



SAHLGRENKA AKADEMI
INSTITUTIONEN FÖR VÅRDVETENSKAP OCH HÄLSA

PARTNERVÅLD: MÄNS VÅLD MOT KVINNOR

Bemötandet från hälso- och sjukvårdspersonalen
ur kvinnors perspektiv

Cecilia Smircic & Inger Lortsch

Examensarbete:	15 hp
Program och kurs:	Sjuksköterskeprogrammet OM5250
Nivå:	Grundnivå
Termin/år:	Ht 2019
Handledare:	Lars-Olof Persson
Examinator:	Chatarina Löfqvist Institutionen för Vårdvetenskap och hälsa

Förord

Vi vill tacka bibliotekarie Tobias från Biomedicinska biblioteket för all hjälp med informationsökningen. Vi vill även tacka vår handledare Lasse för vägledning och lugnande ord.

Kvinnofridslinjen 020-50 50 50

Titel (svensk)	Partnervåld: mäns våld mot kvinnor. Bemötandet från hälso- och sjukvårdspersonalen ur kvinnors perspektiv
Titel (engelsk)	Intimate partner violence: men's violence against women. The attitudes of healthcare personnel from women's perspective.
Examensarbete:	15 hp
Program och/eller kurs:	Sjuksköterskeprogrammet OM5250
Nivå:	Grundnivå
Termin/år:	Ht 2019
Författare	Cecilia Smircic & Inger Lortsch
Handledare:	Lars-Olof Persson
Examinator:	Chatarina Löfqvist

Sammanfattning

Bakgrund: Uppsatsen undersöker partnervåld med fokus på mäns våld mot kvinnor. Olika typer av partnervåld innefattar fysiskt, psykiskt, sexuellt, materiellt och ekonomiskt våld. Normaliseringsprocessen innefattar en strategi där kvinnan internaliserar våldet från våldsutövaren samt normaliserar dessa överträdelser. Uppbrottsprocessen innebär faser av att komma till insikt av våldet och att bryta sig ur relationen. Vändpunkter kan vara händelser av traumatisk art som påverkar den våldsdrabbade att få förståelse för sin situation, kunna definiera sig själv som utsatt och ens partner som våldsutövare. Partnervåld kan förekomma oavsett bakgrund, dock finns faktorer som påverkar viljan att avslöja våldet och anmäla våldsutövaren. **Syfte:** Avsikten med studien är att beskriva hur kvinnor utsatta för partnervåld upplever bemötandet från hälso- och sjukvårdspersonalen som har patientnära kontakt. **Metod:** Fribergs modell användes för att granska de nio kvalitativa artiklar som ingick i studien. Databaser som användes var Pubmed, Cinahl, PsycInfo och Scopus. **Resultat:** Kvinnorna upplevde både positivt och negativt bemötande från sjukvårdspersonalen. Bland det positiva bemötandet hittades empatiskt och bekräftande bemötande. Skuldbeläggande bemötande, förminskning, ointresse och oempatiskt bemötande fanns bland de negativa upplevelserna. Hjälpsatser som sågs i artiklarna var olika kombinationer av uppföljningssamtal och hänvisning till vidare instanser. Dessa delades upp i kategorierna "Samtal och möten" samt "Hjälp att gå vidare". **Slutsats:** Resultatet visar att bemötandet från sjukvårdspersonalen är avgörande för hur mycket kvinnan delar med sig av och i vilken utsträckning hon får hjälp. Mycket av det negativa bemötande handlade i grunden om personalens kunskapsbrist kring partnervåld. Positivt bemötande tillsammans med kunskap leder till en god vårdrelation, kvinnans tillit till sjukvården växer, hennes självkänsla ökar och hennes lidande minskar.

Nyckelord: Intimate partner violence, domestic violence, abused women's experiences, battered women, attitude of healthcare personnel

Innehållsförteckning

Förord	2
Sammanfattning	3
Innehållsförteckning	1
Inledning	1
Bakgrund	1
Partnervåld	1
Hur yttrar sig partnervåld?	1
Våldets normaliseringsprocess	2
Uppbrottsprocessen	3
Vem drabbas av partnervåld?	3
Hälso- och sjukvårdens roll	4
Sjuksköterskans roll	4
Bemötande och lidande	5
Problemformulering	5
Syfte och frågeställningar	6
Metod	6
Studiedesign	6
Datainsamling	6
Urval av artiklar	7
Dataanalys	7
Forskningsetik	8
Resultat	8
Negativa upplevelser av bemötandet och dess konsekvenser	9
Skuldbeläggande bemötande	9
Förminskning	10
Ointresse	10
Oempatiskt bemötande	11
Fokus på symtom	11
Positiva upplevelser av bemötandet och dess konsekvenser	12
Empatiskt bemötande	12
Bekräftande bemötande	12
Hjälpinsatser erbjudna av hälso- och sjukvården	13
Samtal och möten	13
Hjälp att gå vidare	13

Diskussion	14
Metoddiskussion	14
Resultatdiskussion	15
Sjuksköterskans perspektiv i relation till patientperspektivet	16
Slutsats	17
Kliniska implikationer	17
Vidare forskning	17
Referenslista	18
Bilaga 1 – Sökningar	
Bilaga 2 - Artikelöversikt	

Inledning

I verksamhetsförlagd utbildning eller genom arbeten har vi båda kommit i kontakt med kvinnor utsatta för partnervåld. Vårt intryck har varit att vissa delar av sjukvården är bättre på att identifiera och uppmärksamma våldsdrabbade kvinnor än andra. Exempelvis har gynecologier, psykiatriska avdelningar och akutmottagningar haft tydligare riktlinjer för hantering av partnervåld än primär- och neonatalvården. På de ställen där inga tydliga rutiner fanns, upplevde vi osäkerhet kring bemötandet från sjukvårdspersonalens sida. Här uppstod ett intresse att utforska våldsdrabbade kvinnors upplevelser och erfarenheter av personalens bemötande.

Våldsdrabbade kvinnor är en sårbar grupp i samhället som inte alltid uppmärksammas och har svårt att bli hörda. Partnervåld är ett känsligt ämne där hanteringen kräver kunskap och kompetens hos sjukvårdspersonalen, något som det många gånger råder brist på. Vi anser att våld mot kvinnor är ett ämne som sjuksköterskor bör diskutera och ständigt uppdatera kunskaper kring, då sjuksköterskan brukar vara den första som patienten kommer i kontakt med i vården. Behovet av att höra kvinnornas perspektiv är av stort värde för att kunna utveckla omvårdnad på ett lämpligt sätt.

