths due to injury, including violence among married Nepali women of childbearing age: a qualitative analysis of verbal autopsy narratives. *Injury Prevention (1353-8047)*, *21*(2), e93-8. doi:10.1136/injuryprev-2013-040871

Isdal, P. (2001). *Meningen med våld*. Stockholm: Gothia.

Johnsson-Latham, G. (2014). Mäns våld mot kvinnor i ett globalt perspektiv. I G. Heimer, A. Björck & C. Kunosson (Red.), *Våldsutsatta kvinnor – samhällets ansvar* (s.19-42). Lund: Studentlitteratur AB.

Karlsson, O. (Red.). (2017). *Svenska skrivregler* (4. uppl.). Stockholm: Liber AB.

Kirkevold, M. (2014). Omvårdnadsteorier-analys och utvärdering. Lund: Studentlitteratur AB.

Kjellström, S. (2017). Forskningsetik. I M. Henricson (Red.), *Vetenskaplig teori och metod. Från idé till examination inom omvårdnad* (s. 57–80). Lund: Studentlitteratur AB.

* 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. doi:10.1080/07399332.2012.738264

* Leppäkoski, T., Paavilainen, E., & Astedt-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

Lowe, P., Humphreys, C., & Williams, S. (2007). Night terrors: women's experiences of (not) sleeping where there is domestic violence. *Violence Against Women, 13*(6), 549-561.

Lundgren, E., Heimer, G., Westerstrand J., & Kalliokoski, A-M. (2001). *Slagen dam. Mäns våld mot kvinnor i jämställda Sverige – en omfångsundersökning*. Umeå: Brottsoffermyndigheten; Uppsala: Uppsala universitet.

Lundman, B., & Hällgren Graneheim, U. (2017). Kvalitativ innehållsanalys. I B. Höglund Nielsen & M. Granskär (Red.), *Tillämpad kvalitativ forskning inom hälso- och sjukvård* (s. 219-233). Lund: Studentlitteratur AB.

Lövestad, S., Löve, J., Vaez, M., & Krantz, G. (2017). Prevalence of intimate partner violence and its association with symptoms of depression; a cross-sectional study based on a female population sample in Sweden. *BMC Public Health, 17*(1), 1-11.

Mandela, N., Brundtland, G., Krug, E., Ldahlberg, L., Mercy, J., Zwi, A., ... Cardia, N. (2002). World report on violence and health (Book). *Bulletin Of The World Health Organization, 80*(11), 915.

McCance, T., & McCormack, B. (2013) Personcenterad omvårdnad. I J. Leksell & M. Lepp (Red.), *Sjuksköterskans kärnkompetenser* (s. 81-110). Stockholm: Liber AB.

Moore, L., Britten, N., Lydahl, D., Naldemirci, Ö., Elam, M., & Wolf, A. (2017). Barriers and facilitators to the implementation of person-centred care in different healthcare contexts. *Scandinavian Journal Of Caring Sciences, 31*(4), 662-673. doi:10.1111/scs.12376

Morgan, S., & Yoder, L. H. (2012). A concept analysis of person-centered care. *Journal Of Holistic Nursing, 30*(1), 6-15. doi:10.1177/0898010111412891

Morse, D. S., Lafleur, R., Cerulli, C., Fogarty, C., & Mittal, M. (2012). "They told me to leave": How health care providers address intimate partner violence. Journal of the American Board of Family Medicine, 25(3), 333-342.

Mårtensson, J., & Fridlund, B. (2017). Vetenskaplig kvalitet i examensarbete. I M. Henricson (Red.), *Vetenskaplig teori och metod. Från idé till examination inom omvårdnad* (s. 421-438). Lund: Studentlitteratur AB.

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

Nationellt Centrum för kvinnofrid. (2014). *Våld och hälsa. En befolkningsundersökning om kvinnors och mäns våldsutsatthet samt kopplingen till hälsa* (Rapport 2014:1). Hämtad från http://kunskapsbanken.nck.uu.se/nckkb/nck/publik/fil/visa/487/nck-rapport-vald-och-halsa-2014-1.pdf

Nationellt Centrum för kvinnofrid. (2017). *Uppsalamodellen: Att möta våldsutsatta kvinnor inom hälso- och sjukvården*. Hämtad från http://kunskapsbanken.nck.uu.se/nckkb/nck/publik/fil/visa/557/NCK_Uppsalamodellen_low.pdf#__utma=1.1548246668.1513172047.1513604412.1513848706.6&__utmb=1.2.10.1513848706&__utmc=1&__utmx=-&__utmz=1.1513523409.3.2.utmcsr=kvinnofridslinjen.se|utmccn=(referral)|utmcmd=referral|utmcct=/sv/om-vald-mot-kvinnor/vald-i-nara-relationer/&__utmv=-&__utmk=253491593

* 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. Björck & C. Kunosson (Red.), *Våldsutsatta kvinnor – samhällets ansvar* (s.43-72). Lund: Studentlitteratur AB.

