

**DEN VÅLDSUTSATTAS KVINNANS ERFARENHET OCH
UPPLEVELSE AV MÖTET MED HÄLSO- OCH
SJUKVÅRDSPERSONAL**

-en litteraturöversikt

**THE ABUSED WOMAN'S EXPERIENCE OF MEETING WITH
HEALTHCARE PROFESSIONALS**

-a literature review

Sjuksköterskeprogrammet 180 högskolepoäng

Självständigt arbete, 15 högskolepoäng

Examinationsdatum: 2021-01-25

Kurs: K54

Författare: Estelle Renmarker

Författare: Robert Andersson

Handledare: Gabriela Armuand

Examinerande lärare: Jonas Sandberg

SAMMANFATTNING

Bakgrund

Våld i nära relationer; på engelska Intimate partner violence (IPV), är en av de vanligaste formerna av våld som drabbar kvinnor runt om i världen. Ett stort problem med våld i hemmet är att brottsoffret och gärningspersonen har en känslomässig relation till varandra. Brottsoffrets möte med sjukvården kan vara från några minuter till flera månader och sjuksköterskan har en stor roll i att skapa en trygg relation med patienten. I dagsläget finns det väldigt lite utbildning inom området våld i nära relationer att tillgå för personal i hälso- och sjukvården vilket kan leda till stort lidande för patienten.

Syfte

Syftet med litteraturöversikten var att belysa den våldsutsatta kvinnans erfarenhet och upplevelse av mötet med hälso- och sjukvårdspersonal.

Metod

Icke-systematisk litteraturöversikt med induktiv ansats. Databaserna PubMed och CINAHL Complete har använts för att söka fram 15 artiklar som inkluderats i resultatet. Sophiahemmet högskolas mall för kvalitetsgranskning av artiklar har använts och resultatet analyserades med hjälp av kvalitativ analysmetod.

Resultat

I resultatet framgår att kvinnor som utsatts för våld i nära relationer värderar empati, säkerhet och sekretess i mötet med hälso- och sjukvården. Det handlar om att införliva trygghet och att skapa en god relation med den våldsutsatta kvinnan. Kvinnorna upplever i vissa fall att de får bristfällig information och känner sig dömda och förminskade i samband med mötet, vilket bidrar till känslor av skuld och skam.

Slutsats

Empati och trygghet i mötet har stor inverkan på kvinnor som utsatts för våld i nära relationer. Likaså kan konsekvenserna av ett avslöjande ha stor betydelse för om kvinnorna väljer att öppna sig för vårdpersonalen eller inte. Sjuksköterskor anser att de många gånger är obekväma med att initiera till samtal om våld då de inte har tillräcklig kunskap i ämnet. Detta gör att kvinnorna kan uppleva mötet med hälso- och sjukvården som svår.

Nyckelord: Möte, Sjuksköterska-patientrelation, Upplevelse, Våld i hemmet, Våld i nära relationer

ABSTRACT

Background

Intimate partner violence (IPV) is one of the most common forms of violence affecting women around the world. The problem with domestic violence is that the perpetrator and the victim have an emotional relationship with each other. The patient's meeting with the healthcare professionals can last from a few minutes to several months and the nurse has a major role in creating a safe environment for the patient. Today, there is very little education in the field of intimate partner violence available for health care staff, which can lead to great suffering for the patient.

Aim

The aim of this literature review was to illustrate the abused woman's experience of the encounter with healthcare professionals.

Method

A literature review with an inductive approach. The databases PubMed and CINAHL Complete have been used to search for articles. Fifteen selected articles have been included in the results. The Sophiahemmet University's template for quality review of articles have been used and the results were analysed using a qualitative analysis methodology.

Results

The results reveal that women exposed to intimate partner violence value empathy, safety and confidentiality when in contact with health care facilities. It is about incorporating a feeling of safety and creating a good relationship with the patient. However, in some cases the women experience that they receive inadequate information and feel judged and diminished in connection with the meeting, which contributes to feelings of guilt and shame.

Conclusions

Empathy and safe environment when meeting with healthcare have a great impact on women who have been exposed to intimate partner violence. Likewise, the consequences of the disclosure are of great importance for whether women choose to open up to healthcare staff or not. The nurses believe that they are often stressed about initiating conversations about violence as they do not have sufficient knowledge of the subject. This means that women may find the encounter with healthcare difficult.

Keywords: Domestic violence, Encounter, Experience, Intimate Partner Violence (IPV), Nurse- Patient Relations.

INNEHÅLLSFÖRTECKNING

INLEDNING	1
BAKGRUND	1
Våld i nära relationer.....	1
Sjuksköterskans roll och ansvar	3
Mötet	3
Lidande som teoretisk utgångspunkt.....	4
Problemformulering	5
SYFTE	5
METOD	5
Design.....	5
Datainsamling.....	6
Kvalitetsgranskning.....	9
Dataanalys	9
Figur I.....	9
.....	9
Forskningsetiska överväganden	9
RESULTAT	10
TABELL II Presentation av tema och undertema	10
Tema.....	10
Undertema	10
DISKUSSION	14
Resultatdiskussion.....	14
Metoddiskussion.....	16
Slutsats	18
REFERENSER	21

BILAGA A-B

INLEDNING

Våld i nära relationer är ett omfattande samhällsproblem där kvinnor i större utsträckning än män utsätts för våld i olika former (Socialstyrelsen, 2019). Våld mot kvinnor existerar i alla världens länder och samhällsklasser och är inget nytt fenomen då det påträffats texter i historiska dokument där problematiken har tagits upp (Berglund & Witkowski, 2019). Under årens lopp har däremot synen ändrats rörande vem ansvaret ligger hos och huruvida samhället har något ansvar att ta hand om och hjälpa de som är utsatta (Sinisalo & Moser Hällén, 2018). I sjuksköterskans yrkesroll innefattas bland annat kompetens kring bemötande och att skapa en god relation till både patient och närstående, liksom att ha ett helhetsperspektiv på patienten där alla dimensioner beaktas (Svensk sjuksköterskeförening, 2017b).

Intresset för att skriva om ämnet grundar sig i att våld i nära relationer är ett världsomfattande problem och något som sjuksköterskan kommer att möta i vardagen, oavsett vårdform. Trots detta är utbildning inom ämnet bristfällig idag och vi anser att det krävs mer kunskap inom området för att dessa kvinnor ska uppleva att de blir bemötta på ett professionellt och respektfullt sätt. Ämnet har blivit än mer aktuellt när Corona-viruset började spridas och blev till en pandemi. Virusets orsakat att företag bland annat har fått införa permitteringar och även säga upp anställda, vilket har lett till att en ökad andel kvinnor har riskerat att behöva stanna hemma i en våldsutsatt miljö (Jämställdhetsmyndigheten, 2020). Litteraturöversikten handlar således om att belysa den våldsutsatta kvinnans erfarenheter och upplevelser av mötet med hälso- och sjukvården.

BAKGRUND

Våld i nära relationer

Våld i nära relationer; på engelska Intimate partner violence (IPV) är en av de vanligaste formerna av våld som drabbar kvinnor runt om i världen och bidrar till både hög sjuklighet och dödlighet (Sawyer et al., 2016). I begreppet inkluderas både fysisk och psykisk misshandel samt ett kontrollerande beteende hos den ena partnern. Vid fysisk misshandel kan det handla om slag och sparkar, eller sexuella övergrepp. Vid psykisk misshandel avses sådant som hot om våld, kränkning, förnedring och kontrollerande beteende såsom isolering från familj, vänner eller arbete (World Health Organization [WHO], 2012).

Sinisalo och Moser Hällén (2018) menar att våld i nära relationer skiljer sig från andra typer av våld som sker utanför hemmet. Problematiken kring våld i hemmet är att gärningsperson och brottsoffer har en känslomässig relation till varandra vilket försvårar för den brottsutsatta att distansera sig från sin partner. Vidare finns risk för att den våldsutsatta normaliserar våldet, vilket i förlängningen kan leda till att kvinnan varken söker hjälp eller betraktar sig själv som ett brottsoffer (Sinisalo & Moser Hällén, 2018). Kvinnor som utsatts för våld har en större tendens att, sett i relation till icke-våldsutsatta kvinnor - ha skador i ansikte, huvud eller på thorax. Fysisk och psykisk misshandel bidrar till ett flertal negativa effekter på hälsan såsom artrit, kroniska besvär i nacke och rygg, migrän, sexuellt överförbara sjukdomar, magproblem och kronisk smärta i underlivet (Roark, 2010).

Prevalens

Enligt Heimer et al. (2014) är våld mot kvinnor ett omfattande folkhälsoproblem runt om i världen. I en studie som gjorts av WHO deltog 10 000 kvinnor samt 10 000 män där var

och en fick fylla i en enkät om utsatthet för våld under sin livstid samt om deras nuvarande hälsa. Ur studiens resultat kunde det utläsas att 30 procent av de tillfrågade kvinnorna någon gång utsatts för fysiskt våld av en partner. Däremot finns det sannolikt ett omfattande mörkertal i dessa siffror på grund av att det i flertalet samhällen runt om i världen uppfattas som skamligt när en kvinna utsätts för våldtäkt (Heimer et al., 2014).

Konsekvenser

Våld förekommer i olika former, vilket medför att våldets konsekvenser påverkar olika delar hos den våldsutsatta kvinnan. Somatiska symtom, ångest, social dysfunktion och depression är de kategorier som Soleimani et al. (2017) tittade på i sin studie rörande hälsokonsekvenser hos kvinnor som blivit utsatta för våld i nära relationer i norra Iran. I resultatet kunde författarna finna att andelen av de kvinnor som blivit utsatta för IPV var procentuellt högre i alla kategorier jämfört med kontrollgruppen med kvinnor som inte blivit utsatta för IPV (Soleimani et al., 2017).

Enligt Sinisalo och Moser Hällen (2018) är det i många fall av IPV de psykologiska konsekvenserna som leder till långvariga besvär. Det handlar många gånger om ångest och depression, mardrömmar och utmattning. Dessa besvär kvarstår vanligtvis även efter en separation från gärningspersonen. Andra vanliga konsekvenser av våldet är bland annat ätstörningar; ett beteende som handlar om att försöka ta tillbaka kontrollen över sitt liv. Likaså är självskadebeteende vanligt förekommande genom att den utsatte skär sig eller skadar sig på annat sätt. Många kvinnor som upplevt IPV går i självmordstankar och/eller gör självmordsförsök. Ofta leder våldet till att kvinnan behöver sjukskriva sig vilket kan resultera i att kvinnans sociala nätverk och ekonomi blir lidande och i sig utgör en ytterligare stressfaktor för den utsatta (Sinisalo & Moser Hällen, 2018).

Kvinnans upplevelser

Att leva i en våldsutsatt relation

En kvinna som utsatts för våld i en nära relation under en längre period kan börja normalisera mannens beteende för sig själv, en strategi för att hantera våldet och för att överleva. Allteftersom misshandeln fortsätter blir mannens motiv och agerande en del av kvinnans verklighetsuppfattning (Nationellt centrum för kvinnofrid [NCK], u.å). Införlivandet av mannens motiv och agerande leder ofta till känslor av skam, skuld, hjälplöshet och depression hos kvinnan (Loke et al., 2012). Loke et al. fann att kvinnor som utsatts för våld i nära relationer upplevde att de inte var älskvärda och att de själva hade försatt sig i den positionen de befinner sig i. För att slippa förklara skador på kroppen för andra valde de att stanna hemma. Vidare fann studien att våldet orsakade depression hos kvinnorna och upprepade självmordsförsök var inte ovanligt. Många beskrev hur de var konstant rädda. En kvinna funderade över om den enda utvägen för att bli fri från våldet var att skada mannen och själv riskera att bli dömd till fängelse (Loke et al., 2012).

Svårigheter att lämna relationen

Meyer (2012) beskriver att barn ofta är en anledning till att kvinnan inte lämnar en relation som är våldsam. De vill inte splittra familjen eller utsätta barnen för fara. Mannen kan använda barnet/barnen mot kvinnan genom att hota att döda barnet om hon berättar om våldet för någon eller om hon skulle försöka lämna relationen. En annan anledning till att kvinnan stannar är den ekonomiska faktorn. En kvinna i studien berättade att hon stannade kvar i den våldsamma relationen i fem år för att lyckas skapa de finansiella förutsättningarna för att starta ett nytt liv tillsammans med hennes son. För att kunna lämna

en våldsamt relation behöver kvinnan stöd från omgivningen (Meyer, 2012). Meyer (2015) beskriver vidare att en majoritet av kvinnorna upplever att samhället, myndigheter och även familjen lägger skulden på dem - att hon befinner sig i den situation hon gör, beror på henne själv (Meyer, 2015).

Sjuksköterskans roll och ansvar

Svensk sjuksköterskeförening (2017a) skriver att ICN's etiska kod för sjuksköterskor innehåller många områden som den legitimerade sjuksköterskan ska tänka på vid yrkesutövningen. Det handlar framförallt om att främja hälsa och lindra lidande hos patienten. Den etiska koden innehåller riktlinjer för hur sjuksköterskan ska uppfylla dessa mål. Riktlinjerna belyser bland annat vikten av att behandla alla med respekt utifrån tanken om allas lika värde oavsett könstillhörighet, ålder, etnicitet och annan skild bakgrund. Koden belyser dessutom det ansvar sjuksköterskan har för sin egen kompetens och sitt lärande för att kunna bedriva en evidensbaserad vård. Vidare berör även den etiska koden vikten av att upprätthålla sekretess, både för att värna om men även för att respektera den enskilda individen och dennes rättigheter (Svensk sjuksköterskeförening, 2017a).

Mötet

Enligt Dahlberg och Segesten (2010) kan ett möte innebära en kortare eller längre period av vårdrelation, från några minuter till flera månader. Tidsramen för mötet har däremot ingen större betydelse då det framförallt handlar om att skapa en vårdande relation till patienten, oavsett hur lång tid det tar. Om vårdpersonal har bråttom och är stressad finns det en risk att patienten upplever minskat välbefinnande och förlorad energi. För att uppnå någon form av kvalitet i en vårdrelaterad relation är det nödvändigt att båda parter är aktiva och bidrar i mötet (Dahlberg & Segesten, 2010).