Bakgrund

Partnervåld

Våld i nära relation kan ske mellan barn och föräldrar, syskon eller andra familje- och släkterelationer. Partnervåld är en typ av våld i nära relation och innefattar våld som begås mellan intima partners, oberoende av personens sexuella läggning och/eller könsidentitet. (NCK, u.å.a). Denna uppsats fokuserar på mäns våld mot kvinnor. Våldsoffret refereras till som kvinnor, den våldsdrabbade, den våldsutsatta eller patienten.

Hur yttrar sig partnervåld?

Socialstyrelsen (2019a) påvisar att partnervåld kan ske på olika sätt, generellt sett innefattar det olika typer av handlingar som utgör ett hot mot den våldsdrabbade. Det kan röra sig om alltifrån att behandla partnern på ett nedsättande vis till grövre sexualbrott eller misshandel. Partnervåld innefattar fysiskt, psykiskt och sexuellt våld, men även materiellt och ekonomiskt våld ingår i benämningen. Många av dessa nämnda former av våld kan ske i kombination med varandra och påverkar de våldsutsattas hälsa på ett negativt sätt. Våldsdrabbade upplever posttraumatiskt stressyndrom, självskadebeteende och andra typer av psykisk ohälsa. För vissa kvinnor leder våldet till döden, antingen i form av suicid eller mord (Moser Hällen & Sinisalo, 2018a)

De flesta offer definierar och identifierar fysiskt våld, speciellt av den grova sorten, som våld (Moser Hällen & Sinisalo, 2018a). Våldet inkluderar knuffar, slag, sparkar, stryptag och andra typer av handlingar ämnade att skapa fysisk smärta. Denna typ av våld kan lämna synliga skador på den våldsutsattas kropp såsom blåmärken, sår och även frakturer. Våldsutövaren kan medvetet rikta slagen på delar av offrets kropp där skadorna inte kommer exponeras på ett enkelt sätt, men även på synliga delar såsom ansiktet, händer och armar (NCK, u.å.b).

Psykiskt våld tenderar att visa sig tidigt och är den typ som lättast bortförklaras och förminskas (Moser Hällen & Sinisalo, 2018a). Denna form av våld innefattar verbala kränkningar, hot om våld,

isolering, kontrollerande beteenden och andra typer av handlingar som orsakar psykisk stress och nedbrytning för den våldsdrabbade. Psykiskt våld sänker kvinnans självkänsla och självförtroende och kan även riktas mot den drabbades barn, husdjur eller närstående, i syfte att kontrollera offrets handlingar (NCK, u.å.b). Det psykiska våldet kan ge somatiska och psykologiska besvär i form av bland annat sömnsvårigheter, depression, magtarmproblem och ångest (Moser Hällen & Sinisalo, 2018a).

Sexuellt våld innefattar påtvingade sexuella handlingar av olika slag (Socialstyrelsen, 2019b). Våldtäkt, ofrivillig beröring, samt ofrivilligt bevittnande av sexuella handlingar är exempel på sexuellt våld (NCK, u.å.b). Kvinnor utsatta för sexuellt våld tenderar att ha svårare att tala om sina upplevelser för sjukvården och närstående än kvinnor som drabbas av andra typer av våld. Våldsutsatta kan även använda sig av sexuella handlingar som en överlevnadsstrategi för att undvika grövre våld mot sig själva eller sina barn. Sexuellt våld kan leda till oönskade graviditeter, gynekologiska problem och sexuellt överförbara sjukdomar (Moser Hällen & Sinisalo, 2018a).

Materiellt våld innebär att våldsutövaren förstör den våldsdrabbades ägodelar (Socialstyrelsen, 2019b). Syftet med våldet är att skrämja och kontrollera den våldsutsatta till att följa våldsutövarens regler, samtidigt som våldet inte riktar sig mot den drabbades kropp. Moser Hällen & Sinisalo (2018a) beskriver exempel på materiellt våld då kvinnor får sina kläder klippta av deras partner på grund av att han inte ansåg kläderna vara passande. Författarna beskriver även att förstörelse av föremål med känslomässigt värde, såsom fotografier eller barndomsminnen, också är vanliga former av materiellt våld.

Ekonomiskt våld innefattar att den ena partnern har ett ekonomiskt övertag i relationen och kan fatta beslut som kan ha negativa följder för den utsatta (Socialstyrelsen, 2019b). Den våldsutsatta har inte kontroll över sin ekonomi och känner därför att det är omöjligt att klara sig själv, detta leder till att kvinnan inte kan skiljas eller lämna sin partner (Moser Hällen & Sinisalo, 2018a). Författarna nämner att långvarig sjukskrivning är något som påverkar kvinnans ekonomi. Även stora skulder och problem med kronofogden begränsar hennes möjlighet att ta sig ur den våldsamma relationen och påverkar hennes hälsa negativt.

Våldets normaliseringsprocess

Moser Hällen & Sinisalo (2018a) beskriver normaliseringsprocessen som en successiv process där kvinnan, som en överlevnadsstrategi, normaliserar våldet hon utsätts för och där mannen normaliserar användandet av våld för att få kontroll över kvinnan. Både kvinnans och mannens gränser av vad som är acceptabelt suddas bort och våldet blir en del av vardagen. Kvinnan internaliserar mannens verklighetsuppfattning och anledningar till våldet, hennes självkänsla och känsla av självvärde blir då kopplade till hans värderingar och kvinnan anser sig vara orsaken till våldet. Processen består av tre olika delar som tillsammans bidrar till internalisering och normalisering av våldet (Moser Hällen & Sinisalo, 2018a). Den ena delen bidrar till ökad internalisering och innefattar att kvinnan isoleras, mentalt eller fysiskt, från det sociala nätverk hon hade innan hon träffade sin partner. Konsekvenserna blir då att kvinnan får svårt att prata om och få någon annans uppfattning av den situationen hon befinner sig i. Den andra delen i processen innebär att mannen använder våld för att markera sina gränser och på så sätt visar hur han vill att kvinnan ska vara och agera. Denna del kallas för kontrollerad gränsmarkering. Den tredje delen kallas för växling mellan våld och värme och innebär att mannen växlar våldsamma episoder med kärleksfulla. Växlingen gör att kvinnan blir mer känslomässigt beroende av mannen och förminskar våldet hon utsätts för (Moser Hällen & Sinisalo, 2018a). De kärleksfulla episoderna bidrar även till

att kvinnan finner hopp om förändring och att våldet kommer att upphöra, samt stärker de starka känslomässiga banden till partnern (NCK, u.å.b). Normaliseringen kombinerat med de starka känslomässiga band och att våldet successivt ökar, leder till att kvinnan har svårt att göra motstånd eller lämna den våldsamma partnern (NCK, u.å.a).