O'doherty, L.,Taket, A., Valpied, J., & Hegarty, K. (2016). Receiving care for intimate partner violence in primary care: Barriers and enablers for women participating in the weave randomised controlled trial. *Social Science & Medicine*, 160, 35-42.

Olive, P. (2017). First contact: Acute stress reactions and experiences of emergency department consultations following an incident of intimate partner violence. *Journal of Clinical Nursing, 26*(15-16), 2317-2327.

Petersson, P. (2017). Aktionsforskning. I M. Henricson (Red.), *Vetenskaplig teori och metod. Från idé till examination inom omvårdnad* (s. 251-263). Lund: Studentlitteratur AB.

* 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*(23166). doi:10.3402/qhw.v9.23166

Prop. 2006/07:38 *Socialtjänstens stöd till våldsutsatta kvinnor*. Hämtad från http://www.regeringen.se/49bbdf/contentassets/96404117067a4a61a3d62d4be18bc826/socialtjanstens-stod-till-valdutsatta-kvinnor-prop.-20060738

Prop. 2007/08:39 *Handlingsplan för att bekämpa mäns våld mot kvinnor, hedersrelaterat våld och förtryck samt våld i samkönade relationer*. Hämtad från http://www.regeringen.se/contentassets/bc62728a94904029aca939ce937238e

2/handlingsplan-for-att-bekampa-mans-vald-mot-kvinnor-hedersrelaterat-vald-och-fortryck-samt-vald-i-samkonade-relationer-skr.-20070839

Prosman, G., Wong, S., & Lagro- Janssen, A. (2014). Why abused women do not seek professional help: A qualitative study. *Scandinavian Journal of Caring Sciences, 28*(1), 3-11.

* Reeves, E. A., & Humphreys, J. C. (2018). Describing the healthcare experiences and strategies of women survivors of violence. *Journal Of Clinical Nursing, 27*(5/6), 1170-1182. doi:10.1111/jocn.14152

* 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

* Rishal, P., Joshi, S. K., Lukasse, M., Schei, B., & Swahnberg, K. (2016). 'They just walk away' - women's perception of being silenced by antenatal health workers: a qualitative study on women survivors of domestic violence in Nepal. *Global Health Action, 9*(31838). doi:10.3402/gha.v9.31838

* Ruiz-Pérez, I., Pastor-Moreno, G., Escribà-Agüir, V., & Maroto-Navarro, G. (2018). Intimate partner violence in women with disabilities: perception of healthcare and attitudes of health professionals. *Disability And Rehabilitation, 40*(9), 1059-1065. doi:10.1080/09638288.2017.1288273

* Salmon, D., Baird, K. M., & White, P. (2015). Women's views and experiences of antenatal enquiry for domestic abuse during pregnancy. *Health Expectations, 18*(5), 867-878. doi:10.1111/hex.12060

Segesten, K. (2017). Att välja ämne och modell för sitt examensarbete. I F. Friberg (Red.), *Dags för uppsats - Vägledning för litteraturbaserade examensarbeten.* (s. 105–108). Lund: Studentlitteratur AB.

SFS 2017:30. *Hälso- och sjukvårdslag*. Hämtad från https://www.riksdagen.se/sv/dokument-lagar/dokument/svensk-forfattningssamling/halso--och-sjukvardslag_sfs-2017-30

SFS 1993:100. *Högskoleförordning*. Hämtad från http://www.riksdagen.se/sv/dokument-lagar/dokument/svensk-forfattningssamling/hogskoleforordning-1993100_sfs-1993-100

Snyder, B. L. (2016). Women's experience of being interviewed about abuse: a qualitative systematic review. *Journal Of Psychiatric & Mental Health Nursing, 23*(9/10), 605-613. doi:10.1111/jpm.12353

Socialstyrelsen. (2009). *Folkhälsorapport 2009*. Hämtad från http://www.socialstyrelsen.se/Lists/Artikelkatalog/Attachments/8495/2009-126-71.pdf