Olika platser där mötet kan äga rum

Chapin et al. (2011) menar att sjuksköterskan ofta är den första personen en utsatt kvinna träffar i hälso- och sjukvården. Det ställer stora krav på sjuksköterskan för att kunna identifiera och hjälpa de personer som är utsatta för våld i nära relationer (Chapin et al., 2011). Det första mötet med den våldsutsatta kvinnan sker främst på akutmottagningar och på gynekologmottagningar (Nationellt centrum för kvinnofrid [NCK], 2008). Nästan hälften av vårdpersonalen på akutmottagningar uppskattar att de minst en gång per månad möter kvinnor som befinner sig i IPV-förhållanden (Leppäkoski et al., 2010). Distansen till akut- och gynekologmottagningar kan ofta vara för lång, vilket medför att kvinnorna söker hjälp inom primärvården istället (NCK, 2008). Berglund och Witkowski (2019) menar att endast en fjärdedel av de utsatta kvinnorna söker akutvård efter det senaste våldstillfället. Många söker vård i ett senare skede för andra orsaker och symptom, och då hos primärvården (Berglund & Witkowski, 2019). Sjuksköterskor inom primärvården bör ha kompetens om IPV i sig, dess utbredning och hur det kan yttra sig hos de utsatta kvinnorna för ett värdefullt bemötande. Dichter et al. (2018) menar att kvinnor som utsatts för våld i nära relationer skall kunna besöka hälso- och sjukvården utan att det uppstår misstankar om en eventuell våldsutövande partner. Mötet bör innehålla rådgivande samtal, undervisning och information om hur hon skall kunna nå säkerhet och återhämtning (Dichter et al., 2018).

Sjuksköterskans erfarenheter och upplevelser av mötet med den våldsutsatta kvinnan

Sjuksköterskan möter stora utmaningar i mötet med den våldsutsatta kvinnan. Sundborg et al. (2015) berör i sin studie olika svårigheter som sjuksköterskan upplever i mötet, bland annat att det finns en oro att ta upp ett icke existerande problem eller att ställa frågan om partnerrelaterat våld på ett felaktigt sätt. Sundborg menar att sjuksköterskan tycker att det är svårt att ställa en så personlig fråga i det första mötet med kvinnan och dessutom att sakna tillräcklig kunskap för hur svaren ska bemötas. En del sjuksköterskor uppfattade inte det som sin uppgift att ställa dessa frågor, andra beskrev en rädsla över att bli för emotionellt involverade av kvinnornas berättelser (Sundborg et al., 2015).

Ett problem för sjukvården är att inte kunna tillgodose behovet hos de utsatta kvinnorna, då kvinnorna många gånger förnekar det som har hänt. Detta gör att det blir ett negativt utfall på den screening som görs. Därmed blir det problematiskt för hälso- och sjukvårdens organisatoriska förmåga att hjälpa och stötta utsatta kvinnor (Chapin et al., 2011). Forskning tyder på att hälso- och sjukvården är dålig på att rutinmässigt tillfråga sina patienter angående våld i nära relationer (Hughes, 2010). Sundborg et al. (2012) belyser att det förekommer brister i förberedelserna hos sjuksköterskorna, vilket framförallt berodde på organisatorisk otillräcklighet. Av de tillfrågade sjuksköterskorna i studien var det endast hälften, 52 procent, som hade som rutin att alltid fråga en kvinna om våld. De resterande 48 procenten frågade aldrig eller endast ibland, och då oftast i relation till fysiska skador eller vid skador som inte överensstämmer med patientberättelsen. I forskningsstudien framkom det även att upplevelsen av att vara förberedd på mötet och att identifiera IPV var starkt kopplat till den kunskap man erhållit genom erfarenhet. Merparten av de tillfrågade sjuksköterskorna ansåg att de hade för lite kunskap inom ämnet och hade gärna blivit erbjudna utbildning för att öka sin kompetens inom området (Sundborg et al, 2012).

Brister i mötet

Utbildning inom området våld i nära relationer för personal i hälso- och sjukvården är begränsad (Hughes J 2010). Många hälso- och sjukvårdsorganisationer önskar att personal som arbetar med kvinnor som utsätts för våld får adekvat utbildning (Sawyer et al., 2016). Sjuksköterskor beskriver att de i brist på utbildning och kunskap (Yeung et al., 2012) är rädda för att våldsutsatta kvinnor inte får den vård de behöver av rädsla för att de ska förnärma eller kränka kvinnan med sina frågor (Lee et al., 2019). Sjuksköterskor uppger att de undviker att fråga kvinnor om våld i nära relationer på grund av tidsbrist, språkförbistringar eller att kvinnan har en anhörig närvarande (Beynon et al., 2012).

Lidande som teoretisk utgångspunkt

Omvårdnadsteoretikern Katie Eriksson (1994) menar att det finns tre olika former av lidande; sjukdomslidande, vårdlidande och livslidande. Sjukdomslidande innebär lidande förknippat med en sjukdom och är framförallt bundet till en kroppsdel, men kan även beröra hela människans hälsa; kropp, själ och ande. Vårdlidandet menar Eriksson, är ett opåkallat lidande som åsamkats av vården; medvetet eller omedvetet. Detta lidande kan vara i form av bland annat maktutövning eller kränkning av patientens värdighet. Livslidandet berör hela människans realitet och existens och kan till exempel orsakas av hotet från en livshotande sjukdom. Att bemöta en person som innehar något av dessa lidanden kräver en basal förståelse för vad begreppet lidande innebär, och är även en förutsättning för att kunna hjälpa dessa personer (Eriksson, 1994). Många kvinnor söker sjukvård för andra symtom än de uppenbart fysiska. Psykisk ohälsa i form av depressioner och ångestsyndrom är många gånger vanligare att kvinnor söker för via primärvården. I

många fall uppsöks sjukvården flera gånger utan att vare sig sjukvårdspersonal eller den utsatta kvinnan är medveten om att det fysiska och psykiska lidandet egentligen är kopplat till IPV (Heimer et al., 2014)

Katie Erikssons omvårdnadsteori om lidande har använts som teoretisk utgångspunkt i denna litteraturöversikt. I Erikssons omvårdnadsteori berörs människans hälsa, vårdandet och lidandet. Hälsa ses enligt Eriksson som en helhet av kropp, själ och ande där hälsan är något dynamiskt som ständigt förändras (Eriksson, 1993). Vårdandet handlar om sjuksköterskans kompetens att åstadkomma hälsa för patienten. Detta kan bland annat göras genom att skapa tillit så att patienten upplever en tillfredsställelse, liksom att skapa förutsättningar för att patienten ska kunna utvecklas (Eriksson, 1997). Lidandet anses vara en del av det mänskliga livet och innebär en sorg över det man förlorat eller är på väg att mista (Eriksson, 1994).

Problemformulering

Våld i nära relationer är ett omfattande och allvarligt problem i dagens samhälle. Våld är det största hotet mot kvinnors fysiska, psykiska, sexuella och reproduktiva hälsa och det finns risk för dödlig utgång. Sjukvårdens bemötande och kvinnans egen känsla av skam och skuld gör att kvinnor undviker att söka vård för sina skador. Lyhördhet, respektfullhet och att våga ställa frågor om våld i en nära relation är viktiga komponenter för att skapa en god relation mellan den våldsutsatta kvinnan och vårdpersonalen.

SYFTE

Syftet med litteraturöversikten var att belysa den våldsutsatta kvinnans erfarenheter och upplevelser av mötet med hälso- och sjukvårdspersonal.

METOD

Design

För att få en aktuell bild av forskningsämnet har artiklar samlats in, analyserats och sedan sammanställts i en litteraturöversikt (Polit & Beck, 2021). För att få en fördjupad förståelse för problemområdet har författarna valt att inkludera både kvalitativa och kvantitativa studier i resultatet. Författarna har valt att använda sig av en icke-systematisk design som enligt Kristensson (2014) innebär att relevant litteratur valts ut för att besvara studiens syfte. Metoden kräver ett systematiskt tillvägagångssätt där alla delar i processen presenteras noggrant för att öka studiens trovärdighet, kvalitet och vetenskapliga tyngd. Den icke-systematiska översikten kan ge värdefull information och insikt inom valt område även om designen inte uppfyller alla de krav som ställs på den systematiska översiktens innehåll (Kristensson, 2014). Författarna har valt att göra en icke-systematisk litteraturöversikt för att få en ökad förståelse för problemområdet. Författarna har använt sig av en induktiv ansats som analysmetod då artiklarnas innehåll härleder slutsatsen i arbetet.

Urval

Avgränsningar

För att öka litteraturöversiktens kvalitet och möjlighet till reproducerbarhet används avgränsningar i litteraturöversikten. Avgränsningarna appliceras för att sortera bort icke

relevanta artiklar för studiens syfte (Polit & Beck, 2021). Tid, språk, dokumenttyp samt peer reviewed artiklar är de vanligast förekommande avgränsningarna som appliceras vid artikelsökning. Utifrån detta har författarna valt att begränsa sina sökningar till artiklar publicerade år 2005–2020, vilket även stöds av Kristensson (2014) som menar att artiklarna skall vara så aktuella som möjligt men att ingen tidsram är fastställd då detta skall utvärderas utifrån den frågeställning författaren har. Vidare har avgränsningar gjorts till artiklar skrivna på svenska eller engelska då det är två språk som författarna behärskar (Östlundh, 2017). I databasen CINAHL kunde peer-review anges som en avgränsning, medan studier funna i PubMed har kontrollerats manuellt. Författarna säkerställde att artiklarna var peer reviewed genom att besöka tidskrifternas hemsida. Författarna har valt att inte använda några avgränsningar gällande dokumenttyp, ålder på deltagarna, kön eller etnicitet.

Inklusionskriterier

Författarna har valt att inkludera studier från olika länder för att få en mer nyanserad bild av området som undersökts. Endast originalartiklar har använts i resultatet då det är det mest tillförlitliga när det kommer till litteraturöversikter enligt Polit & Beck (2021). Nationellt Centrum för kvinnofrid (2019) beskriver att brottsoffer över 15 år är den grupp som är i majoritet när det kommer till våld i nära relationer. Av den anledningen har författarna valt att inkludera studier på kvinnor över 15 år (NCK, 2019).

Exklusionskriterier

De artiklar som inte innehåller patientens upplevelse exkluderades då det inte svarade till litteraturöversiktens syfte. Likaså har artiklar om mäns upplevelser av hälso- och sjukvården exkluderats. I litteraturöversikten har artiklar utan abstract uteslutits. Likaså artiklar som inte är originalartiklar eller som saknar ett forskningsetiskt övervägande.

Datainsamling

Initialt har en generell sökning i Public Medline [Pubmed] och Cumulative Index to Nursing and Allied Health Literature [Cinahl] gjorts tillsammans med personal från Sophiahemmet högskolas bibliotek för att författarna skulle få relevanta sökord till litteraturöversikten. Därefter har sökningar i databaserna Cinahl och Pubmed påbörjats. Pubmed är en databas som innehåller artiklar och material inom ämnen som medicin, biomedicin och omvårdnad. Cinahl är en databas som främst inriktar sig mot omvårdnad, arbetsterapi samt fysioterapi (Henricsson, 2017). I enlighet med Polit och Beck (2021) har författarna använt ett systematiskt tillvägagångssätt vid sökning av vetenskapliga artiklar i de ovannämnda databaserna. Sökningarna gjordes dels med hjälp av subject headings och dels som fritextsökning. Subject headings (Cinahl headings i Cinahl och MeSH- termer i Pubmed) är fördelaktigt vid artikelsökning då termerna fokuseras till hela artikeln och inte endast till abstrakt. En annan fördel med att använda sig av termerna är att de kodar för meningen i texten och fokuserar inte endast på de specifika orden. För att inte gå miste om de artiklar som ännu inte registrerats med databasens termer gjordes även fritextsökningar. För att kombinera de olika termerna som letats fram användes de booleska operatorerna “AND” och “OR” i samtliga databassökningar. “AND” används för att limitera sökresultatet medan “OR” syftar till att bredda sökningen (Polit & Beck, 2021). I överensstämmelse med Polit och Beck (2021) delades databearbetningen upp i två segment där författarna först har grovsorterat artiklarna baserat på deras titel och abstract. Fokus på denna grovsortering var om litteraturöversiktens syfte kunde besvaras. Därefter har en genomgång av de utvalda artiklarna i fulltext gjorts, med utgång från de inklusions- och

exklusionskriterier som nämnts ovan. De artiklar som författarna valt att inkludera i litteraturoversikten finns sammanställda i Bilaga B; Matris över inkluderade artiklar med information om referens, titel, syfte, metod, resultat samt metodologisk kvalitet.