Uppbrottsprocessen

Moser Hällen & Sinisalo (2018a) förklarar uppbrottsprocessen som tre olika sammanbundna processer, som kan ske samtidigt eller efter varandra. Processerna har fått benämningarna *att bryta upp*, *att bli fri* och *att förstå*. *Att bryta upp* innebär att kvinnan väljer att fysiskt bryta med våldsutövaren efter att ha uppnått någon form av vändpunkt. En grövre misshandel eller våldtäkt, rädsla för sitt eget liv eller någon närståendes säkerhet, samt känslan av att ha nått botten, psykiskt och/eller fysiskt, är exempel på vändpunkter som kan leda till ett uppbrott (NCK, u.å.d). Moser Hällen & Sinisalo (2018a) har sett att uppbrottsprocessen tenderar att starta när någon utomstående agerar i fördel för den våldsdrabbade. Den utomstående personen kan vara närstående till den våldsdrabbade, någon från hennes eller barnens omgivning eller en professionell från en myndighet eller hälso- och sjukvården. *Att bli fri* innebär att kvinnan blir emotionellt fri från sin förövare. Det emotionella bandet går från att älska våldsutövaren till att inte känna någonting för denne (Moser Hällen & Sinisalo, 2018a). När kvinnan har kommit till det stadie, är hon inte längre känslomässigt beroende av honom och att ta hänsyn till hans motiv och känslor är inte längre något hon behöver göra. *Att förstå* innebär att kvinnan kan se och definiera våldet och det som hon har varit med om. Hon kan definiera sig själv som våldsutsatt och sin partner som våldsutövare. Denna del i processen kan ta mycket lång tid och är oftast mycket smärtsam för kvinnan (Moser Hällen & Sinisalo, 2018a).

Vem drabbas av partnervåld?

Kvinnor utsatta av partnervåld finns i alla samhällsklasser, risken att en kvinna drabbas är oberoende av socioekonomisk status, etnicitet, religion, ålder och sexuell läggning eller identitet (Moser Hällen & Sinisalo, 2018b). Det finns dock några faktorer som påverkar vilken grad av hjälp en kvinna får från myndigheter, hjälporganisationer och hälso- och sjukvården. Dessa faktorer i sig ökar inte risken att kvinnan utsätts för partnervåld, men påverkar hennes vilja att avslöja våldet, söka hjälp och anmäla våldsutövaren (Moser Hällen & Sinisalo, 2018b). Kvinnor med missbruks- eller beroendeproblematik, samt kvinnor som befinner sig i hemlöshet eller prostitution, har en ökad rädsla att bli skuldbelagda för våldet eller att bli misstrodda om de söker vård. Rädsla för att egen kriminalitet ska avslöjas spelar också in vid önskan om hjälp. Kvinnor med utländsk bakgrund, eller som tillhör minoritetsbefolkning kan ha svårt att ta sig ur våldsamma relationer på grund av kulturella eller religiösa aspekter och en syn på äktenskap, där skilsmässa inte är ett alternativ. Hon kan förväntas stå ut med sin man och skuldbeläggs för våldet av sin omgivning. Dessa kvinnor lever många gånger i utanförskap, saknar socialt nätverk och har inte kunskap om sina rättigheter eller hjälpmöjligheterna som erbjuds av samhället. Kvinnor med funktionsnedsättning befinner sig många gånger i stark beroendeposition till våldsutövaren. Hon kan vara i behov av hans hjälp för att kunna söka vård eller stöd och han närvarar vid varje möte. Detta är ett stort hinder för att våldet ska upptäckas och kvinnan ska få den hjälp hon behöver. Kvinnor med språknedsättningar kan ha svårt att kommunicera den situationen de befinner sig i. Moser Hällen & Sinisalo (2018b) förklarar även att våldet mot äldre kvinnor riskerar att missas. De våldsdrabbade samt våldsutövande av den äldre generationen kan ha en sämre kvinnosyn, samt mentalitet om att partnervåld tillhör det privata. Dessa faktorer påverkar avslöjandet av våldet. Andra grupper med högre utsatthet som författarna nämner är mödrar, unga kvinnor, kvinnor med HBTQ tillhörighet, samt kvinnor i ekonomisk utsatthet.

Hälso- och sjukvårdens roll

För att kunna upptäcka våldet krävs det att hälso- och sjukvårdspersonalen har kunskap om, samt vågar prata och ställa frågor gällande partnervåld. Socialstyrelsen (2019a) rekommenderar att vårdgivare erbjuder personalen utbildning om våld i nära relationer för att kunna öka chansen att upptäcka våldet. De rekommenderar även att personalen rutinmässigt ställer frågor gällande partnervåld i anamnesen, särskilt inom psykiatri och mödravården. Det är upp till varje vårdgivare att se till personalen har kapaciteten att bemöta svaren på dessa frågor och att rutiner för behandling av de våldsutsatta finns.