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

Socialstyrelsen. (2016). *Våld. Handbok om socialtjänstens och hälso- och sjukvårdens arbete med våld i nära relationer. Hämtad* från http://www.socialstyrelsen.se/Lists/Artikelkatalog/Attachments/20252/2016-6-37.pdf

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

Svensk sjuksköterskeförening. (2017). *Kompetensbeskrivning för legitimerad sjuksköterska*. Hämtad från https://www.swenurse.se/globalassets/01-svensk-sjukskoterskeforening/publikationer-svensk-sjukskoterskeforening/kompetensbeskrivningar-publikationer/kompetensbeskrivning-legitimerad-sjukskoterska-2017-for-webb.pdf

Tomasdottir, M. O., Kristjansdottir, H., Bjornsdottir, A., Getz, L., Steingrimsdottir, T., Olafsdottir, O. A., & Sigurdsson, J. A. (2016). History of violence and subjective health of mother and child. *Scandinavian Journal Of Primary Health Care, 34*(4), 394-400. doi:10.1080/02813432.2016.1249060

Trevillion, K., Agnew-Davies, R., & Michele Howard, L. (2013). Healthcare professionals' response to domestic violence. *Primary Health Care*, *23*(9), 34-42.

* 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. doi:10.1111/jocn.14046

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

Willman, A., Bahtsevani, C., Nilsson, R., & Sandström, B. (2016). *Evidensbaserad omvårdnad: En bro mellan forskning och klinisk verksamhet*. Lund: Studentlitteratur AB.

Wong, S., Wester, F., Mol, S., Römkens, R., Hezemans, D., & Lagro-Janssen, T. (2008). Talking matters: abused women's views on disclosure of partner abuse to the family doctor and its role in handling the abuse situation. *Patient Education & Counseling, 70*(3), 386-394.

Wood, S. L., & Sommers, M. S. (2011). Consequences of Intimate Partner Violence on Child Witnesses: A Systematic Review of the Literature. *Journal Of Child & Adolescent Psychiatric Nursing*, *24*(4), 223-236. doi:10.1111/j.1744-6171.2011.00302.x

World Health Organisation. (2013). Global and regional estimates of violence against women: prevalence and health effects of intimate partner violence and non-partner sexual violence. Hämtad från: http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/85239/1/9789241564625_eng.pdf#__utma=1.1548246668.1513172047.1513172047.1513365377.2&__utmb=1.4.10.1513365377&__utmc=1&__utmx=-&__utmz=1.1513172047.1.1.utmcsr=kvinnofridslinjen.se%7Cutmccn=(referral)

%7Cutmcmd=referral%7Cutmcct=/sv/om-vald-mot-kvinnor/vald-i-nara-relationer/&__utmv=-&__utmk=198979759

* Örmon, K., Torstensson-Levander, M., Sunnqvist, C., & Bahtsevani, C. (2014). The duality of suffering and trust: abused women's experiences of general psychiatric care - an interview study. *Journal Of Clinical Nursing, 23*(15/16), 2303-2312. doi:10.1111/jocn.12512

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

Bilagor

Bilaga 1 – Sökmatris

Sök schema Cinahl

Datum	Begränsningar: Peer-reviewed, Publicerat 20080101-	Antal träffar	Antal lästa abstract	Antal artiklar valda utifrån titel och abstract	Antal lästa artiklar	Antal kvalitetsgranskade artiklar	Antal artiklar till resultatet
20180226	abused women AND perception	27	5	1	1	1	0
20180226	intimate partner violence AND encounter	46	5	0	0	0	0
20180303	(ipv or intimate partner violence or domestic violence) AND healthcare AND qualitative study	53	10	4 (2 nya)	2	2	2
20180331	abuse* AND women AND healthcare AND encounter	6	3	3 (2 nya)	2	2	2

Sök schema PsycINFO

Datum	Begränsningar: Peer-reviewed; Metod: kvalitativ studie; Språk: engelska, svenska Publicerat efter 20071231	Antal träffar	Antal lästa abstract	Antal artiklar valda utifrån titel och abstract	Antal lästa artiklar	Antal kvalitetsgranskade artiklar	Antal artiklar till resultatet
20180228	abused women	180	14	5 (4 nya)	4	4	1
20180228	intimate partner violence AND nurs*	169	19	9 (8 nya)	8	8	4
20180228	women AND (experiences of encounter) AND (abuse* OR violence OR batter*)	40	2	2 (0 nya)	0	0	0
20180228	(intimate partner violence) AND (women's satisfaction with health care)	7	3	3 (1 ny)	1	1	1