Tabell 1. Redogörelse för datainsamling

Databas Datum	Sökord	Antal träffar	Antal lästa abstrakt	Antal lästa artiklar	Antal inkluderade artiklar
PubMed 2020-11-18	((((Intimate Partner Violence[MeSH Terms]) OR (Domestic Violence[MeSH Terms])) OR (Physical Abuse[MeSH Terms])) OR (Battered Women[MeSH Terms])) OR (Spouse Abuse[MeSH Terms]) AND ((english[Filter] OR swedish[Filter]) AND (2010:2020[pdat]))) AND ((attitude of health personnel[MeSH Terms]) OR (Professional-patient relations[MeSH Terms]) AND (english[Filter] OR swedish[Filter]))) AND (((patient satisfaction[MeSH Terms]) OR (quality of life[MeSH Terms])) AND (english[Filter] OR swedish[Filter])) AND ((english[Filter] OR swedish[Filter]) AND (2005:2020[pdat]))	16	4	3	2
Cinahl 2020-11-18	(Domestic Violence OR Battered Women OR Intimate Partner Violence) AND (Attitude of Health Personnel OR Professional-Patient Relations OR Nurse-Patient Relations OR Physician-Patient Relations) AND (Life Experiences OR Patient Satisfaction OR Quality of Life OR Experiences of Health Care OR Quality of Health Care) Limiters - Published Date: 20050101-20201231; Peer Reviewed Search modes - Boolean/Phrase	52	21	15	5
Pubmed 2020-11-18	("emerge"[All Fields] OR "emerged"[All Fields] OR "emergence"[All Fields] OR "emergences"[All Fields] OR "emergencies"[MeSH Terms] OR "emergencies"[All Fields] OR "emergency"[All Fields] OR "emergent"[All Fields] OR "emergently"[All Fields] OR	89	10	4	3

	"emergents"[All Fields] OR "emerges"[All Fields] OR "emerging"[All Fields]) AND ("delivery of health care"[MeSH Terms] OR ("delivery"[All Fields] AND "health"[All Fields] AND "care"[All Fields]) OR "delivery of health care"[All Fields] OR "healthcare"[All Fields] OR "healthcare s"[All Fields] OR "healthcares"[All Fields]) AND ("experience"[All Fields] OR "experience s"[All Fields] OR "experiences"[All Fields]) AND ("womans"[All Fields] OR "women"[MeSH Terms] OR "women"[All Fields] OR "woman"[All Fields] OR "women s"[All Fields] OR "womens"[All Fields]) AND ("intimate partner violence"[MeSH Terms] OR ("intimate"[All Fields] AND "partner"[All Fields] AND "violence"[All Fields]) OR "intimate partner violence"[All Fields])				
Pubmed 2020-11-18	("intimate partner violence"[MeSH Terms] OR ("intimate"[All Fields] AND "partner"[All Fields] AND "violence"[All Fields]) OR "intimate partner violence"[All Fields]) AND ("disclosure"[MeSH Terms] OR "disclosure"[All Fields] OR "disclosures"[All Fields] OR "disclosure s"[All Fields]) AND ("emergency service, hospital"[MeSH Terms] OR ("emergency"[All Fields] AND "service"[All Fields] AND "hospital"[All Fields]) OR "hospital emergency service"[All Fields] OR ("emergency"[All Fields] AND "department"[All Fields]) OR "emergency department"[All Fields])	61	6	0	0
2020-11-18	<u>(nurse or nurses or nursing) AND abused women AND experience</u> <ul style="list-style-type: none"> Limiters: XPublished Date: 20050101-20201231 	28	2	1	1
Manuell sökning *		4	4	4	4
Totalt		250	47	27	15

Sökningarna som utförts i databaserna gav inte tillräcklig mängd artiklar för studiens resultat. Författarna har därför utöver denna sökmetod utfört manuella sökningar. Dessa sökningar baserades på artiklar funna i andra litteraturoversikter och artiklars referenslistor som liknat eller passat arbetets syfte. Metoden stöds av Forsberg och Wengström (2015).

Kontroller som gjordes före sökningarna var att de var publicerade inom den tidsram som författarna satt för sitt arbete samt att artikelns titel var lämplig för studiens syfte. Slutligen inkluderades fyra artiklar efter den manuella sökningen; *Almqvist et al. (2018), *Koziol-McLain et al. (2008), *Rodriguez & Mandich (2019) och *Örmon et al. (2014).

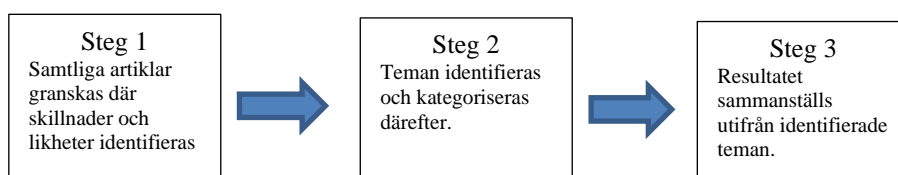
Kvalitetsgranskning

Enligt Friberg (2017) skall studierna som inkluderats i resultatet värderas utifrån en kvalitetsgranskningsmall. Endast artiklar som blivit peer reviewed har använts för att ytterligare stärka studiens kvalitet. En kvalitetsgranskning på de 15 artiklarna har utförts enligt Sophiahemmets högskolas modifierade bedömningsunderlag enligt Berg et al. (1999) och Willman et al. (2016). Granskningen sker genom en tregradig skala; låg (III), medel (II) och hög (I) kvalitet, och frågor som diskuteras vid granskningen är studietyp, metod, studiestorlek samt om studierna är aktuella. En del artiklar med lågt deltagarantal har inkluderats då ämnet är begränsat och de ansågs svara på litteraturöversiktens syfte. Efter att artiklarna granskats av författarna, oberoende av varandra, har 15 artiklar valts ut och inkluderats i resultatet. Se Bilaga B för tabell över de inkluderade artiklarna.

Dataanalys

Insamlade data har analyserats med hjälp av integrerad analysmetod. Denna analysmetod används för att sammanställa en litteraturstudies resultat på ett enkelt sätt där artiklarna analyseras, kategoriseras och sedan jämförs med varandra (Kristensson, 2014). Enligt Kristensson (2014) skall analysen ske i tre steg och finns illustrerad i Figur 1. Processens två första steg har författarna initialt genomfört enskilt och oberoende av varandra. I analysprocessens första steg har samtliga artiklar lästs i fulltext för att identifiera forskningsresultatens likheter och skillnader (Kristensson, 2014). Detta har gjorts genom att författarna skrev upp övergripande punkter för artiklarnas innehåll. Genom att göra detta har författarna lätt kunna överskåda vilka artiklar som berörde samma frågor. I analysprocessens andra steg har artiklarna kategoriserats i olika teman (Kristensson, 2014) utifrån de punkter som identifierats i steg ett. Här använde sig författarna av färgkodning för att separera resultatens olika teman från varandra eftersom majoriteten av artiklarnas resultat innehöll flera olika teman. I analysprocessens tredje och sista steg sammanställdes resultatet som identifierats utifrån dessa teman (Kristensson, 2014). Inledningsvis plockade författarna ut samtliga meningar ur de artiklar som identifierats höra till de specifika teman för att sedan sammanställa dem. De teman som identifierats låg sedan till grund för utveckling av olika underteman (Kristensson, 2014).

Figur 1



Forskningsetiska överväganden

Enligt World Medical Association [WMA], (2018) och Kristensson, (2014) är Helsingforsdeklarationen ett internationellt styrdokument som riktar sig till, och bör läsas

av alla personer som forskar inom områden såsom medicin eller hälso- och sjukvård. Det handlar bland annat om deltagarnas rätt till integritet och självbestämmande samt att deltagarna skall få tillräcklig information om studien. Det handlar även om att studien ska göra så lite skada som möjligt och att nyttan med studien ska vara större än riskerna för skada. Författarna har enbart använt sig av studier som har etiska överväganden.

Enligt Helgesson (2015) så hör det till god forskningssed att inte fabricera, förvanska, plagiera eller på annat sätt vinkla sina forskningsresultat. Att fabricera är samma sak som att hitta på och i det här avseendet handlar det om att hitta på resultat. Plagiering handlar om att direkt skriva av och kopiera en annan persons text och kalla den sin egen. Det behöver inte alltid handla om att kopiera ett helt arbete, utan kan gälla små delar av en text (Helgesson 2015). Vi har i den här litteraturoversikten arbetat efter dessa forskningsetiska förhållningssätt och inte plagierat eller fabricerat resultat. Vi har även använt oss av peer review artiklar för att säkerställa goda forskningsresultat.

RESULTAT

I analysen av de 15 inkluderade artiklarna identifierades två huvudteman; *Bemötande som upplevs vara av betydelse för att skapa trygghet* och *Erfarenheter och upplevelser som försvårar möjligheten för kvinnorna att avslöja våldet*. I tabellen nedan presenteras de teman och underteman som tagits fram utifrån dataanalysen för att svara på arbetets syfte.

TABELL II Presentation av tema och undertema

Tema	Undertema
Bemötande som upplevs vara av betydelse för att skapa trygghet	<ul style="list-style-type: none"> • Vårdpersonalens bemötande som gör att kvinnorna upplever trygghet • En god relation skapar trygghet
Erfarenheter och upplevelser som försvårar för kvinnorna att avslöja våldet	<ul style="list-style-type: none"> • Förminskande och dömande attityder • Bristfällig information • Oro över avslöjandets konsekvenser

Bemötande som upplevs vara av betydelse för att skapa trygghet

Ur artiklarna identifierades temat *Bemötande som upplevs vara av betydelse för att skapa trygghet*. Temat belyser bland annat vilka egenskaper hos vårdpersonalen som kvinnorna upplever vara av betydelse i mötet (Almqvist et al., 2018; Bacchus et al., 2016; Catallo et al., 2012; Ditcher et al., 2015; Dichter et al., 2020; Koziol-McLain et al., 2008; Reeves & Humphreys, 2017; Reisenhofer & Seibold, 2012; Trevillion et al., 2012; Williams et al., 2017 & Örmon et al., 2013) samt även vilka komponenter som är av vikt för att bygga en god relation mellan kvinnan och vårdgivaren (Almqvist et al., 2018; Bacchus et al., 2016; Catallo et al., 2012; Ditcher et al., 2015; Dichter et al., 2020; Koziol-McLain et al., 2008; Pratt-Eriksson et al., 2014; Reisenhofer & Seibold, 2012; Rodriguez & Mandich, 2019; Wallin Lundell et al., 2017; Williams et al., 2017 & Örmon et al., 2013). (plus ev.)

Följande innehåll belyser således förutsättningar för att skapa ett vårdmöte präglad av trygghet och tillit.

Vårdpersonalens bemötande som gör att kvinnorna upplever trygghet

De tillfrågade kvinnorna uppgav att det fanns vissa egenskaper hos vårdpersonalen som fick dem att känna sig trygga i mötet. Respekt var återkommande i flera av studierna där kvinnorna berättade att möten där vårdpersonal bemötte dem och ställde frågor på ett respektfullt sätt upplevdes som positivt (Catallo et al., 2012; Williams et al., 2017 & Örmon et al., 2013). Omtänksamhet upplevdes också som en viktig egenskap (Almqvist et al., 2018; Bacchus et al., 2016; Ditcher et al., 2015; Dichter et al., 2020; Koziol-McLain et al., 2008 & Örmon et al., 2013) där ärlig, vänlig, omtänksam, kompetent, självsäker och icke-dömande personal beskrevs som egenskaper som bidrog till kvinnornas möjlighet att utveckla tillit till vårdpersonalen (Bacchus et al., 2016). Kvinnorna uppskattade vårdpersonal som förstod deras behov (Reeves & Humphreys, 2017; Reisenhofer & Seibold, 2012 & Örmon et al., 2013) och stöttade dem (Dichter et al., 2020; Koziol-McLain et al., 2008; Reisenhofer & Seibold, 2012 & Williams et al., 2017), både till att berätta om våldet (Koziol-McLain et al., 2008) och till att låta kvinnorna fatta beslut i sin egen takt (Reisenhofer & Seibold, 2012). En kvinna berättade hur hennes vårdgivare uppmuntrade henne till att berätta om vad hon blivit utsatt för, vilket bidrog till att hon kände sig lättad och ville prata ännu mer när hon träffade samma vårdgivare veckan därpå (Trevillion et al., 2012).

En annan viktig komponent för att mötet skulle upplevas positivt var att vårdpersonalen lyssnade på kvinnorna (Bacchus et al., 2016; Dichter et al., 2020; Koziol-McLain et al., 2008 & Örmon et al., 2013) när de berättade om sina upplevelser av våld (Örmon et al., 2013). En kvinna uttryckte i en av studierna hur hennes vårdgivare hade lyssnat på henne och uttryckt en oro och sårbarhet över vad hon blivit utsatt för (Dichter et al., 2020). När kvinnorna upplevde att vårdpersonalen lyssnade på vad de hade att berätta utan att agera dömande ökade chanserna till att tillit kunde byggas mellan kvinnan och vårdgivaren (Bacchus et al., 2016).

Empatisk vårdpersonal värderades av de våldsutsatta kvinnorna (Dichter et al., 2020; Reisenhofer & Seibold, 2012 & Örmon et al., 2013) som menade att deras självkänsla och självförmåga stärktes när vårdpersonalen hade ett empatiskt och stödjande agerande gentemot dem (Reisenhofer & Seibold, 2012). Även om kvinnorna fortfarande kände sig skamsna över att berätta om sina upplevelser för vårdpersonalen kände de tacksamhet över den empati och det stöd som de fick när de väl gjorde det (Dichter et al., 2020). Att få bekräftelse av vårdpersonalen såg kvinnorna som en viktig del för att mötet med vårdpersonalen skulle upplevas positivt (Catallo et al., 2012; Reisenhofer & Seibold, 2012; Trevillion et al., 2012 & Örmon et al., 2013). När vårdpersonalen tog problemet på allvar och berättade för kvinnorna att det inte var deras fel att de blivit utsatta för våld upplevde kvinnorna att de fått bekräftelse vilket medförde känslor av värdighet (Örmon et al., 2013).

En god relation skapar trygghet

För att införliva trygghet i mötet krävs inte bara empati från vårdpersonalens sida, det krävs även att en god relation byggs upp mellan vårdgivare och vårdtagare. Denna relation bygger på olika komponenter där tid är en återkommande komponent i flera av studierna. Det tar tid att bygga en relation som präglas av tillit och det krävs ofta återkommande

besök till samma vårdgivare för att kvinnorna ska känna sig bekväma nog att dela med sig av sina erfarenheter (Bacchus et al., 2016; Catallo et al., 2012; Ditcher et al., 2015; Dichter et al., 2020; Reisenhofer & Seibold, 2012 & Wallin Lundell et al., 2017). När vårdgivaren stressar igenom mötet och inte tar sig tiden för att lyssna på vad kvinnorna har att berätta, minskar sannolikheten att kvinnorna avslöjar vad de varit med om (Rodriguez & Mandich, 2019; Williams et al., 2017 & Örmon et al., 2013).