Enligt Offentlighets- och sekretesslagen, (SFS 2009:400) får hälso- och sjukvårdspersonalen inte lämna ut uppgifter om patienter till någon utomstående, detta kallas för tystnadsplikt. Lagen säger också att om patienten är över 18 år får tystnadsplikten inte brytas även om denne är utsatt för våld. I Sverige har hälso- och sjukvårdspersonalen anmälningsplikt och får endast lov att bryta tystnadsplikten om barns säkerhet är i fara, eller om barn bevittnar våld (SOFS, 2014). Om en vuxen patient har utsatts för grövre misshandel, våldtäkt eller annat brott som har ett minimistraff på ett års fängelse, har hälso- och sjukvårdspersonalen möjlighet att göra en polisanmälan om händelsen. Detta är dock ingen skyldighet (NCK, u.å.c). Vid misstanke om våld i nära relationer gällande vuxna patienter, är Socialstyrelsens råd att i första hand fråga patienten i enrum om orsaken till skadorna (SOFS, 2014). Om sjukvårdspersonalen har fortsatt misstanke om våld ska personalen fråga om det finns barn i familjen och informera patienten om möjligheter till hjälp som hälso- och sjukvården, socialtjänsten och andra frivilliga organisationer kan erbjuda. En bedömning av patientens vårdbehov för skadorna orsakade av våldet ska göras. Anledningen att misstanke om våldsutsatthet väcktes, informationen patienten har fått, samt vilka symtom och tecken som observerats ska tydligt dokumenteras i patientjournalen. Om barn finns i patientens familj, ska hälso- och sjukvårdspersonalen göra en orosanmälan till socialtjänsten (SOFS, 2014).

Sjuksköterskans roll

Vården bör bedrivas ur ett personcentrerat perspektiv. Denna form av vård utvecklas i samspel med patienten, därför grundar sig sjuksköterskans uppgifter efter patientens individuella förutsättningar. Individualiseringen tar sig i uttryck i att sjuksköterskan har en inneboende respekt för patientens behov. För att sjuksköterskan ska kunna jobba utifrån en personcentrerad vård behöver hen ha en etiskt medveten reflektion kring sina handlingar (SSF, 2016).

De centrala delarna för sjuksköterskans utformning av vården innefattar begreppen sårbarhet, integritet, självbestämmande, tillit och hopp. Att vara medveten om människors individuella sårbarhet, hur sårbara situationer påverkar personens vardag och arbetet för att en person ska återfå självförtroende är grundläggande för sjuksköterskan. Då ett eventuellt beroendeförhållande uppstår behöver sjuksköterskan vara medveten om sin kunskap och makt som professionell sjukvårdspersonal. Sjuksköterskan ska kunna erbjuda förutsättningar för självbestämmande och integritet oavsett personens fysiska status och kognitiva förmåga. Oberoende av patientens individuella begränsningar måste sjuksköterskan arbeta för att ge så bra förutsättningar som möjligt (SSF, 2016).

Respekten för autonomi bidrar till den tillit som behövs i relationen mellan sjuksköterskan och patienten. Varje enskild sjuksköterska har ett ansvar att skapa en vårdrelation där patienten har förtroende för hen. Kvaliteten på denna relation påverkar patientens allmänna inställning till sjukvården, en positiv relation till sjuksköterskan ger en positiv generell inställning till sjukvården. Förutsättningen för patientens utveckling och växande ökar om sjuksköterskan tidigt utformar en

inbjudande miljö, där samtal kan bedrivas på ett respektfullt och intresserat sätt. Det tidigare nämnda beroendeförhållandet och den tillhörande maktbalansen kan jämnas ut av att tillit upprätthålls (SSF, 2016). Hopp fungerar som en drivkraft för patienten, i kombination med tillit kan sjuksköterskan använda denna drivkraft till att utforma vården. Genom att ingjuta hopp kan eventuellt lidande lindras hos patienten, vilket är ett centralt mål för sjuksköterskor.

Bemötande och lidande

Begreppet *lidande* (Wiklund Gustin, 2019) är sammankopplat med människans syn på sig själv, om den har hälsa eller ohälsa och vilken vård den får. Lidande uppstår i samband med svåra och traumatiska upplevelser som är påfrestande för de involverade. Gemensamt för de som drabbas är känslan av ångest och maktlöshet över tillvaron. En person kan känna lidande utifrån flera olika aspekter och kan påverkas både somatiskt och psykiskt. Detta leder till en process som kretsar kring en förändrad livssituation där personen försöker hitta verktyg för att klara av sina nya livsvillkor rent praktiskt, men också är i behov av känslomässig vägledning.

Brist på ork från den lidande märks av fysiskt, men det är även nödvändigt att sätta patientens lidande i ett större perspektiv än endast se lidande som en kroppslig åkomma som behöver behandlas (Wiklund Gustin, 2019). Genom att behandla kroppen och psyket för sig, kan sjukvårdspersonalen misslyckas att länka samspelet mellan dem. Det är viktigt att förstå hur reaktionen hos en människa kan manifesteras sig i fysisk sjukdom eller smärta men samtidigt kunna förstå att lidandet även påverkar människans hela existens. Detta synsätt grundar sig i att kunna se en helhet som krävs för att lidandets komplexa påverkan av människan ska kunna förstås.

För att kunna uppmärksamma och värna om en människas mående krävs ett gott bemötande. Detta innebär att vårdpersonal i sin kommunikation såväl som förhållningssätt har förståelse och en grundläggande respekt för människors integritet, värdighet samt individuella sårbarhet (Vårdhandboken, 2018a). Att kunna föra en god dialog kräver en medvetenhet från vårdpersonalen kring hur en själv och det egna uttryckssättet kan påverka den personen man ger vård till. Helhetssynen på människan bortom enbart medicinska behov, är nödvändig för att undvika objektivisering av patienten och att personen reduceras till ett sjukdomstillstånd eller en sjuk kropp. Denna värdegrund, där den enskilda människans specifika behov ses och dennes vilja respekteras, bidrar till att dämpa möjligt lidande som kan uppstå. Hälso- och sjukvårdspersonal ska kunna höra vad patienten uttryckligen förmedlar, men också kunna läsa in underliggande meningar i kommunikationen som personen kan uppleva svåra att delge direkt. Personalen ska även kunna skapa en miljö där vårdtagaren känner delaktighet och självbestämmande, samt ge denne möjlighet att diskutera egna rädslor och förhoppningar gällande vården. Personen som erbjuds vård ska känna sig bekräftad och lyssnad på, något som kan utvecklas med ömsesidig respektfull kommunikation med personalen. Sjukvårdspersonalens bemötande lägger grunden för hur kommunikationen med, samt omvårdnaden av vårdtagaren kommer att bedrivas (Vårdhandboken 2018a, 2018b).