Sök schema Medline

Datum	Begränsningar: Publicerat 20080101-	Antal träffar	Antal lästa abstract	Antal artiklar valda utifrån titel och abstract	Antal lästa artiklar	Antal kvalitetsgranskade artiklar	Antal artiklar till resultatet
20180303	women AND intimate partner violence AND (care or healthcare) AND experiences	196	28	12 (5 nya)	5	5	3
20180303	domestic violence AND women AND expectations	27	3	2 (1 ny)	1	1	1
20180303	(ipv or intimate partner violence) AND women's expectations	4	1	1	1	1	0
20180303	receiving care AND ipv	27	2	1	1	1	0

Bilaga 2 – Granskningsprotokoll

Protokoll för basala kvalitetskriterier för studier med kvalitativ metod

Titel: _____
Författare: _____
Årtal: _____
Tidskrift: _____

Del I.
Beskrivning av studien

Beskrivs problemet i bakgrund/inledning? Ja ☐ Nej ☐

Kunskapsläget inom det aktuella området är beskrivet? Ja ☐ Nej ☐

Är syftet relevant till ert examensarbete? Ja☐ Nej ☐

Är urvalet beskrivet? Ja☐ Nej ☐

Samtliga frågor ska besvaras med ja för att artikeln ska granskas med hjälp av frågorna i Del II. Vid Nej på någon av frågorna ovan exkluderas artikeln.

Del II
Kvalitetsfrågor

Beskrivs vald kvalitativ metod? Ja☐ Nej ☐

Hänger metod och syfte ihop? Ja☐ Nej ☐
(Kvalitativt syfte – kvalitativt metod)

Beskrivs datainsamlingen? Ja☐ Nej ☐

Beskrivs dataanalysen? Ja☐ Nej ☐

Beskrivs etiskt tillstånd/förhållningssätt/ ställningstagande? Ja☐ Nej ☐

Diskuteras metoden mot kvalitetssäkringsbegrepp (t ex tillförlitlighet och trovärdighet) i diskussionen? Ja☐ Nej ☐

Diskuteras huvudfynd i resultatdiskussionen? Ja☐ Nej ☐

Sker återkoppling, från bakgrunden gällande, teori, begrepp eller förhållningssätt i diskussionen? Ja☐ Nej ☐

Är resultatet relevant för ert syfte?

Om ja, beskriv:

……
……
……

Om nej, motivera kort varför och exkludera artikeln:

……
……
……

Forskningsmetod/-design (t ex fenomenologi, grounded theory)

…….

……

Deltagarkarakteristiska

Antal……

Ålder……....

Man/Kvinna…….

Granskare sign: …….

Framtaget vid Avdelningen för omvårdnad, Hälsohögskolan i Jönköping/henr

Bilaga 3 - Artikelmatris

Författare; år & land	Titel	Syfte	Metod & deltagare	Resultat	Kvalité & kommentarer
Bradbury-Jones, Duncan, Kroll, Moy & Taylor 2011, Skottland	Improving the health care of women living with domestic abuse	Utforska erfarenheter av primärvård hos kvinnor som har utsatts för våld i hemmet	Kvalitativ; semistrukturerade intervjuer 17 kvinnor	Dålig kommunikation mellan yrkesgrupper, dålig självkänsla och rädsla för stigmatisering gör det svårare för kvinnor att diskutera våldet.	4/4 8/8 * Åldern är inte angiven
Edin, Dahlgren, Lalos & Högberg 2010, Sverige	"Keeping Up a Front": Narratives About Intimate Partner Violence, Pregnancy, and Antenatal Care	Förstå och ge röst till kvinnor som blivit utsatta för våld under graviditeten samt deras upplevelser av mötet med barnmorskan	Kvalitativ; intervjuer 9 kvinnor	I mötet med barnmorskan blev kvinnorna inte tillfrågade om våld. Kvinnorna kände att mötena var diffusa och saknade mening. De upplevde brist på empati och förtroende.	4/4 8/8 *Åldern är inte angiven men alla kvinnor var arbetstagare
Larsen, Krohn, Püschel & Seifert 2014, Tyskland	Experiences of Health and Health Care Among Women Exposed to Intimate Partner Violence: Qualitative Findings From Germany	Undersöka våldsutsatta kvinnors erfarenheter av vård	Kvalitativ; semistrukturerade intervjuer 6 kvinnor (20-49 år)	Kvinnor upplevde skam och rädsla att berätta om våldet till vårdpersonal. De upplevde även brist på empati, för stor fokus på det medicinska i mötet med läkarna och dålig tillgång till psykisk vård.	4/4 8/8