En annan viktig faktor för att bygga en trygg relation till kvinnorna är information och kunskap. Kvinnorna ansåg det värdefullt att få information om IPV (Almqvist et al., 2018 & , Koziol-McLain et al., 2008), vilka resurser som finns för våldsoffer (Bacchus et al., 2016) samt diskutera olika valmöjligheter (Reisenhofer & Seibold, 2012). Kvinnorna upplevde det säkert att prata med sjuksköterskan när miljön var öppen, stödjande och informerande (Reisenhofer & Seibold, 2012). Kvinnorna beskrev att de upplevde en ökad självkänsla och säkerhet när de insåg att de inte var ensamma i sin situation, när de fick information om vilken hjälp de hade rätt till och var de kunde vända sig för att få hjälp (Bacchus et al., 2016). En kvinna berättar om hur hon haft vaginala blödningar orsakade av att hon blivit våldtagen vid ett flertal tillfällen av sin make, och hur hon inte var tillåten att söka hjälp för sina skador. Samma kvinna uttryckte vikten av att vårdpersonalen frågar om eventuell våldsutsatthet och även informerar om vilken hjälp som finns tillgänglig för dessa kvinnor (Pratt-Eriksson et al., 2014).

Relationer handlar om att känna trygghet i någon annans närhet. Bacchus et al. (2016) menar att kvinnorna upplevde att det var skönt att tala med någon som inte hörde till familjen eller den närmsta vänskapskretsen. Utan någon utifrån som kunde se problemet mer objektivt (Bacchus, 2016). Catallo et al. (2012) beskrev att en del kvinnor berättade att det fanns en särskild trygghet i att vårdpersonalen som de träffade var en sjuksköterska. Catallo et al. (2012) menar att dessa kvinnor kände tillit till sjuksköterskorna baserat på deras roll och ansvar som sjukvårdspersonal. Kvinnorna berättade även att tilliten ökade om de hade något gemensamt med vårdgivaren, i form av exempelvis samma kultur (Koziol-McLain et al., 2008 & Williams et al., 2017), kön, etnicitet (Williams et al., 2017), liknande situation eller erfarenhet (Bacchus et al., 2016 & Williams et al., 2017).

Erfarenheter och upplevelser som försvårar för kvinnorna att avslöja våldet

Ur artiklarna identifierades även temat *Erfarenheter och upplevelser som försvårar för kvinnorna att avslöja våldet*. Temat belyser faktorer som bland annat förminskande och dömande attityder från vårdpersonalen (Almqvist et al., 2018; Dichter et al., 2020; Pratt-Eriksson et al., 2014; Reeves & Humphreys, 2017; Reisenhofer & Seibold, 2012; Wallin Lundell et al., 2017; Örmon, et al., 2013), bristfällig information (Koziol-McLain et al., 2008; Leppäkoski et al., 2011; Williams et al., 2017) samt oro över de konsekvenser som kan medfölja ett avslöjande (Almqvist et al., 2018; Bacchus et al., 2016; Catallo et al., 2012; Dichter et al., 2015; Dichter et al., 2020; Koziol-McLain et al., 2008; Leppäkoski et al., 2011; Reeves & Humphreys, 2017; Rodriguez & Mandich, 2019; Wallin Lundell et al., 2017 & Williams et al., 2017). Kvinnorna i studierna har berättat om dessa faktorer som de upplevt bidragit till försvårande att avslöja våldet för vårdpersonal.

Förminskande och dömande attityder

Ett återkommande problem som togs upp av kvinnorna i studierna var att vårdpersonalens bemötande fick dem att känna sig skyldiga till att de blivit utsatta för våld (Reisenhofer & Seibold, 2012; Wallin Lundell et al., 2017; Örmon, et al., 2013). Reisenhofer och Seibold

(2012) beskriver att vården ofta gavs på ett oengagerat sätt, vilket fick kvinnorna att känna sig mer kränkta, skamsna och sårbara än innan. Kvinnorna upplevde även att vårdpersonalen förminskade deras erfarenheter av våld (Reeves & Humphreys, 2017 & Örmon, et al., 2013) genom att bland annat bedöma våldet som ett sekundärt problem och inte orsaken till kvinnornas besvär. Av den anledningen upplevde kvinnorna att problemet inte togs på allvar (Örmon, et al., 2013). I flera av studierna nämner kvinnorna att deras upplevda erfarenheter av våldet ignorerades av vårdpersonalen och att de fick kvinnorna att känna sig misstrodda (Pratt-Eriksson et al., 2014; Reeves & Humphreys, 2017; Örmon, et al., 2013). Kvinnorna upplevde att vårdpersonalen hade lagt vikt vid fel saker. Med syftet att stärka kvinnorna genom positiva kommentarer såsom att de var starka och intelligenta flyttades fokus från det våld de utsatts för. Det fick kvinnorna att känna sig osynliga vilket förstärkte deras lidande (Örmon et al., 2013).

Gemensamt för flera av studierna var att kvinnorna upplevde en oro när det kom till att berätta om våldet för vårdpersonalen. De var rädda för att bli dömda (Dichter et al., 2020; Reeves & Humphreys, 2017) och oron var inte helt obefogad. Många av kvinnorna i studierna berättade om hur vårdpersonal dömt och beskyllt kvinnorna för att de valt att stanna kvar i den våldsutsatta relationen (Almqvist et al., 2018; Reisenhofer & Seibold, 2012; Örmon, et al., 2013). Örmon et al. (2013) beskrev hur en kvinna berättat om hur en läkare anklagat henne för att hon utsatt sig själv för våld. I en annan studie berättade flera kvinnor att sjukvårdspersonalen ofta la skulden på kvinnorna för våldet och för att de valde att stanna kvar i den våldsutsatta relationen, framförallt om kvinnan valde att stanna kvar i relationen efter att hon fått rådet från vårdpersonal att lämna (Reisenhofer & Seibold, 2012).

Bristfällig information

I Leppäkoski et al. (2011) studie gjordes en undersökning av hur kvinnor som utsatts för våld i nära relationer upplevde bemötande och hjälp på en akutmottagning. Sextio procent av de 35 kvinnor som deltog i studien instämde inte i frågan om vårdpersonalen hjälpte dem att göra en säkerhetsplan för framtida IPV-situationer, som att erbjuda bra och hjälpsamma råd och information i muntlig och skriftlig form. Nästan hälften av dessa kvinnor, 17 stycken, fick inte heller någon möjlighet att träffa personal specialiserad inom området (Leppäkoski et al., 2011). Ett ytterligare problem med bristfällig information från sjukvården var att kvinnorna saknade kunskap om vad vården har för roll när det kommer till frågor om misshandel och vad de skulle kunna bidra med för hjälp om kvinnorna berättade om sina erfarenheter (Williams et al., 2017). I Koziol-McLain et al. (2008) studie berättade en av deltagarna om hur information handlar om att göra kvinnorna medvetna om att våld är ett stort problem och att det finns hjälp som är tillgänglig för dem, att de inte är ensamma. En annan kvinna berättar om hur hon tror att det hade hjälpt henne att öppna upp sig och berätta om sina upplevelser om hon hade fått lite mer tid och information (Koziol-McLain et al., 2008).

Oro över avslöjandets konsekvenser

Flera kvinnor i studierna uttryckte oro över vilka konsekvenser det skulle få om de valde att berätta om våldet för hälso- och sjukvårdspersonal. En vanlig oro var rädslan över att våldsutövaren skulle få reda på att kvinnan avslöjat vad hon blivit utsatt för (Bacchus et al., 2016; Dichter et al., 2020; Rodriguez & Mandich, 2019; Wallin Lundell et al., 2017 & Williams et al., 2017) och därmed även vara i riskzonen av förvärrat våld (Bacchus et al.,

2016). Kvinnorna berättade att direkt eller indirekt närvaro av våldsutövaren vid mötet var avgörande för om de valde att berätta om våldet eller inte (Almqvist et al., 2018; Dichter et al., 2020 & Reeves & Humphreys, 2017). En kvinna berättade hur hennes make i majoriteten av fallen väntade utanför vårdenheten när hon hade ett vårdbesök (Dichter et al., 2020). Våldsutövarens närvaro gjorde kvinnorna nervösa över att råka säga fel saker vid vårdbesöken och rädde för att bli utsatta för ytterligare våld när de väl kom hem igen (Reeves & Humphreys, 2017).

Kvinnor med barn påtalade ytterligare en rädsla över att våldsutövarna skulle försöka ta barnen ifrån dem (Bacchus et al., 2016) eller skada barnen om de fick reda på att kvinnorna berättat om våldet (Williams et al., 2017). En annan oro som framkom var att kvinnorna räddes över att hälso- och sjukvårdspersonalen skulle använda informationen som kvinnorna delat med dem felaktigt (Dichter et al., 2015; Rodriguez & Mandich, 2019 & Wallin Lundell et al., 2017) och berätta för någon utomstående utan att be kvinnorna om lov (Wallin Lundell et al., 2017). Rädslan över att vårdpersonalen skulle svika dem på ett sådant sätt bidrog till att kvinnorna var noga med vad de valde att berätta för sjukvårdspersonalen och inte (Dichter et al., 2015 & Dichter et al., 2020).

Andra anledningar till att kvinnorna tvekade över att berätta om våldet var den bristfälliga integriteten i vården (Catallo et al., 2012 & Koziol-McLain et al., 2008 & Leppäkoski et al., 2011). Catallo et al (2012) beskriver att kvinnorna vägde sitt behov av vård mot risken att 'bli upptäckt' och därmed riskera att vårdpersonalen skulle göra intrång i deras liv. De kvinnor med allvarliga skador berättade hur de hade blivit tvingade till att söka vård, vilket upplevdes som ett intrång i deras privatliv och bidrog till känslor av utsatthet och maktlöshet (Catallo et al., 2012).

DISKUSSION

Resultatdiskussion

Syftet med litteraturöversikten var att belysa den våldsutsatta kvinnans erfarenhet och upplevelse av mötet med hälso- och sjukvårdspersonal. I författarnas resultat visas två huvudteman. I det första huvudtemat framkom att vissa aspekter av mötet är extra viktiga för att de utsatta kvinnorna ska uppleva trygghet i mötet med hälso- och sjukvårdspersonal. I det andra huvudtemat framkom att det finns olika faktorer i mötet som försvårar för kvinnorna att berätta för vårdpersonalen om sina situationer.

Föreliggande arbete visar att bemötandet från vårdpersonalen är en viktig del i om de utsatta kvinnorna väljer att berätta om sin utsatthet eller inte. Ett dåligt bemötande kan även göra att kvinnorna väljer att inte uppsöka sjukvården frivilligt i fortsättningen, såvida de inte verkligen måste. Dawson et. al. (2019) beskriver hur en sjuksköterska tvekar inför att ställa frågor om våld i nära relationer då hon tidigare erfarit att socialarbetare ansett att hennes frågor gjort att kvinnorna haft svårare att öppna upp i ett senare skede för socialarbetaren. Dock betonades vikten av att arbeta i ett team kring patienten, där både medicinsk expertis, omvårdnadsexperter och socialarbetare bidrog (Dawson et. al., 2019). Detta kan leda till något som Eriksson, (1994) beskriver som vårdlidande. Det kan handla om ickevård, där patienten inte får den vård han eller hon har rätt till eller behöver. Vårdlidande berörs av många delar där varje individ upplever det på sitt eget vis. Det kan handla om att sjukvårdspersonalen kränker individens värdighet, utövar makt, dömer eller

inte ger vård (Eriksson, 1994). När det gäller sjuksköterskans ansvar i omvårdnadsutövande beskrivs detta väl i Kompetensbeskrivning för legitimerad sjuksköterska av svensk sjuksköterskeförening (2017b). En sjuksköterska har ansvar för omvårdnaden och ska arbeta på ett personcentrerat sätt så att patientens värdighet samt integritet inte blir kränkt. Eriksson menar att en persons värdighet alltid blir kränkt om denna orsakas lidande (Eriksson, 1994). Det handlar även om att själva mötet har som utgångspunkt att se till patientens individuella berättelse och att vården utgår från denna (svensk sjuksköterskeförening, 2017b). I föreliggande studie framgår att den våldsutsatta kvinnan men även sjuksköterskan kan uppleva mötet som svårt, även om det är långt svårare för den våldsutsatta, Enligt Van der Wath et al., (2013) upplevde även sjuksköterskorna som mötte våldsutsatta kvinnor stress och ilska gentemot gärningspersonen eftersom personalen upplevde sympati med kvinnan. De upplevde ilska eftersom de såg vad gärningsmannen gjort och vilka skador som åsamkats. Känslor som väcks hos sjuksköterskorna är många gånger även känslor som leder till depression, nedstämdhet, rädsla och sympati. Däremot är det enligt Van der Wath et al., (2013) även glädjande för sjuksköterskorna när de ser att kvinnorna mår bättre.

I resultatet fann författarna att de våldsutsatta kvinnorna upplevde att det inte alltid finns tid att bygga en relation med vårdpersonalen och av den anledningen valde de att inte berätta om sina upplevelser. Sjuksköterskor upplever många gånger stress på sin arbetsplats. Detta kan enligt McGarry (2016) leda till att de samtal som sjuksköterskan egentligen vill eller bör ha med våldsoffret uteblir eller inte får den kvalitet som behövs. Studien påvisade även att det saknades utbildning för sjuksköterskorna huruvida personer utsatta för IPV skall bemötas. Det i kombination med att det inte fanns tillräckligt med privata rum gjorde att det blev mycket svårare för sjuksköterskorna att upptäcka IPV (McGarry 2016).

Föreliggande studie fann att kvinnorna har lättare att känna samhörighet med sjukvårdspersonal som har upplevt något liknande eller delar något med kvinnan i form av exempelvis bakgrund, kultur eller etnicitet. Christofides och Zilo (2005) menar att sjuksköterskors egna erfarenheter av våld i nära relationer gjorde att den omvårdnad de gav de utsatta kvinnorna blev bättre än de som inte varit utsatta.

I resultatet framkommer det att flera av kvinnorna inte fick träffa sjukvårdspersonal som var specialiserade inom området våld i nära relationer och att hälso-och sjukvårdspersonalen förminskade deras upplevelser av våld, vilket kan tyda på låg kunskap inom ämnet. Enligt Häggblom och Möller (2006) anser även sjuksköterskorna att utbildningen inte bjuder på fördjupad kunskap om våld i nära relationer. Den kunskap som sjuksköterskorna besitter har fått inhämtas på egen hand. Endast tre sjuksköterskor hade läst vidare inom ämnet och ansåg sig vara redo att bemöta en våldsutsatt kvinna (Häggblom & Möller, 2006).