Problemformulering

Tidigare studier (Efe & Taşkın, 2012; Gandhi, Poreddi, Nikhil, Palaniappan & Math, 2018; Natan & Rais, 2010) har undersökt sjuksköterskors upplevelser av att vårda kvinnor utsatta för partnervåld. Studierna riktar in sig på deras färdigheter, utbildning samt medvetenhet inom ämnet. Fynden visar att sjuksköterskor generellt sett känner sig oerfarna inom ämnet, önskar att inkludera partnervåld i utbildning, samt känner sig medvetna om orsakerna bakom svårigheterna. Personalens svårigheter i bemötande påverkar människorna de ansvarar för att vårda. Detta visar

ett behov av forskning kring våldsutsatta kvinnors perspektiv, för att skapa större förståelse för patientgruppen.

I ett större sammanhang ses våld mot kvinnor som ett hot mot den allmänna folkhälsan. WHO (2017) understryker att utövandet av partnervåld hotar kvinnors mänskliga rättigheter globalt. Nästan en tredjedel av världens kvinnliga befolkning har på något sätt varit utsatt för partnervåld av fysisk och/eller sexuell karaktär. Enligt Brottsförebyggande rådet (2019) har en fjärdedel av kvinnorna i Sverige varit utsatta för våld i en nära relation. WHO (2017) framhåller hälso- och sjukvårdens betydande roll i förebyggande och omhändertagande vid partnervåld.

Syfte och frågeställningar

Syftet med studien är att beskriva hur kvinnor utsatta för partnervåld upplever bemötandet av hälso- och sjukvårdspersonalen som har patientnära kontakt. Framförallt önskar vi få nedanstående frågeställningar besvarade:

- Vilken typ av bemötande upplevde kvinnorna som negativt och vilka konsekvenser hade det bemötande för kvinnorna?
- Vilken typ av bemötande upplevde kvinnorna som positivt och vilka konsekvenser hade det bemötande för kvinnorna?
- Vilken typ av hjälp erbjöd hälso- och sjukvården och hade den någon påverkan på kvinnans situation?

Metod

Studiedesign

En litteraturoversikt utfördes enligt Fribergs modell (2017). Denna typ av design ansågs vara lämplig då syftet med uppsatsen var att beskriva och skapa en överblick över våldsutsatta kvinnors upplevelser utifrån befintlig forskning. Syftet utformades genom PICO-modellen (Friberg, 2017) där population (P) definierades som kvinnor utsatta för partnervåld, intervention (I) som bemötandet från sjukvårdspersonalen och outcome (O) som kvinnornas upplevelser och erfarenheter. Comparison (C) uteslöts, då ingen jämförelse eftersträvades, modellen modifierades till PIO-modell. Litteraturen som söktes bestod av artiklar från vetenskapliga tidskrifter.

Datainsamling

En systematisk sökning i fyra relevanta databaser genomfördes. Pubmed, en databas med inriktning på biomedicin, Cinahl, som inriktar sig på omvårdnad samt fysio- och arbetsterapi, PsychINFO, som omfattar områden psykologi och beteendevetenskap (Karsson, 2017), samt Scopus. Den sistnämnda är en tvärvetenskaplig databas som täcker material inriktad på bland annat medicin, omvårdnad och sociologi. Med hjälp av den modifierade PICO-modellen utformades en relevant sökordslista med huvudord och synonymer till dessa. Listan med huvudorden och respektive synonymer redovisas i Tabell 1. Huvudordet användes som MESH-term på Pubmed och Cinahl Heading på Cinahl. På PsychINFO användes databasens egna ämnesrubriker, Thesaurus och på Scopus användes mer generella termer kombinerade med vanligt förekommande synonymer. Synonymerna hittades genom sökningar i Svensk-Mesh. Fullständiga sökordskombinationer, antal

träffar de gav, valda abstract, antal valda artiklar för kvalitetsgranskning, samt valda artiklar för analys redovisas i bilaga 1.

En uppdelning av databaserna gjordes mellan parterna där den ena författaren genomförde sökningar på Pubmed och Scopus och den andra i Cinahl och Psycinfo. Abstract från relevanta titlar i varje sökning granskades och lämpliga artiklar valdes individuellt. En genomgång av valda artiklar med fokus på uppsatsens syfte och frågeställningar utfördes av båda författarna gemensamt.

Tabell 1. Sökord med synonymer

Huvudord	Synonymer
Women	woman, females, female, women's groups, women group, women's groups
Battered Women	"woman, abused", "women, battered", "women, abused", battered woman, "woman, battered", abused woman, abused women"
perception	experience, perceptions, treat, views, point of view
attitude of health personnel	health personnel attitude, health personnel attitudes, staff Attitude, "attitude, staff", "attitudes, staff", staff attitudes
Attitude	attitudes, opinions, opinion, communication barriers, nonverbal communication, prejudice, stereotyping, stigmatization, behavior
Professional- Patient Relations	professional-patient relation, "relation, professional-patient, "relations, professional-patient" OR professional patient relationship, professional patient relationships, "relationship, professional patient", "relationships, professional patient"
intimate partner violence	partner violence, intimate partner abuse, dating violence, IPV, "partner violence, intimate", "violence, intimate partner", "partner abuse, intimate", dating violence, "violence, dating", "abuse, intimate partner"
Spouse abuse	"abuse, spouse", spousal abuse, "abuse, spousal", partner abuse, "abuse, partner", wife abuse, "abuse, wife"
Domestic violence	intimate partner violence, intimate partner abuse, Spouse abuse, dating violence, wife abuse
Health care	attitude of health personnel, staff Attitude

Urval av artiklar

Inklusionskriterierna för artiklar som söktes innefattade peer-reviewed originalforskning från de senaste 15 åren och skrivna på antingen engelska eller svenska. Artiklarna skulle även handla om kvinnor som var eller har varit utsatta för någon form av partnervåld och hade varit i kontakt med sjukvården under tiden de utsattes för våldet. Både kvalitativa och kvantitativa artiklar inkluderades i sökningen. Nio artiklar mötte kriterierna och var relevanta för syftet.

Dataanalys

De valda studierna analyserades enligt Fribergs (2017) analysmetod för litteraturöversikt. Artiklarna lästes igenom och diskuterades av båda författarna flera gånger, samt sammanfattades i

en översiktstabell. Studiernas struktur och design jämfördes med varandra där urval, etiskt resonemang och resultat stod i fokus. En kvalitetsgranskning med stöd av SBU-mall för kvalitativa studier (Statens beredning för medicinsk och social utvärdering (SBU), 2017, Bilaga 5) utfördes och resultatet redovisas i bilaga 2. Mallen användes i sin helhet med de medföljande hjälpfrågor för stöd i bedömningen. Efter kvalitetsgranskningen kvarstod nio artiklar.