Författare; år & land	Titel	Syfte	Metod & deltagare	Resultat	Kvalité & kommentarer
Leppäkoski, Paavilainen & Åstedt-Kurki 2011, Finland	Experiences of emergency care by the women exposed to acute physical intimate partner violence from the Finnish perspective	Beskriva hälsokonsekvenserna hos våldsutsatta kvinnor som har sökt akutsjukvård samt beskriva deras erfarenheter av vården	Kvalitativ och kvantitativ; semistrukturerade intervjuer 7 kvinnor (18 +)	Kvinnorna tyckte inte att vårdpersonalen gjorde något för att hjälpa dem utan åtgärdade bara det akuta och erbjöd ingen uppföljning. Vidare upplevde de brist på integritet och information.	4/4 8/8
Narula, Agarwal & McCarthy 2012, Kanada	Intimate partner violence: patients' experiences and perceptions in family practice	Förstå hur kvinnor som har drabbats av våld i nära relationer upplevde omhändertagande i vården och identifiera brister	Kvalitativ; semistrukturerade intervjuer 10 kvinnor (30-85 år)	Kvinnorna upplevde rädsla för att bli dömda och inte tagna på allvar av sin läkare. De ville att läkaren skulle ha lyssnat på dem och följt upp deras situation.	4/4 8/8
Nemoto, Rodriguez & Mkandawire-Valhmu 2008, Japan	Battered Japanese women's perceptions and experiences of beneficial health care	Undersöka våldsutsatta japanska kvinnors positiva erfarenheter av vård	Kvalitativ; semistrukturerade intervjuer 15 kvinnor (18 +)	Tre teman var identifierade som kvinnorna upplevde som positivt: empati och förståelse, professionellt agerande och flexibilitet.	4/4 8/8

Författare; år & land	Titel	Syfte	Metod & deltagare	Resultat	Kvalité & kommentarer
Pratt-Eriksson, Bergbom & Lyckhage 2014, Sverige	Don't ask don't tell: Battered women living in Sweden encounter with healthcare personnel and their experience of the care given	Få en djupare förståelse för kvinnors erfarenheter av våld i nära relationer och deras möte med hälso- och sjukvård, socialtjänst och polis	Kvalitativ; intervjuer 12 kvinnor (18+)	Kvinnorna upplevde ett icke-vårdande bemötande och outhärdligt lidande kopplat till besvikelse, brist på empati, förtroende och stöd.	4/4 8/8
Reeves & Humphreys 2018, USA	Describing the healthcare experiences and strategies of women survivors of violence.	Utveckla kunskap om kvinnor som har upplevt traumatiska händelser och beskriva deras erfarenheter av hälso- och sjukvården	Kvalitativ; semistrukturerade intervjuer 14 kvinnor (22-63 år)	Kvinnorna upplevde brist på kontinuitet och kände sig illa behandlade dock tyckte vissa att vårdpersonalen var hjälpsam och förstående.	4/4 8/8
Reisenhofer & Seibold 2012, Australia	Emergency healthcare experiences of women living with intimate partner violence	Utforska vårderfarenheter och dess konsekvenser hos australiensiska kvinnor som har utsatts för våld i nära relationer	Kvalitativ; semistrukturerade intervjuer 7 kvinnor (25-50 år)	Kvinnorna saknade empati från vårdpersonalen och kände sig skyldiga vilket påverkade deras självkänsla negativt.	4/4 8/8