Studien fann att kvinnorna upplevde det viktigt att få stöd och ordentligt med information om vilken hjälp som finns tillgänglig för dem. I Häggblom och Möller (2006) studie framkom det att sjuksköterskorna ansåg sig känna ansvar och engagemang kring patienten när det gällde stöd och information kring exempelvis socialtjänstens resurser. I resultatet framkommer det att kvinnorna var oroliga för att den information som de delgav sjukvårdspersonalen skulle komma ut. Författarna förstår att det kan kännas obehagligt att dela med sig av sina innersta tankar till en främmande människa. Därför är det viktigt att

som sjuksköterska aldrig bryta sekretessen vilket författarna anser kan skada ryktet hos hela yrkeskåren. I Sverige gäller sekretesslagen vars syfte är att skydda patienten från att uppgifter som rör patienten läcker ut till allmänheten. Detta innebär således att hälso- och sjukvårdens personal aldrig, varken muntligen eller skriftligen får lämna ut information om patienter. När det kommer till personal som arbetar hos privat vårdgivare så är det patientsäkerhetslagen (2010:659) som gäller (Åberg, 2019).

Metoddiskussion

Med utgångspunkt i att besvara studiens syfte *den våldsutsatta kvinnans erfarenhet upplevelse av mötet med hälso- och sjukvårdspersonal* har uppsatsförfattarna genomfört en icke-systematisk litteraturoversikt. En litteraturstudie används för att sammanställa forskning inom ett visst område i syfte att besvara en specifik fråga för att förstå eller lösa ett särskilt problem (Kristensson, 2014). Kristensson menar att det är en bra metod för att belysa ett område och därmed omsätta den sammanställda kunskapen i praktiken. Trots att den icke-systematiska litteraturoversikten kan bidra till ökad förståelse och kunskap för problemområdet betraktas den ofta som en sekundärkälla (Kristensson, 2014). Alternativt hade författarna kunnat genomföra studien som en systematisk litteraturoversikt. Polit och Beck (2017) beskriver att metoden i den systematiska översikten innebär att författarna tillämpar ett genomgående systematiskt tillvägagångssätt, vilket ökar studiens kvalitet. Metoden medför även minskad risk för bias eftersom samtlig relevant litteratur skall granskas, studierna väljs därmed inte ut slumpmässigt. Med anledning av tidsramen för aktuellt arbete samt den begränsade förkunskap författarna besatt om forskningsprocessen valdes en mer lämpad och mindre tidskrävande metod.

Studien har ett tydligt och välavgränsat syfte liksom tydliga och relevanta inklusions- och exklusionskriterier som utformats utefter arbetets syfte (Kristensson, 2014). Som ett första steg i uppsatsförfattandet tog författarna kontakt med bibliotekarie från Sophiahemmet Högskola för att söka ledning i form av hjälp med identifiering av relevanta sökord vilket ligger till grund för en noggrann studie (Polit & Beck, 2017). Vidare har författarna endast använt sig av artiklar som blivit peer reviewed. Polit och Beck (2017) menar att sådana artiklar redan är av god kvalitet då de blivit granskade och därefter publicerade i prestigefulla vetenskapliga tidskrifter. Att peer review-artiklar har använts för att besvara studiens syfte stärker arbetets trovärdighet och kan därmed ses som en styrka. Författarna har i processen i framtagandet av artiklar använt sig av Sophiahemmet högskolas modifierade bedömningsunderlag enligt Berg et al. (1999) och Willman et al. (2016). Kvalitetsgranskningen syftar till att uppmärksamma och förstå de eventuella partiskheter, så kallade bias, som förekommer i studierna och att inkludera detta i slutsatsen (Polit & Beck, 2017). De artiklar som valts ut för att inkluderas i arbetets resultat genomgick en granskning för att säkerställa att de var av acceptabel kvalitet. Författarna var däremot öppna för att inkludera artiklar av alla tre kvaliteter på grund av begränsat forskningsområde. Författarna granskade inledningsvis samtliga artiklar enskilt och oberoende av varandra för att sedan diskutera vad de kommit fram till (Kristensson, 2014). De artiklar som författarna hade värderat av olika grad gjorde författarna en extra granskning av, men denna gång gemensamt.

Arbetet har planerats och sammanställts av två författare, båda med liten kunskap om det studerade ämnet samt liten erfarenhet av processens olika komponenter. Författarnas novishet är något som kan ha påverkat studiens datainsamling, kvalitetsgranskning och resultat (Henricson, 2012) och kan av den anledningen betraktas som en svaghet. Studiens

resultat baseras på sökningar som genomförts i två databaser vilka är av hög kvalitet (Polit & Beck, 2017). Henricson (2012) menar att resultat som bygger på artiklar funna i flera olika databaser med omvårdnadsfokus kan stärka arbetets trovärdighet. Vidare valde författarna att initialt söka artiklar publicerade inom tio år, men med anledning av att forskningen är begränsad inom det aktuella området för arbetets studie fick avgränsningen utökas till artiklar publicerade mellan år 2005 och år 2020. Författarna har ingen vetskap om att det förekommit någon större förändring av hur samhället betraktar kvinnor som utsatta för våld i nära relationer under denna tidsperiod och begränsningen känns därför motiverad. Kristensson (2014) styrker detta och beskriver att artiklarnas kvalitet och möjlighet att besvara litteraturöversiktens syfte rimligen bör prioriteras före tidsramen för artiklarnas publicering. Detta förutsätter emellertid att artiklarnas innehåll bär fortsatt aktualitet.

Artiklar bör sökas på de språk som författarna behärskar (Kristensson, 2014; Polit & Beck, 2017). Artikelsökningarna utfördes därför med begränsning till svenska och engelska vilket kan ha begränsat urvalet. Det kan ha förekommit studier publicerade på andra språk med värdefulla resultat för studiens syfte som författarna inte kunde ta del av på grund av avsaknad av ytterligare språkkunskaper och kan således ses som en svaghet.

Studiens resultat tar avstamp i vetenskapliga artiklar från länder runt om i världen. Resultatet är därmed inte bundet till ett specifikt land eller kontinent. Olika länder till trots finner författarna flera liknande komponenter för hur de våldsutsatta kvinnorna upplever mötet med hälso- och sjukvårdspersonal, och detta i ett flertal av de artiklar som studiens resultat bygger på. Om urvalet inom ramen för en studie är representativt för den avsedda populationen menar Polit och Beck (2017) att generaliserbarhet föreligger. Baserat på detta anser författarna att resultatet är generaliserbart för hur kvinnor som blivit utsatta för våld i nära relationer upplever mötet med hälso- och sjukvårdspersonal.

Fortsatt är hälso- och sjukvårdspersonals bemötande gentemot hjälpsökande personer av stor vikt oavsett vilken vårdform det rör sig om. Resultatet fann att respektfull, empatisk och lyhörd vårdpersonal är av betydelse för att de våldsutsatta kvinnorna skulle känna tillit till personalen. Dessa exempel på egenskaper hos vårdpersonal som lyftes av kvinnorna bör genomsyra hela sjukvården för att patienterna ska uppleva ett gott bemötande. Polit och Beck (2017) beskriver att överförbarhet föreligger om studiens resultat kan appliceras till andra grupper eller miljöer. Författarna anser således att arbetets resultat är överförbart, både till andra patientgrupper samt till andra situationer då resultatet belyser innebörden av ett gott bemötande från hälso- och sjukvårdspersonal.

Den begränsade tiden för att skriva aktuellt arbete har minst sagt varit en utmaning för författarna. Tidsbegränsningen har medfört att författarna eventuellt inte fann de artiklarna som var bäst lämpade för att besvara studiens syfte. Detta är något som Henricson (2012) menar kan ha påverkat studiens kvalitet.

Vidare berörde majoriteten av de artiklar som var publicerade inom området större delen av sjukvården i ett större perspektiv och inte endast sjuksköterskan som yrkeskategori. I många studier kunde artikelförfattarna skriva 'healthcare professionals', 'health staff' eller 'healthcare providers' utan att i resultatet specificera vilken profession de tillhörde. För att undvika missuppfattning medförde detta att författarna fick ändra i sitt syfte, från kvinnans erfarenhet och upplevelse av mötet med sjuksköterskan till kvinnans erfarenhet och upplevelse av mötet med hälso- och sjukvårdspersonal. Detta var även ett beslut som

baserades på att författarna inte valde att exkludera några länder i sitt resultat, vilket innebär att studier som innefattade professionen 'nurse' inte nödvändigtvis innebär samma befattning som den svenska legitimerade sjuksköterskan.

Valet att inte exkludera några länder berodde på det begränsade forskningsfältet. Länder som inkluderats är däremot i hög grad västerländska länder med ett liknande perspektiv på kvinnans rättigheter. Länderna är välutvecklade och har ett liknande perspektiv på kvinnans rättigheter. En av artiklarna är författad av svenska forskare men är utförd i Mexiko där kvinnorna trots lagar blir diskriminerade och utsatta, och våldet stigmatiseras (Regeringskansliet, u.å.). Detta kan ha påverkat resultatets kvalitet då studien av Wallin Lundell et al. (2017) i princip endast lyfter negativa upplevelser som kvinnorna erfarit. Att majoriteten av studierna varit utförda i länder med likartade perspektiv på kvinnors rättigheter talar det för att resultatet är framförallt överförbart i länder med västerländska värderingar.

Författarna har inte besittit direkt kunskap eller förståelse för det aktuella ämnet vid inledandet av studieprocessen. Under arbetets gång har däremot förståelse för ämnet utvecklats vilket därmed blivit till förståelse för vidare kunskap under processens gång (Kristensson, 2014). Den konstanta utvecklingen av att förståelse blir till förståelse som blir ledande för ny förståelse är något författarna var medvetna om och försökte förhålla sig objektiva till under arbetsprocessen. Syftet med objektivitet är enligt Polit och Beck (2017) att minska risken för uppkomst av partiskhet. De beskriver vidare att vissa studier kräver mindre objektivitet än andra, däribland studier som baseras på människors upplevelser. I dessa studier är subjektivitet snarare att föredra då det ökar möjligheten att förstå dessa människors erfarenheter (Polit & Beck, 2017). Författarna har genomgående haft ett strukturerat och systematiskt tillvägagångssätt för minskad risk att förvränga studiens resultat samt möjlighet till reproducerbarhet (Kristensson, 2014). Misstolkningar kan ha förekommit som kan ha påverkat eller vinklat resultatet.

Författarna har under skrivprocessen deltagit i fem handledningstillfällen där arbetet granskats av handledningsgruppen bestående av handledare och sex andra kurskamrater. Arbetet granskades även av examinerande lärare vid processens mitt. Dessa tillfällen har givit författarna möjlighet till kontinuerlig granskning av arbetets innehåll och således bidragit till ökad kvalitet av föreliggande litteraturstudie.

Slutsats

När kvinnorna möter hälso- och sjukvårdspersonal och har drabbats av våld i nära relation är vissa delar i mötet viktigare än andra för att kvinnan ska känna sig trygg. När kvinnorna blir bemötta av vårdpersonal som är respektfulla, lyhörda, empatiska och beaktar den lagstyrda sekretessen, upplever kvinnorna att deras problem tas på allvar. När de även upplever att vårdpersonalen har kunskap om vad våld är, hur det kan ta sig uttryck samt vilka resurser som finns att tillgå, ökar känslan av trygghet och tillit till vårdpersonalen, och känslan av skuld minskar. Sjuksköterskorna anser att de många gånger är stressade över att initiera samtal om våld då de inte har tillräcklig kunskap i ämnet. Kvinnorna känner ofta av denna osäkerhet hos vårdpersonalen och kan uppfatta det som att de inte bryr sig. Kvinnorna kan av den anledningen uppleva mötet med hälso- och sjukvården som svår och välja att inte berätta om sina upplevelser. Förståelse för hur kvinnorna upplever mötet med vårdpersonal kan medföra insikt i vad som är värdefullt för kvinnorna och därmed skapas förutsättningar för att lättare utveckla förbättringskunskap inom området.

Fortsatta studier

Studien ger värdefull information om vad som anses viktigt för våldsutsatta kvinnor i mötet med hälso- och sjukvårdspersonal. Den belyser även vilka brister som finns i mötet vilket är av betydelse för att möjliggöra förbättring. Svårigheter i att finna tillräckligt många studier inom ämnet är en anledning till att fler studier inom området behövs och för att det ska vara möjligt att bedriva evidensbaserad vård. Vidare upplever författarna att det hade varit intressant med studier som fokuserar på om det finns några skillnader i mötet beroende på i vilken del av världen mötet sker. Genom att göra en sådan typ av studie kan länder där kvinnor haft bra upplevelser av mötet med vården identifieras och därmed kanske även belysa strategier för hur mötet kan optimeras i andra delar av världen.

Vidare intressant forskning skulle vara att se om våldet skiljer sig åt beroende på ålder. Hur uttrycker sig våld i nära relationer beroende på kvinnornas ålder? Annan intressant forskning skulle vara att se hur det ser ut i samkönade relationer. Ser våldet annorlunda ut i homosexuella relationer gentemot heterosexuella relationer? Genom fortsatta studier inom ämnet ökas sannolikheten för att vården blir bättre för dessa personer.

Klinisk tillämpbarhet

Aktuell litteraturöversikt belyser viktiga aspekter i den våldsutsatta kvinnans möte med hälso- och sjukvårdspersonal. Resultatet kan ge ökad förståelse för vårdpersonal om vad kvinnorna upplever som viktigt i mötet och kan således leda till utvecklade riktlinjer för hur mötet bör se ut. Genom utvecklade riktlinjer ökar förhoppningsvis chansen till att vårdpersonalen känner sig bekväma i mötet och att ställa frågor om våld i nära relationer rutinemässigt. Om nya riktlinjer utvecklas finns även möjlighet att kvinnorna upplever att de befinner sig i en trygg miljö där de kan lita på vårdpersonalen och berätta om sina upplevelser. Genom detta ökar chanserna för att kvinnorna får den hjälpen de behöver och kan leva ett bättre liv, liksom ett friskare samhälle där kostnaderna minskar för samhället att vårda kvinnorna för fysiska och psykiska skador.