Studiernas resultat kategoriserades med fokus på positiva och negativa upplevelser, dess konsekvenser samt hjälpinsatser och dess effektivitet. Kategoriseringen utfördes av båda författarna, först individuellt och sedan gemensamt. Olikheter i granskningen diskuterades och noterades. Artiklarna granskades gemensamt på nytt så att ingen information missades. Resultatet av granskningen delades in i huvudkategorier med respektive underkategorier.

Forskningsetik

Organisationen WHO (2001) har rekommendationer för hur forskare ska förhålla sig etiskt vid utförande av studier som behandlar våld mot kvinnor. Rekommendationerna utgår från att det finns en medvetenhet kring att upprätthålla säkerhet, kunna hantera deltagarnas konfidentiella data på ett förtroendeingivande sätt och att forskaren är inläst på ämnet innan studien påbörjas (WHO, 2001). Att forska om våld mot kvinnor kräver att säkerhet diskuteras, eftersom det kan utgöra fysisk och psykisk fara för både deltagare och forskare. Två artiklar förde sina etiska resonemang utifrån WHO:s rekommendationer. Resterande artiklar refererar inte till WHO, men hade etiska resonemang kring deltagarnas trygghet och säkerhet. Alla studier var godkända av etiska kommittéer och hade reflektion kring forskningsetikens principer. Dessa principer innefattar informerat samtycke, personlig integritet, självbestämmande, minimerande av risker för deltagarnas säkerhet samt skydd av sårbara grupper (Kjellström, 2017).

Resultat

Resultatet baseras på nio artiklar med kvalitativ studiedesign. I alla artiklar samlades informationen genom intervjuer av kvinnor utsatta för partnervåld. Sex studier behandlade upplevelser från blandade sjukvårdsinrättningar (Keeling & Fisher, 2015; Nemoto, Rodriguez & Mkandawire Valhmu, 2006; Nemoto, Rodriguez & Mkandawire Valhmu, 2008; Pratt-Eriksson, Bergbom & Lyckhage, 2014; Wallin, Eulau, Bjarneby & Westerbotn, 2017; Zink, Jacobson Jr, Regan & Pabst, 2004). En beskrev upplevelserna enbart från akutsjukvården (Reisenhofer & Seibold, 2012), en endast från primärvården (Narula, Agarwal & McCarthy, 2012) och en inriktade sig på en allmänpsykiatrisk avdelning (Örmon, Torstensson-Levander, Sunnqvist & Bahtsevani, 2013). Pratt-Eriksson et al. (2014) behandlade utöver hälso- och sjukvården, även upplevelser av bemötandet från socialtjänsten och polisen, men endast de upplevelserna relaterade till hälso- och sjukvården redovisas i resultatet. En detaljerad beskrivning av artiklarna som ingår i resultatet redovisas i bilaga 2.

Åtta av de nio studierna påvisade både positiva och negativa upplevelser, då deltagarna kunde ha varierade erfarenheter från olika vårdmöten. En och samma deltagare kunde ha både positiva och negativa upplevelser av bemötandet från olika hälso- och sjukvårdspersonal.

Artikelgranskningen resulterade i tre huvudkategorier och nio underkategorier. Kategorierna följde frågeställningarna och var följande: Negativa upplevelser av bemötandet och dess konsekvenser; positiva upplevelser av bemötandet och dess konsekvenser, samt hjälpinsatser erbjudna av hälso- och sjukvården. Underkategorierna för de negativa upplevelserna var skuldbeläggande bemötande,

förminskning, ointresse, oempatiskt bemötande och fokus på symtom. För de positiva upplevelser och hjälpinsatser var underkategorierna empatiskt bemötande och bekräftande bemötande respektive samtal och möten och hjälp att gå vidare.

Tabell 2. Kategorier och underkategorier

Kategorier	Underkategorier
Negativa upplevelser av bemötandet och dess konsekvenser	Skuldbeläggande bemötande
	Förminskning
	Ointresse
	Oempatiskt bemötande
	Fokus på symtom
Positiva upplevelser av bemötandet och dess konsekvenser	Empatiskt bemötande
	Bekräftande bemötande
Hjälpinsatser erbjudna av hälso- och sjukvården	Samtal och möten
	Hjälp att gå vidare

Negativa upplevelser av bemötandet och dess konsekvenser

Studierna visade att olika former av oempatiskt och skuldbeläggande bemötande var de vanligaste förekommande negativa upplevelser bland kvinnorna. Förminskning av kvinnornas upplevelser, känslor och våldets omfattning, olika typer av ointresse samt fokus på symtomen istället för orsaken lyftes även fram som negativa upplevelser i de olika artiklarna.

Skuldbeläggande bemötande

Ett skuldbeläggande bemötande visade sig bland annat genom att personalen ifrågasatte det som kvinnorna upplevde och berättade. Kvinnan kunde känna sig anklagad för att överdriva våldets omfattning och den påverkan våldet hade på henne (Nemoto et al., 2008) Den utsatta kvinnan kände sig ifrågasatt när hon valde att stanna hos eller gå tillbaka till sin våldsamma partner, (Reisenhofer et al., 2012; Zink et al., 2004; Wallin et al., 2017) hon upplevde att personalen riktade skulden mot henne och ansåg att hon hade sig själv att skylla om partnern utsatte henne för våld igen (Reisenhofer et al., 2012; Wallin Lundell, et al., 2017). Keeling et al. (2015) och Örmon et al. (2013) beskriver upplevelser av att bli anklagad för att ha valt eller även gilla våldet. Många

kvinnor kunde känna sig dömda för att inte ha försvarat sig eller för att inte ha sökt hjälp tidigare (Narula et al., 2012; Wallin Lundell, et al., 2017; Örmon et al., 2013).

Narula et al. (2012) och Reisenhofer et al. (2012) påvisade att ett skuldbeläggande bemötande hos sjukvårdspersonalen kunde leda till att kvinnor normaliserade och accepterade våldet, de kunde anse sig själva bära ansvaret för sin partners aggression och fick sämre självkänsla. Reisenhofer et al. (2012) visade även att det skuldbeläggande bemötandet ledde till att kvinnorna började internalisera sättet de blev behandlade på genom att själva känna att de inte hade något värde, samt skuld och skam över sig själva. Detta ledde till att de distanserade sig från att söka hjälp från hälso- och sjukvården.