Författare; år & land	Titel	Syfte	Metod & deltagare	Resultat	Kvalité & kommentarer
Rishal, Joshi, Lukasse, Schei & Swahnberg 2016, Nepal	'They just walk away' women's perception of being silenced by antenatal health workers: a qualitative study on women survivors of domestic violence in Nepal	Undersöka hur våldsutsatta gravida kvinnor utvärderar vård och vilka förväntningar de har på hälso- och sjukvård	Kvalitativ; djupintervjuer; 12 kvinnor (22-45 år)	Kvinnorna ville inte avslöja våldet på grund av rädsla för förolämpning, diskriminering och negativa attityder från vårdpersonal. Kvinnorna önskade sig mer empati och att bli tillfrågade om våld samt att bli garanterade konfidentialitet.	4/4 8/8
Ruiz-Pérez, Pastor-Moreno, Escriba-Aguir & Maroto-Navarro 2018, Spanien	Intimate partner violence in women with disabilities: perception of healthcare and attitudes of health professionals	Förstå erfarenheter hos kvinnor med funktionsnedsättningar som har blivit utsatta för våld i nära relationer samt att utforska kunskap bland vårdpersonalen	Kvalitativ, semistrukturerade intervjuer 14 kvinnor (18-75 år)	Kvinnorna uppskattade när vårdpersonalen avslöjade våldet och remitterade de till adekvata instanser. Kvinnorna uttryckte sitt missnöje angående inkompetent personal.	4/4 8/8
Salmon, Baird & White 2013, England	Women's views and experiences of antenatal enquiry for domestic abuse during pregnancy	Undersöka upplevelser av vård hos gravida, våldsutsatta kvinnor	Kvalitativ och kvantitativ; djupintervjuer 7 kvinnor (24-38 år)	Kvinnorna var bekväma med att avslöja våldet för barnmorskan men tyckte att hon borde vara utbildad för att bemöta deras behov.	4/4 8/8

Författare; år & land	Titel	Syfte	Metod & deltagare	Resultat	Kvalité & kommentarer
Wallin Lundell, Eulau, Bjarneby & Westerbotn 2018, Mexico	Women's experiences with healthcare professionals after suffering from gender-based violence: An interview study.	Beskriva hur kvinnor i Mexico som har utsatts för könsrelaterat våld upplevde mötena med vårdpersonalen	Kvalitativ; semistrukturerade intervjuer 7 kvinnor (21-49 år)	Kvinnorna uttryckte skuldkänslor och osäkerhet. De kände sig mer trygga när de bemöttes med respekt och ett genuint intresse. Brist på detta ledde till frustration och misstro.	4/4 8/8
Örmon, Torstensson-Levander, Sunnqvist & Bahtsveni 2013, Sverige	The duality of suffering and trust: abused women's experiences of general psychiatric care – an interview study	Kartlägga hur kvinnor som utsatts för fysiskt, emotionellt och/eller sexuellt våld upplevde vården på en psykiatrisk klinik	Kvalitativ; intervjuer; 9 kvinnor (20-55 år)	Kvinnorna kände att ingen trodde på dem vilket ledde till känslor av skuld och skam. Personalen fokuserade på kvinnornas diagnoser och deras våldsutsatthet ignorerades.	4/4 8/8

Bilaga 4 – Analystabell

Analysenhet	Meningsenhet	Kod	Tema
”(…) fear of (…) escalating violence were significant concerns.”	Rädslan för att partner ska hämnas	Rädsla för partner	Rädsla, skuld och skam
”The women indicated that having nurses and physicians who would listen to, understand, and care about them was helpful.”	Känna sig lyssnad på och bekräftad	Lyssnad på	Det goda mötet
”(…) most of the women expressed feeling less important (…), especially when the healtcare professionals were stressed or talked about not having enough time (…).”	Känna sig mindre värd på grund av tidsbrist hos personal	Brist på tid	Det bristfälliga mötet
”They described how they were offended by the staff and left with feelings (…) of not being believed when sharing their stories of abuse”	Känna sig inte trodd på.	Inte trodda på	Det bristfälliga mötet
”Women also wanted to receive information on how to report the offence to the police (…) but had not received it.”	Önskade sig information om att anmäla övergrepp	Information	Behov och önskningar

Bilaga 5 - Översikt med temas förankring i inkluderade studier

	Rädsla, skuld och skam	Det goda mötet	Det bristfälliga mötet	Behov och önskningar
Bradbury-Jones et al., 2011	x	x	x	x
Edin et al., 2010	x	x	x	x
Larsen et al., 2014	x	x	x	x
Leppäkoski et al., 2011	x	x	x	x
Narula et al., 2012	x	x	x	x
Nemoto et al., 2008	x	x		x
Pratt-Eriksson et al., 2014	x		x	x
Reeves & Humphreys, 2018	x	x	x	x
Reisenhofer & Seibold, 2013	x	x	x	x
Rishal et al., 2016	x		x	x
Ruiz-Pérez et al., 2018	x	x	x	x
Salmon et al., 2015	x	x	x	x
Wallin Lundell et al., 2018	x	x	x	x
Örmon et al., 2014	x	x	x	x