Resultatet i denna litteraturöversikt kan gärna användas till att arbeta vidare med riktlinjer på lokal nivå såsom inom akutsjukvård, primärvård eller inom psykiatri. Författarna förstår att de inte kommer vara fullärda inom ämnet våld i nära relationer efter examen i omvårdnad på sjuksköterskeprogrammet då vi endast haft ett fåtal timmars utbildning i ämnet. Däremot tror vi att genom fördjupningen vi erhåller i detta examensarbete gör att vi vågar föra ämnet på tal i vår framtida kontakt med hjälpsökande kvinnor.

Litteraturöversikten kan således även användas om fördjupad kunskap önskas inom ämnet.

Hållbar utveckling

Begreppet hållbar utveckling definieras som "En utveckling som tillfredsställer dagens behov utan att äventyra kommande generationers möjligheter att tillfredsställa sina behov" (Förenta nationerna [FN], u.å.). De globala målen bildades för att säkerställa den hållbara utvecklingen vilket resulterade i Agenda 2030 som består av 17 globala mål. Det tredje målet, God hälsa och välbefinnande, ses som en fundamental förutsättning för att människan ska ha möjlighet att uppnå sin fulla potential (United Nations Development Programme [UNDP], u.å.). Hälsa och välbefinnande berör fysisk såväl som psykiskt välmående där vården har en stor roll. Genom ökad kunskap om bemötande av aktuell patientgrupp kan fler kvinnor uppleva att de får ett gott bemötande och ökad chans till förbättrat välmående. Eftersom föreliggande studie anses vara överförbar till andra patientgrupper gällande viktiga faktorer i patientmötet, kan föreliggande litteraturöversikt

bidra till ökad kunskap och förståelse och således fungera som ett förbättringsverktyg för vården.

Författarnas bidrag

Författarna Estelle Renmarker och Robert Andersson har i lika stor omfattning bidragit till samtliga delar av denna uppsats.

REFERENSER

- *Almqvist, K., Källström, Å., Appell, P., & Anderzen-Carlsson, A. (2018). Mothers' opinions on being asked about exposure to intimate partner violence in child healthcare centres in Sweden. *Journal of Child Health Care*, 22(2), 228-237. <https://doi.org/10.1177/1367493517753081>
- *Bacchus, L.J., 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. <https://doi.org/10.1177/1744987116649634>
- Berg, A., Dencker, K., & Skärsäter, I. (1999). *Evidensbaserad omvårdnad: Vid behandling av personer med depressionssjukdomar*. SBU, SFF.
- Berglund, A., & Witkowski, Å. (2019). Vårdens ansvar. I A. Björck., G. Heimer., U. Albért & Y. Haraldsdotter (Red), *Våldsutsatta kvinnor: samhällets ansvar* (4. uppl., ss.165-199). Studentlitteratur AB
- Beynon, C.E., Gutmanis, I.A., Tutty, L.M., Wathen, C.N., & MacMillan, H.L. (2012). Why Physicians and Nurses Ask (or Don't) about Partner Violence: A Qualitative Analysis. *BMC Public Health*, 12(1), 1-12. <https://doi.org/10.1186/1471-2458-12-473>
- Brottsförebyggande rådet. (2020). Våld i nära relationer, Hämtad 22 april, 2020, från
- *Catallo, C., Jack, S.M., Ciliska, D., & McMillan, H.L. (2012). Minimizing the risk of intrusion: a grounded theory of intimate partner violence disclosure in emergency departments. *Journal of advanced nursing*, 69(6), 1366-1376. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2648.2012.06128.x>
- Chapin, J.R., Coleman, G., & Varner, E. (2011). Yes we can! Improving medical screening for intimate partner violence through self-efficacy. *Journal of Injury and Violence Research*, 3(1), 19-23. <https://doi.org/10.5249/jivr.v3i1.62>, E. (2011).
- Christofides, N.J., & Silo, Z. (2005). How nurses' experiences of domestic violence influence service positions: Study conducted in North-west province, South Africa. *Nursing and Health Sciences*, 7(1), 9-14. <https://doi.org/10.1111/j.1442-2018.2005.00222.x>
- Dahlberg, K., & Segesten, K. (2010). *Hälsa och vårdande - i teori och praxis*. Natur & Kultur *Hälsa och vårdande - i teori och praxis*. Natur & Kultur
- Damra, Jalal, Sanaa Abujilban, Michael Rock, Issra'a Tawalbeh, Thayer Ghbari, och Souad Ghaith. (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):807-16. doi: 10.1007/s10896-015-9720-z.
- Dawson, A.J., Rossiter, C., Doab, A., Romero, B., Fitzpatrick, L., & Fry, M. (2019). The Emergency Department Response to Women Experiencing Intimate Partner Violence:

Insights From Interviews With Clinicians in Australia. *Society for Academic Emergency Medicine*, 26(9), 1052-1062. <https://doi.org/10.1111/acem.13721>

*Dichter, M.E., Makaroun, L., Tuepker, A., True, G., Montgomery, A.E., & Iverson, K. (2020). Middle-aged Women's Experiences of Intimate Partner Violence Screening and Disclosure: "It's a private matter. It's an embarrassing situation". *Society of General Internal Medicine*, 35(9), 2655-2661. <https://doi.org/10.1007/s11606-020-05947-3>

Dichter, M.E., Sorrentino, A.E., Haywood, T.N., Bellamy, S.L., Medvedeva, E., Roberts C.B., & Iverson, K.M. (2018). Women's Healthcare Utilization Following Routine Screening for Past-Year Intimate Partner Violence in the Veterans Health Administration. *Journal of General Internal Medicine*, 33(6), 936-41. <https://doi.org/10.1007/s11606-018-4321-1>

*Dichter, M.E., Wagner, C., Goldberg, E.B., & Iverson, K.M. (2015). Intimate Partner Violence Detection and Care in the Veterans Health Administration: Patient and Provider Perspectives. *Women's Health Issues*, 25(5), 555-560. <https://doi.org/10.1016/j.whi.2015.06.006>

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

Eriksson, K. (1993). *Hälsans idé*. Liber AB

Eriksson, K. (1997). *Vårdandets idé*. Liber AB

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* (ss.129-138). Studentlitteratur AB.

Forsberg, C., & Wengström, Y. (2015). *Att göra systematiska litteraturstudier: Värdering, analys och presentation av omvårdnadsforskning* (4.uppl.). Natur & Kultur.

Förenta nationerna. (u.å.). *FN-fakta: Hållbar utveckling*. <https://fn.se/wp-content/uploads/2016/08/Faktablad-2-12-Hållbar-utveckling.pdf>

Henricson, M. (2012). *Vetenskaplig teori och metod: Från idé till examination inom omvårdnad*. Studentlitteratur AB.

Henricson, M. (2017). *Vetenskaplig teori och metod: Från idé till examination inom omvårdnad*. Studentlitteratur AB.

Helgesson, G. (2015). *Forskningsetik*. Studentlitteratur AB.

Hughes, A.J. (2010). Putting the pieces together: how public health nurses in rural and remote Canadian communities respond to intimate partner violence. *Online Journal of Rural Nursing & Health Care*, 10(1), 34-47. <https://doi.org/10.14574/ojrnhc.v10i1.72>.

Heimer, G., Björck, A., & Kunosson, C. (2014). *Våldsutsatta kvinnor: Samhällets ansvar*. Studentlitteratur AB.

Hägglblom, A.M.E., & Möller, A.R. (2006). On a Life-Saving Mission: Nurses' Willingness to Encounter With Intimate Partner Abuse. *Qualitative Health Research*, 16(8), 1075-1090. <https://doi.org/10.1177/1049732306292086>

Jämställdhetsmyndigheten. (2020). *Våldsutsatthet i samband med Covid-19*. Hämtad 11 december, 2020, från <https://www.jamstalldetsmyndigheten.se/mans-vald-mot-kvinnor/covid-19>

*Koziol-McLain, J., Giddings, L., Rameka, M., & Fyfe, E. (2008). Intimate Partner Violence Screening and Brief Intervention: Experiences of Women in Two New Zealand Health Care Settings. *American College of Nurse-Midwives*, 52(6), 504-510. <https://doi.org/10.1016/j.jmwh.2008.06.002>

Kristensson, J. (2014). *Handbok i uppsatsskrivande och forskningsmetodik för studenter inom hälso- och vårdvetenskap*. 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. <https://doi.org/10.1016/j.ienj.2010.02.006>

Leppäkoski, T., Åstedt-Kurki, P., & Paavilainen, E. (2010). Identification of women exposed to acute physical intimate partner violence in an emergency department setting in Finland. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 24(4), 638-647. <https://doi.org/10.1111/j.1471-6712.2009.00754.x>

Lee, A.S.D., McDonald, L.R., Will, S., Wahab, M., Lee, J., & Coleman, J.S. (2019). Improving Provider Readiness for Intimate Partner Violence Screening. *Worldviews on Evidence-Based Nursing*, 16(3), 204-210. <https://doi.org/10.1097/01.aog.0000514900.89392.68>

Loke, A.Y., Wan, M.L.E., & Hayter, M. (2012). The lived experience of women victims of intimate partner violence. *Journal of Clinical Nursing*, 21(15-16), 2336-2346. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2702.2012.04159.x>, & Hayter, M. (2012).

Nationellt centrum för kvinnofrid. (2008). *Handbok: Nationellt handlingsprogram för hälso- och sjukvårdens omhändertagande av offer för sexuella övergrepp*. [http://kunskapsbanken.nck.uu.se/nckkb/nck/publik/fil/visa/483/nck-handbok-nationellt-handlingsprogram-sexuella-overgrepp-2008-rev2010.pdf#__utma=1.1130791182.1591348737.1605007843.1607683417.4&__utmb=1.1.10.1607683417&__utmc=1&__utmz=1.1607683417.4.4.utmcsr=google%7Cutmccn=\(organic\)%7Cutmcmd=organic%7Cutmctr=\(not%20provided\)&__utmv=-&__utmk=133782670](http://kunskapsbanken.nck.uu.se/nckkb/nck/publik/fil/visa/483/nck-handbok-nationellt-handlingsprogram-sexuella-overgrepp-2008-rev2010.pdf#__utma=1.1130791182.1591348737.1605007843.1607683417.4&__utmb=1.1.10.1607683417&__utmc=1&__utmz=1.1607683417.4.4.utmcsr=google%7Cutmccn=(organic)%7Cutmcmd=organic%7Cutmctr=(not%20provided)&__utmv=-&__utmk=133782670)

Nationellt centrum för kvinnofrid. (u.å.). *Våldets uttryck och mekanismer*. Hämtad 10 november, 2020, från <https://nck.uu.se/kunskapsbanken/amnesguider/vald-i-nara-relationer/valdets-uttryck-och-mekanismer/>

McGarry, J. (2016). Domestic violence and abuse: an exploration and evaluation of a domestic abuse nurse specialist role in acute health care services. *Journal of Clinical Nursing*, 26(15-16), 2266-2273. <https://doi.org/10.1111/jocn.13203>

Meyer, S. (2012). Why women stay: A theoretical examination of rational choice and moral reasoning in the context of intimate partner violence. *Australian & New Zealand Journal of Criminology*, 45(2), 179-193. <https://doi.org/10.1177/0004865812443677>

Meyer, S. (2015). Still blaming the victim of intimate partner violence? Women's narratives of victim desistance and redemption when seeking support. *Theoretical Criminology*, 20(1), 75-90. <https://doi.org/10.1177/1362480615585399>

Polit, D.F., & Beck, C.T. (2017). *Nursing Research: Generating and Assessing Evidence for Nursing Practice* (10. uppl.). Wolters Kluwer.

Polit, D.F., & Beck, C.T. (2021). *Nursing research: Generating and Assessing Evidence for Nursing Practice* (11. uppl.). Wolters Kluwer.

*Pratt-Eriksson, D., Bergbom, I., & Lyckhage, E.D. (2014). Don't ask don't tell: Battered women living in Sweden encounter with healthcare personnel and their experience of the care given. *International Journal of Qualitative Studies on Health and Well-Being*, 9(1), 23166. <https://doi.org/10.3402/qhw.v9.23166>

*Reeves, E.A., & Humphreys, J.C. (2017). Describing the healthcare experiences and strategies of women survivors of violence. *Journal of Clinical Nursing*, 27(5-6), 1170-1182. <https://doi.org/10.1111/jocn.14152>

Regeringskansliet. (u.å.). *Mänskliga rättigheter, demokrati och rättsstatens principer i Mexiko: situationen per den 31 december 2017*. <https://www.regeringen.se/49f292/contentassets/5861916342d54efdb09a67b06cfb18f2/mexiko---manskliga-rattigheter-demokrati-och-rattsstatens-principer-2017.pdf>

*Reisenhofer, S., & Seibold, C. (2012). Emergency healthcare experiences of women living with intimate partner violence. *Journal of Clinical Nursing*, 22(15-16), 2253-2263. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2702.2012.04311.x>

Roark, S.V. (2010). Intimate Partner Violence: Screening and Intervention in the Health Care Setting. *Journal of Continuing Education in Nursing*, 41(11), 490-495. <https://doi.org/10.3928/00220124-20100601-02>

*Rodriguez, B., & Mandich, M. (2019). What Victims of Domestic Violence Experience in Emergency Departments; a Cross Sectional Study. *Archives of Academic Emergency Medicine*, 7(1), 1-6. PMID: 32021979

Sawyer, S., Coles, J., Williams, A., & Williams, B. (2016). A systematic review of intimate partner violence educational interventions delivered to allied health care practitioners. *Medical Education*, 50(11), 1107-1121. <https://doi.org/10.1111/medu.13108>

Sinisalo, E., & Moser Hällén, L. (2018). *Våld i nära relationer: socialt arbete i forskning, teori och praktik*. Liber.