Förminskning

I majoriteten av artiklarna förekom ett förminskande bemötande från vårdpersonalen. I tre studier (Keeling et al., 2015; Narula et al., 2012; Örmon et al., 2013) uppgav kvinnor att hälso- och sjukvårdspersonalen förminskade deras upplevelse av våldet och känslorna som våldet kunde ge. Nemoto et al. (2006) och Wallin Lundell, et al. (2017) lyfter fram att kvinnorna även hade erfarenheter av att personalen förminskade deras uppfattning av hur våldet försämrade deras hälsa. Förminskning av händelser som förekom i Nemoto et al. (2006) studie ledde till besvikelse och i vissa fall ilska hos kvinnorna. I Zink et al. (2004) studie beskrivs att det verbala våldet inte ansågs vara tillräckligt skadligt för att få hjälp av sjukvården. Kvinnorna från Nemoto et al. (2008), Reisenhofer et al. (2012) och Örmon et al. (2013) studier berättade att de kände sig misstrodda av vårdpersonalen. Detta kunde medföra att kvinnan inte fick den hjälpen hon behövde eller hade blivit lovad (Örmon et al., 2013). I vissa fall kunde det leda till att kvinnan, i desperation att nå fram till personalen, hotade med att självskada eller suicid (Reisenhofer et al., 2012; Örmon et al., 2013). Förminskningen ökade även skuld- och skamkänslor som kvinnorna hade redan innan möten med vården (Keeling et al., 2015; Wallin Lundell, et al., 2017), minskade tilliten till sjukvårdspersonalen (Nemoto et al., 2006), samt förhindrade kvinnan att avslöja våldet (Reisenhofer et al., 2012).

Ointresse

I flera studier förekom upplevelsen av att bli ignorerad av sjukvårdspersonalen (Pratt-Eriksson et al., 2014; Zink et al., 2004; Örmon et al., 2013). Kvinnorna fick ingen respons när de pratade om deras upplevelser av våld eller partners beteende. Detta gjorde att en kamp för att bli hörd och få hjälp inträffade (Pratt-Eriksson et al., 2014). Flertalet av kvinnorna i Pratt-Eriksson et al. (2014) studie ansåg även att vårdsystemet inte tog deras historia av partnervåld i beaktning och att sjukvårdspersonal var ointresserade av dem som personer. Brist på intresse från hälso- och sjukvårdspersonalen att samtala om ämnet eller brist på engagemang att vidta åtgärder då kvinnorna avslöjade partnervåld var också vanligt förekommande (Keeling et al., 2015; Narula et al., 2012; Wallin Lundell, et al., 2017). Wallin Lundell, et al. (2017) förklarar att personalen kunde visa ointresse genom att svara i telefon under patientmötet, titta på klockan regelbundet eller avbryta när kvinnan öppnade upp sig. Författarna påpekar att även personalens kroppsspråk och blickar kunde uppfattas som ointresse och nonchalans. Kvinnor från Keeling et al. (2015) och Narula et al. (2012) studier hade önskemål om att personalen tog upp frågan om partnervåld, då de själva hade svårigheter att ta upp ämnet. De kunde insinuera våldet och få en känsla av att det inte var något de bör prata med personalen om. Ointresse från personalens sida gjorde det svårt för kvinnorna att berätta om sin situation och upplevelser, samt gav dem en känsla av att vara oviktiga (Narula et al., 2012; Wallin Lundell, et al., 2017).

Stressad personal och miljö, påverkade också upplevelsen av ointresse (Narula et al., 2012; Wallin Lundell, et al., 2017). Personalen kunde säga direkt till kvinnorna att de inte hade tid att ta tag i problemet, då de hade andra patienter som var sjukare (Wallin Lundell, et al., 2017). Detta gjorde att kvinnorna kände sig som en belastning för vården och att de slösade personalens tid med sina problem. Narula et al. (2012) tar även upp att systematiska svårigheter, såsom tidsbokning och mycket begränsad tid vid möten, gjorde det svårt för kvinnan att söka hjälp. De kände att deras problem var tidskrävande och att de behövde tid att kunna öppna upp och prata om sin situation.

Oempatiskt bemötande

I resultaten från sex studier (Keeling et al., 2015; Nemoto et al., 2006; Pratt-Eriksson et al., 2014; Reisenhofer et al., 2012; Zink et al., 2004; Örmon et al., 2013) framkommer upplevelser av ett oempatiskt bemötande. Pratt-Eriksson et al. (2014) och Reisenhofer et al. (2012) upplyser om ett känslolokalt bemötande och negativ attityd från sjukvårdspersonalen. Att bli bemött med brist på empati ledde till att kvinnornas självkänsla och känsla av egenvärde försämrades (Reisenhofer et al., 2012), samt att deras lidande ökade (Pratt-Eriksson et al., 2014; Reisenhofer et al., 2012; Örmon et al., 2013). Fördomsfullt bemötande var något som förekom i två studier (Reisenhofer et al., 2012; Örmon et al., 2013). Artiklarna upplyser om påverkan av personalens egna fördomar på bemötandet och upplevelsen av att få hjälp. Ett exempel hittas i Örmon et al. (2013) studie där personer med olika psykiska diagnoser fick olika sorters stöd och hjälp, beroende på personalens egna åsikter om sjukdomen i fråga. En person med borderline personlighetsstörning fick sämre hjälp än någon som var diagnostiserad med bipolär sjukdom. Den sistnämnda diagnosen ansågs av personalen vara av mer allvarlig natur än den förstnämnda. Författarna tog även upp att förhållandet mellan kvinnans beteende under sjukhusvistelsen och personalens förutfattade meningar om hur hon borde bete sig efter att ha blivit utsatt för partnervåld, påverkade bemötandets kvalitet. Kvinnan kunde känna sig tvingad att bete sig på ett specifikt sätt för att kunna få den hjälpen hon önskade och behövde.