Socialstyrelsen. (2019). *Våld i nära relationer*. Hämtad 22 april, 2020, från <https://www.socialstyrelsen.se/stod-i-arbetet/vald-och-brott/vald-i-nara-relationer/>

Soleimani, R., Ahmadi, R., & Yosefnezhad, A. (2017). Health consequences of intimate partner violence against married women: a population-based study in northern Iran. *Taylor & Francis Group*, 22(7), 845-850. <https://doi.org/10.1080/13548506.2016.1263755>

Sundborg, E.M., Saleh-Statinn, N., Wändell, P., & Tornkvist L. (2012). Nurses' preparedness to care for women exposed to Intimate Partner Violence: a quantitative study in primary health care. *BMC Nursing* 11(1), 1-11. <https://doi.org/10.1186/1472-6955-11-1>

Sundborg, E.M., Törnkvist, L., Saleh-Statinn, N., Wändell, P., & Hylander, I. (2015). To ask, or not to ask: the hesitation process described by district nurses encountering women exposed to intimate partner violence. *Journal of Clinical Nursing*, 26(15-16), 2256-2265. <https://doi.org/10.1111/jocn.12992>

Svensk sjuksköterskeförening. (2017a). *ICN:s etiska kod för sjuksköterskor*. https://www.swenurse.se/globalassets/01-svensk-sjukskoterskeforening/publikationer-svensk-sjukskoterskeforening/etik-publikationer/sjukskoterskornas_etiska_kod_2017.pdf

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

*Trevillion, K., Howard, L.M., Morgan, C., Feder, G., Woodall, A., & Rose, D. (2012). The Response of Mental Health Services to Domestic Violence: A Qualitative Study of Service Users' and Professionals' Experiences. *Journal of the American Psychiatric Nurses Association*, 18(6), 326-336. <https://doi.org/10.1177/1078390312459747>

United Nations Development Programme. (u.å.). *Goal 3: Good health and well-being*. Hämtad 20 januari, 2020, från <https://www.undp.org/content/undp/en/home/sustainable-development-goals/goal-3-good-health-and-well-being.html>

van der Wath, A., van Wyk, N., & van Rensburg, E.J. (2013). Emergency nurses' experiences of caring for survivors of intimate partner violence. *Journal of Advanced Nursing*, 69(10), 2242-2252. <https://doi.org/10.1111/jan.12099>

*Wallin Lundell, I., Eulau, L., Bjarneby, F., & Westerbotn, M. (2017). Women's experiences with healthcare professionals after suffering from gender-based violence: An interview study. *Journal of Clinical Nursing*, 27(5-6), 949-957. <https://doi.org/10.1111/jocn.14046>

World Health Organization. (2012). *Understanding and addressing violence against women*. https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/77432/WHO_RHR_12.36_eng.pdf;jsessionid=C734978368CB66E17C290F1DCB87EDAC?sequence=1

*Williams, J.R., Gonzalez-Guarda, R., Halstead, V., & Joseph, L. (2017). Disclosing Gender-Based Violence During Health Care Visits: A Patient-Centered Approach. *Journal of Interpersonal Violence*, 35(23-24), 5552-5573.
<https://doi.org/10.1177/0886260517720733>

Willman, A., Bahtsevani, C., Nilsson, R., & Sandström, B. (2016). *Evidensbaserad omvårdnad: En bro mellan forskning och klinisk praktik* (4:e uppl.). Studentlitteratur AB.

World Medical Association. (2018). WMA declaration of Helsinki-ethical principles for medical research involving human subjects. Hämtad 8 december, 2020, från <https://www.wma.net/policies-post/wma-declaration-of-helsinki-ethical-principles-for-medical-research-involving-human-subjects/>

Yeung, H., Chowdhury, N., Malpass, A., & Feder, G.S. (2012). Responding to Domestic Violence in General Practice: A Qualitative Study on Perceptions and Experiences. *International Journal of Family Medicine*, 2012(-), 1–7.
<https://doi.org/10.1155/2012/960523>

Åberg, A. (2019). *Sekretess - Översikt*. Hämtad 5 december, 2020, från <https://www.varhandboken.se/arbetsatt-och-ansvar/ansvar-och-regelverk/sekretess/oversikt/>

*Örmon, K., Torstensson-Levander, M., Sunnvist, C., & Bahtsevani, C. (2013). 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.
<https://doi.org/10.1111/jocn.12512>

Östlundh, L. (2017). Informationssökning. I F. Friberg (Red.), *Dags för uppsats: Vägledning för litteraturbaserade examensarbeten* (ss. 77-78). Studentlitteratur AB.

BILAGA A

KOD OCH KLASSIFICERING	VETENSKAPLIG KVALITET		
	I = Hög kvalitet	II = Medel	III = Låg kvalitet
Randomiserad kontrollerad studie/Randomised controlled trial (RCT) är prospektiv och innebär jämförelse mellan en kontrollgrupp och en eller flera experimentgrupper.	Större välplanerad och väl genomförd multicenterstudie med adekvat beskrivning av protokoll, material och metoder inklusive behandlingsteknik. Antalet patienter/deltagare tillräckligt stort för att besvara frågeställningen. Adekvata statistiska metoder.	*	Randomiserad studie med få patienter/deltagare och/eller för många delstudier, vilket ger otillräcklig statistisk styrka. Bristfälligt antal patienter/deltagare, otillräckligt beskrivet eller stort bortfall.
Klinisk kontrollerad studie/Clinical controlled trial (CCT) är prospektiv och innebär jämförelse mellan kontrollgrupp och en eller flera experimentgrupper. Är inte randomiserad.	Välplanerad och väl genomförd studie med adekvat beskrivning av protokoll, material och metoder inklusive behandlingsteknik. Antalet patienter/deltagare tillräckligt stort för att besvara frågeställningen. Adekvata statistiska metoder.	*	Begränsat/för få patienter/deltagare, metoden otillräckligt beskriven, brister i genomförande och tveksamma statistiska metoder.
Icke- kontrollerad studie (P) är prospektiv men utan relevant och samtida kontrollgrupp.	Väldefinierad frågeställning, tillräckligt antal patienter/deltagare och adekvata statistiska metoder.	*	Begränsat/för få patienter/deltagare, metoden otillräckligt beskriven, brister i genomförande och tveksamma statistiska metoder.
Retrospektiv studie (R) är en analys av historiskt material som relateras till något som redan har inträffat, exempelvis journalhandlingar.	Antal patienter/deltagare tillräckligt stort för att besvara frågeställningen. Väl planerad och väl genomförd studie med adekvat beskrivning av protokoll, material och metoder.	*	Begränsat/för få patienter/deltagare, metoden otillräckligt beskriven, brister i genomförande och tveksamma statistiska metoder.
Kvalitativ studie (K) är vanligen en undersökning där avsikten är att studera fenomen eller tolka mening, upplevelser och erfarenheter utifrån de utforskades perspektiv. Avsikten kan också vara att utveckla begrepp och begreppsmässiga strukturer (teorier och modeller).	Klart beskriven kontext (sammanhang). Motiverat urval. Välbeskriven urvals-process; datainsamlingsmetod, transkriberingsprocess och analysmetod. Beskrivna tillförlitlighets/reliabilitetshänsyn. Interaktionen mellan data och tolkning påvisas. Metodkritik.	*	Dåligt/vagt formulerad frågeställning. Patient/deltagargruppen för otillräckligt beskriven. Metod/analys ej tillräckligt beskriven. Bristfällig resultatredovisning.

* Några av kriterierna utifrån I = Hög kvalitet är inte uppfyllda men den vetenskapliga kvaliteten värderas högre än III = Låg kvalitet.

Matris över inkluderade artiklar

Författare År Land	Titel	Syfte	Metod	Deltagare	Resultat	Kvalitet
*Almqvist, K., Källström, Å., Appell, P., Carlsson- Anderzen, A. 2018 Sweden.	Mothers' opinions on being asked about exposure to intimate partner violence in child healthcare centres in Sweden.	Det primära syftet med studien var att utreda mammors erfarenheter av och tankar kring att bli tillfrågade om IPV på en barnvårdscentral.	<u>Design:</u> Blandad metodstudie <u>Urval:</u> Mammor på 12 olika barnvårdscentraler i två av Sveriges län (6 kliniker i vardera länet) <u>Datainsamling:</u> Frågeformulär samt semistrukturerade telefonintervjuer <u>Dataanalys:</u> Statistisk analys av frågeformulären och tematisk analys av intervjuerna	221 tillfrågade 198 (svarade på frågeformuläret) 128 (deltog i både frågeformulär och intervju)	Mammorna upplevde att mötet med sjuksköterskan gav dem bra information om vart de kunde vända sig. Vissa upplevde även att vårdpersonalen kunde bete sig på ett dömande sätt för att de valt att stanna kvar i den våldsutsatta relationen.	K I P I

Randomiserad kontrollerad studie (RCT), Klinisk kontrollerad studie (CCT), Icke - kontrollerad studie (P), Retrospektiv studie (R), Kvalitativ studie (K)
I = Hög kvalitet, II = Medel kvalitet, III = Låg kvalitet

Författare År Land	Titel	Syfte	Metod	Deltagare	Resultat	Kvalitet
Bacchus, J-L., Bullock, L., Sharps, P., Burnett, C., Schminkey, D., Buller, A-M., Campbell, J. 2016 USA	'Opening the door' A qualitative interpretive study of women's experience of being asked about intimate partner violence and receiving an intervention during perinatal home visits in rural and urban settings in the USA	Syftet var att undersöka kvinnors erfarenheter av att bli screenade för IPV och få intervention i samband med hembesök.	<u>Design:</u> Kvalitativ intervjustudie <u>Urval:</u> Kvinnor som tidigare deltagit i "DOVE-studie" och valdes utifrån en rad olika egenskaper (ex. Stadsbo/lantbo, pågående relation med våldsutövaren eller ej, spansk- eller engelsktalande, ålder) <u>Datainsamling:</u> Semistrukturerade intervjuer <u>Dataanalys:</u> Kombinerad deduktiv och induktiv tematisk analys.	26 (-)	Kvinnorna upplevde att det fanns vissa egenskaper hos vårdpersonalen som var extra viktiga för att de skulle känna trygghet i mötet samt vissa aspekter som förenklade att skapa en relation med vårdgivaren. Det fanns även en oror hos kvinnorna gällande vilka konsekvenser som avslöjandet kunde resultera i.	K II

Randomiserad kontrollerad studie (RCT), Klinisk kontrollerad studie (CCT), Icke - kontrollerad studie (P), Retrospektiv studie (R), Kvalitativ studie (K)
I = Hög kvalitet, II = Medel kvalitet, III = Låg kvalitet

Författare År Land	Titel	Syfte	Metod	Deltagare	Resultat	Kvalitet
Catallo, C., Jack, S. M., Ciliska, D., & MacMillan, H. L. 2012 Canada	Minimizing the risk of intrusion: a grounded theory of intimate partner violence. disclosure in emergency departments.	Syftet var att beskriva de processer som används av kvinnor för att avslöja våld i nära relationer till sjuksköterskor och annan hälso- och sjukvårdspersonal på akutmottagningar i stadsmiljö	<u>Design:</u> Kvalitativ och kvantitativ design <u>Urval:</u> Studiens inklusionskriterier var bl.a. att kvinnan skulle ha berättat om våld i nära relationer vid en akutmottagning <u>Datainsamling:</u> Semistrukturerade intervjuer med 19 kvinnor <u>Dataanalys:</u> Kvalitativ del analyserad med Grounded Theory	19 (-)	Kvinnorna uttryckte att det fanns en viss trygghet i att vårdpersonalen var sjuksköterskor. De kunde däremot uppleva att deras integritet blev kränkt när vårdpersonalen fick reda på att de blivit utsatta för våld. De vägde av den anledningen noga för och nackdelar med avslöjandet.	K I P I

Randomiserad kontrollerad studie (RCT), Klinisk kontrollerad studie (CCT), Icke - kontrollerad studie (P), Retrospektiv studie (R), Kvalitativ studie (K)
I = Hög kvalitet, II = Medel kvalitet, III = Låg kvalitet

Författare År Land	Titel	Syfte	Metod	Deltagare	Resultat	Kvalitet
Dichter, M.E., Mackaroun, L., Tuepker, A., True, G., Montgomery, A.E., & Iverson, K. 2020 USA	Middle-aged Women's Experiences of Intimate Partner Violence Screening and Disclosure: "It's a private matter. It's an embarrassing situation"	Syftet var att undersöka perspektivet hos medelålderskvinnor som har erfarenhet av IPV och IPV-screening och avslöjande av detta i hälso- och sjukvården	<u>Design:</u> Kvalitativ intervjustudie <u>Urval:</u> Medelålderskvinnor (45-64 år) som upplevt IPV under det senaste året <u>Datainsamling:</u> Semistrukturerade kvalitativa intervjuer <u>Dataanalys:</u> Data analyserades genom line-by-line kodning av den transkriberade texten	27 (-)	Kvinnorna talade om att känslor av skam och skuld hindrade dem från att avslöja våldet. De berättade även att det tog tid att utveckla en relation med vårdgivaren. Kvinnorna uttryckte även en oro över hur informationen hanterades och rädsla att den blev tillgänglig för andra.	K I

Randomiserad kontrollerad studie (RCT), Klinisk kontrollerad studie (CCT), Icke - kontrollerad studie (P), Retrospektiv studie (R), Kvalitativ studie (K)
I = Hög kvalitet, II = Medel kvalitet, III = Låg kvalitet

Författare År Land	Titel	Syfte	Metod	Deltagare	Resultat	Kvalitet
Dichter, M.E., Wagner, C., Goldberg, E.B., & Iverson, K.M. 2015 USA	Intimate Partner Violence Detection and Care in the Veterans Health Administration: Patient and Provider Perspectives	Syftet med studien var att utforska VHA patienters och vårdgivares perspektiv på identifiering och adressering av IPV i VHA miljö	<u>Design:</u> Kvalitativ studie <u>Urval:</u> Kvinnliga veteranpatienter mellan åldrarna 18-64 år <u>Datainsamling:</u> Semistrukturerade intervjuer <u>Dataanalys:</u> Induktiv strategi	25 (-)	Kvinnorna upplevde att det tog tid att bygga en relation med vårdgivaren. De lyfte även positiva liksom negativa egenskaper hos vårdgivaren som påverkade kvinnornas beslut till att avslöja våldet eller inte. Kvinnorna talade även om vilka risker som kunde medfölja om de valde att avslöja våldet och oron för att det de berättade inte skulle vara sekretessbelagt	K I

Randomiserad kontrollerad studie (RCT), Klinisk kontrollerad studie (CCT), Icke - kontrollerad studie (P), Retrospektiv studie (R), Kvalitativ studie (K)
I = Hög kvalitet, II = Medel kvalitet, III = Låg kvalitet

Författare År Land	Titel	Syfte	Metod	Deltagare	Resultat	Kvalitet
Koziol-McLain, Giddings, Rameka and Fyfe. 2008 Nya Zeeland	Intimate Partner Violence Screening and Brief Intervention: Experiences of Women in Two New Zealand Health Care Settings	Syftet med studien var att bestämma uppfattningarna om acceptans, användbarhet och skada av en hälsovårdsspecifik screening för IPV	<u>Design:</u> Kvalitativ studie <u>Urval:</u> Kvinnor som deltagit i två tidigare studier med mätning av IPV-prevalens. <u>Datainsamling:</u> Semistrukturerade intervjuer <u>Dataanalys:</u> Deskriptiv strategi	36 (-)	Majoriteten av kvinnorna beskrev att de fått bra och hjälpsam information och att de tack vare detta kände sig säkrare. De beskrev att det var lättare att avslöja våldet om de delade något med vårdgivaren. En del kvinnor uttryckte även oro över att integriteten åsidosattes	K II

Randomiserad kontrollerad studie (RCT), Klinisk kontrollerad studie (CCT), Icke - kontrollerad studie (P), Retrospektiv studie (R), Kvalitativ studie (K)

I = Hög kvalitet, II = Medel kvalitet, III = Låg kvalitet

Författare År Land	Titel	Syfte	Metod	Deltagare	Resultat	Kvalitet
Leppäkoski, T., Paavalainen, E., Kurki- Åstedt, P 2010. Finland	Experience of emergency care by the women exposed to acute physical intimate partner violence from the Finnish perspective.	Syftet med studien var att beskriva historiken och hälsoeffekterna för kvinnor som söker vård med akuta skador och vilka upplevelser de hade av akutsjukvården.	<u>Design:</u> Tvärsnittsstudie med deskriptiv ansats. <u>Urval:</u> Kvinnor som blivit utsatta för akut fysisk IPV och sökt hjälp för sina akuta skador och symtom på en 24-h akutavdelning vid 13 finska sjukhus under studiens 2-åriga period <u>Datainsamling:</u> Insamling från 35 kvinnor via frågeformulär och därefter 7 semi-strukturerade intervjuer. <u>Dataanalys:</u> Kvalitativ och kvantitativ metod användes.	35 kvinnor besvarade frågeformulär. 7 kvinnor intervjuades efteråt.	Kvinnorna önskade att personalen hade haft mer kunskap inom området liksom att akutmottagningen hade varit bättre anpassad då de upplevde att deras integritet åsidosattes.	K I P I

Randomiserad kontrollerad studie (RCT), Klinisk kontrollerad studie (CCT), Icke - kontrollerad studie (P), Retrospektiv studie (R), Kvalitativ studie (K)
I = Hög kvalitet, II = Medel kvalitet, III = Låg kvalitet

Författare År Land	Titel	Syfte	Metod	Deltagare	Resultat	Kvalitet
Lundell,- Wallin, I., Eulau, L., Bjarneby, F, Westerbotn, M. 2017 Mexiko	Women´s experiences with healthcare professionals after suffering from gender-based violence: An interview study.	Syftet var att beskriva hur mexikanska kvinnor upplever mötet med sjukvården efter att ha upplevt sexuellt våld.	<u>Design:</u> Deskriptiv kvalitativ studie. <u>Urval:</u> Kvinnor med mexikanskt medborgarskap med spanska som sitt modersmål. Ytterligare krav var att kvinnan haft kontakt med vårdpersonal på sjukhus relaterat till könsbaserat våld inom de senaste två åren <u>Datainsamling:</u> Semistrukturerade intervjuer <u>Dataanalys:</u> Kvalitativ induktiv innehållsanalys	7 (-)	Flera kvinnor upplevde skam och skuld efter att ha utsatts för sexuellt våld. Upplevelsen blev värre om sjukvårdspersonalen hade en negativ attityd. Kvinnorna uttryckte även att de var osäkra på hur personalen hanterade den information de fick och att det tog tid att bygga upp en relation.	K I

Randomiserad kontrollerad studie (RCT), Klinisk kontrollerad studie (CCT), Icke - kontrollerad studie (P), Retrospektiv studie (R), Kvalitativ studie (K)
I = Hög kvalitet, II = Medel kvalitet, III = Låg kvalitet

Författare År Land	Titel	Syfte	Metod	Deltagare	Resultat	Kvalitet
Pratt-Eriksson, D., Bergbom, I., Lyckhage, D- E. 2014, Sweden	Don't ask Don't tell: Battered women living in Sweden encounter with healthcare personnel and their experience of the care given.	Syftet med studien var att få en djupare förståelse för kvinnor som levt med IPV och mötet med hälso- och sjukvården.	<u>Design:</u> Deskriptiv och utforskande studie med en kvalitativ ansats/strategi <u>Urval:</u> Kvinnor 18 år eller äldre som blir/blivit utsatt för våld i nära relationer och med god kunskap i det svenska eller engelska språket <u>Datinsamling:</u> Intervjuer om ca 45-60 minuter vardera <u>Dataanalys:</u> Naiv tolkning, strukturanalys samt omfattande förståelse	12 (-)	Kvinnorna upplevde att vårdpersonalen ignorerade deras upplevelser av IPV och fick dem att känna sig misstrodda. Det är viktigt att vårdpersonalen frågar om våld och även att de informerar om vilken hjälp som finns att tillgå.	K I

Randomiserad kontrollerad studie (RCT), Klinisk kontrollerad studie (CCT), Icke - kontrollerad studie (P), Retrospektiv studie (R), Kvalitativ studie (K)
I = Hög kvalitet, II = Medel kvalitet, III = Låg kvalitet

Författare År Land	Titel	Syfte	Metod	Deltagare	Resultat	Kvalitet
Reisenhofer, S., Seibold, C. 2012 Australia	Emergency Healthcare Experiences of Women Living with Intimate Partner Violence	Syftet var att undersöka kvinnor från Australien och deras vårderfarenheter när det kommer till IPV samt hur IPV påverkar deras självkänsla.	<u>Design:</u> Kvalitativ design. <u>Urval:</u> Kvinnorna värvades via annonser i radio, snöbollsteknik samt dagstidningar. Samtliga hade sökt sjukvård efter våld i nära relation. <u>Datainsamling:</u> Semistrukturerade intervjuer. Intervjuerna spelades in och transkriberades. <u>Dataanalys:</u> Grundad teori	7 (-)	Kvinnorna uttryckte att de var i behov av empati från vårdpersonalen och att det tar tid att bygga en relation. Vidare beskriver dem att de upplevde att vårdpersonalen beskyllde dem för våldet, framförallt när de fått rådet att lämna relationen.	K I

Randomiserad kontrollerad studie (RCT), Klinisk kontrollerad studie (CCT), Icke - kontrollerad studie (P), Retrospektiv studie (R), Kvalitativ studie (K)
I = Hög kvalitet, II = Medel kvalitet, III = Låg kvalitet

Författare År Land	Titel	Syfte	Metod	Deltagare	Resultat	Kvalitet
Reeves, A-E., Humphreys, J. 2017 USA	Describing the healthcare experiences and strategies of women survivors of violence	Syftet med den här studien var att utveckla kunskap om kvinnor som överlevt IPV och deras upplevelser av sjukvården och deras strategier.	<u>Design:</u> Individuella intervjuer med kvalitativ deskriptiv ansats. <u>Urval:</u> Engelsktalande kvinnor, 21 år eller äldre, som upplevt eller bevittnat fysiskt, sexuellt eller emotionellt våld, men var för närvarande inte utsatta för våld <u>Datainsamling:</u> Initialt delades frågeformulär ut. Sedan utfördes semistrukturerade intervjuer i hemmet eller via campus. Intervjuerna pågick mellan 30-70 min. <u>Dataanalys:</u> Innehållsanalys	14 (-)	Kvinnorna upplevde att vårdpersonalen förminsade deras upplevelser av våld och därmed oro över att bli dömda. Kvinnorna var även oroliga för att någon skulle få veta att de hade berättat om våldet eller att utomstående var direkt eller indirekt närvarande vid mötet med vårdpersonalen.	K I

Randomiserad kontrollerad studie (RCT), Klinisk kontrollerad studie (CCT), Icke - kontrollerad studie (P), Retrospektiv studie (R), Kvalitativ studie (K)
I = Hög kvalitet, II = Medel kvalitet, III = Låg kvalitet

Författare År Land	Titel	Syfte	Metod	Deltagare	Resultat	Kvalitet
Rodriguez, B., & Mandich, M. 2019 USA	What Victims of Domestic Violence Experience in Emergency Departments; a Cross Sectional Study.	Syftet var att undersöka hur personer som utsatts för våld upplevde vården på akutmottagning	<u>Design:</u> Tvärsnittsstudie. <u>Urval:</u> Kvinnor, 18 år och äldre, som med koppling till Sojourner Family Peace Centre, oavsett om de tagit kontakt med en akutavdelning för behandling av skador som uppkommit på grund av våld i hemmet <u>Datainsamling:</u> Frågeformulär med 22 stycken ja/nej frågor. Samt intervjuer som spelades in.	24 (-)	Kvinnorna upplevde att en del vårdpersonal inte tog sig tid för mötet vilket kunde vara en anledning till att kvinnan inte berättade om våldet. Kvinnor upplevde besöket på akutmottagningen som oprofessionellt då dels sjuksköterskorna screenade dem för IPV när närstående var i rummet och dels att sjuksköterskor talade om andra saker som inte berörde patienten.	K II P II

Randomiserad kontrollerad studie (RCT), Klinisk kontrollerad studie (CCT), Icke - kontrollerad studie (P), Retrospektiv studie (R), Kvalitativ studie (K)

I = Hög kvalitet, II = Medel kvalitet, III = Låg kvalitet

Författare År Land	Titel	Syfte	Metod	Deltagare	Resultat	Kvalitet
Trevillion, K., Howard, M-L., Morgan, C., Feder, G., Woodall, A., Rose, D. 2012 United Kingdom	The Response of Mental Health Services to Domestic Violence: A Qualitative Study of Service Users' and Professionals' Experiences.	Syftet var att undersöka acceptansen för rutinfrågan och upplevelsen av frågan om IPV ställd av sjukvårdspersonal.	<u>Design:</u> Kvalitativ studiedesign <u>Urval:</u> Män och kvinnor i spridda åldrar (19-59 år) med olika etnicitet och diagnos både med och utan upplevelse av våld i hemmet <u>Datainsamling:</u> Individuella djupgående intervjuer <u>Dataanalys:</u> Tematisk analys användes för att etablera huvudteman och underteman som sedan omvandlades till konceptuella kartor.	24 (-)	När kvinnor upplever att de får stöd och bekräftelse från vårdgivare känner de trygghet i mötet.	K II

Randomiserad kontrollerad studie (RCT), Klinisk kontrollerad studie (CCT), Icke - kontrollerad studie (P), Retrospektiv studie (R), Kvalitativ studie (K)
I = Hög kvalitet, II = Medel kvalitet, III = Låg kvalitet

Författare År Land	Titel	Syfte	Metod	Deltagare	Resultat	Kvalitet
Williams, J.R., Gonzalez- Guarda, R.M., Halstead, V., & Joseph, L. 2017 USA	Disclosing Gender-Based Violence During Health Care Visits: A Patient-Centered Approach	Syftet var att få en ökad förståelse för våldsoffers perspektiv när det kom till avslöjande och könsbaserat våld och trafficking	<u>Design:</u> Kvalitativ deskriptiv forskningsdesign <u>Urval:</u> 18 år eller äldre med erfarenhet av IPV och/eller människohandel och ha fått vård från hälso- och sjukvårdspersonal efter händelsen <u>Datainsamling:</u> Semistrukturerade intervjuer med <u>Dataanalys:</u> Kvalitativ innehållsanalys. Intervjuerna spelades in och transkriberades. Man identifierade fem huvudteman. Metoden var att demografisk data analyserades med deskriptiv analysmetod.	25 (-)	Kvinnorna upplevde att personalen var respektfull och empatisk. Kvinnorna beskrev även att personalen inte informerar dem om vad vården har att erbjuda	K I

Randomiserad kontrollerad studie (RCT), Klinisk kontrollerad studie (CCT), Icke - kontrollerad studie (P), Retrospektiv studie (R), Kvalitativ studie (K)
I = Hög kvalitet, II = Medel kvalitet, III = Låg kvalitet

Författare År Land	Titel	Syfte	Metod	Deltagare	Resultat	Kvalitet
Örmon, K., Torstensson- Levander, M., Sunnqvist, C., & Bahtsevani, C. 2014 Sweden	The duality of suffering and trust: Abused women's experiences of general psychiatric care—An interview study.	Syftet var att klarlägga hur kvinnor som utsatts för IPV upplevt omvårdnaden vid offentliga psykiatriska sjukvården efter att det framkommit att de utsatts för IPV.	<u>Design:</u> Kvalitativ metod med induktiv ansats. <u>Urval:</u> Kvinnor på en psykiatrisk mottagning i södra Sverige som avslöjat för vårdpersonalen att de blivit utsatta för våld vid sitt senaste besök <u>Datainsamling:</u> Intervjuer i form av fysisk träff utfördes och en formell dialog hölls. <u>Dataanalys:</u> Intervjuerna analyserades med kvalitativ induktivt innehåll. Det transkriberade materialet lästes separat av författarna. Materialet kodades sedan separat.	9 (-)	Kvinnorna uttryckte att vårdpersonalen anklagade dem för att vara orsaken till våldet och att de stannade kvar i den våldsutsatta relationen. Kvinnorna upplevde även att deras problem inte togs på allvar och att personalen fokuserade mer på själva diagnosen än på kvinnornas upplevelser av IPV.	K I

Randomiserad kontrollerad studie (RCT), Klinisk kontrollerad studie (CCT), Icke - kontrollerad studie (P), Retrospektiv studie (R), Kvalitativ studie (K)
I = Hög kvalitet, II = Medel kvalitet, III = Låg kvalitet