Fokus på symtom

Reisenhofer et al. (2012) nämner att sjukvårdspersonalen vårdade erfaret de fysiska skadorna efter partnervåld, dock uteblev den psykosociala vården. Kvinnorna i studien ansåg även att en omvårdnad som fokuserade på själen där personalen hade ett respektfullt och empatiskt bemötande var nödvändigt, inte endast den somatiska vården av de ådragna fysiska skadorna. Åtgärdandet av fysiska skador som huvudsakligt fokus vid partnervåld återkommer i Pratt-Eriksson et al. (2014) studie, där sjukvårdspersonal ansågs intressera sig mer för synliga skador, vid till exempel olyckor och sjukdom, än att tillägna tid åt patienter drabbade av partnervåld.

Farmakologisk behandling av kvinnornas psykiska symtom orsakade av partnervåld visade sig i Keeling et al. (2015) och Reisenhofer et al. (2012) studier. Kvinnorna som fick läkemedel utskrivna upplevde sig ha blivit stämplade som mentalt instabila (Reisenhofer et al., 2012) eller hade uttryckt lida av en depression (Keeling et al., 2015). Den farmakologiska behandlingen uppfattades av patienterna som en slags nödlösning och ett avfärdande av deras erfarenheter av partnervåld (Reisenhofer et al., 2012). Avfärdandet av kvinnornas upplevelser i form av läkemedelsbehandling kunde ge en känsla av att personalen förminskade kvinnornas berättelse av upplevt våld, vilket vidare förstärkte kvinnornas oro (Keeling et al., 2015).

Alkoholmissbruk nämndes i Narula et al. (2012) studie, där det beskrivs hur sjukvårdspersonal erbjuder utsatta hjälp för sitt missbruk, men inte för partnervåld som är den bakomliggande

orsaken. Personalen frågade inte om bakgrunden till alkoholkonsumtionen och misslyckades därmed att förstå länken mellan kvinnans medicinska besvär och hennes sociala situation.

En farmakologisk behandling kunde även upplevas som positivt. I Nemoto et al. (2008) studie, nämnde ett flertal kvinnor att de hade fått läkemedelsbehandling mot psykiska symtom orsakade av partnervåld. Kvinnorna led av posttraumatisk stress, sömnsvårigheter och depression. Dessa symtom lindrades med behandlingen, gav möjligheten för kvinnorna att känna sig mer emotionellt stabila och även gav dem en chans till återhämtning genom förbättrad sömnrhythm.

Positiva upplevelser av bemötandet och dess konsekvenser

Alla studier, utom Pratt-Eriksson et al. (2014), beskrev positiva upplevelser av bemötandet från hälso- och sjukvårdspersonalen. De olika typerna av positiva bemötanden kunde fördelas i två olika kategorier, empatisk och validerande bemötande.

Empatiskt bemötande

Resultatet i fyra studier visade att deltagarna hade upplevt ett empatiskt bemötande från hälso- och sjukvårdspersonalen. I Reisenhofer et al. (2012) diskuteras hur personalens förmåga att kunna få patienter att känna sig bekväma i sammanhanget samt tillhandahålla stöd, var något som stärkte utsatta för partnervåld. Genom den empatiska vården från personalen upplevde kvinnorna att de fick möjlighet att återuppbygga en positiv självbild där de såg sig själva i ett annat ljus samt började känna en ökad förmåga till att söka sig ifrån osäkra situationer (Reisenhofer et al., 2012).

Hälso- och sjukvårdspersonalen visade på förståelse när de satte sig in i patienternas situation och behandlade patienten som en viktig person (Nemoto et al., 2008). Personalen visade omtanke genom att vara tillgängliga för samtal med patienterna. Känslan av att personalen ville hjälpa till bidrog till att patienterna blev mer bekväma i vårdsituationer och gav dem en lättnad kring att bli behandlade väl (Nemoto et al., 2008). När personalen tog sig tid för patientmöten upplevde kvinnorna att de var betydelsefulla och viktiga i personalens ögon. Detta ledde till en ökad trygghet och tillit i möten med hälso- och sjukvårdspersonal och underlättade för patienterna att delge sina upplevelser av partnervåld (Reisenhofer et al., 2012; Wallin et al., 2017).

Personalen visade ett bemötande med finkänslighet (Örmon et al., 2013), som bidrog till känslor av tillit hos patienterna. I Örmon et al. (2013) poängteras hur situationer där kvinnorna blir tillfrågade om sina upplevelser med empati och respekt, upplevdes som positiva. De våldsutsatta upplevde ett empatiskt bemötande då personalen tog deras berättelser kring partnervåld på allvar. En känslighet från sjukvårdspersonalen visades genom att inte sätta press och tvång på kvinnorna att prata om sina upplevelser. Kvinnorna värderade högt att personalen hade finkänslighet samt intuition i känsliga situationer där partnervåld behandlades (Örmon et al., 2013).

Bekräftande bemötande

Fyra studier visade att kvinnorna hade blivit bemötta på ett bekräftande sätt. Örmon et al. (2013) tar upp hur personal genom att vara aktivt intresserade och lyssna till vad patienterna har att säga kring sin situation gjorde att kvinnorna kände sig sedda, värdesatta och tagna på allvar (Nemoto et al., 2006; Zink et al., 2004; Örmon et al., 2013). Kvinnorna blev bekräftade när personalen namngav deras erfarenheter med ordet partnervåld. Genom att ge våldet en etikett, validerades patienternas erfarenheter och hjälpte de att se situationen utifrån någon annans perspektiv. Personalens erkännande av patienterna gjorde att kvinnorna lättare kunde berätta om sin utsatthet,

lärd sig att identifiera och förstå sin situation som allvarlig och gav dem känslan av att kunna lämna ett destruktivt förhållande.

I Narula et al. (2012) framkom att hälso- och sjukvårdspersonal hade en förståelse för de olika bekymmer patienten kunde ha och känslan av isolering som drabbade den utsatta kvinnan. Kvinnorna uppgav att svårigheterna med att leva i partnervåld ledde till fysiska, psykiska samt ekonomiska svårigheter som hade en negativ effekt på självbilden. Genom att personalen kände till och bekräftade den utsattas svårigheter, upplevde kvinnorna att de gavs tiden de behövde för att ta hand om sina privata angelägenheter.

Hjälpinsatser erbjudna av hälso- och sjukvården

Samtal och möten

De hjälpinsatser som tillhandahölls och som fungerade för kvinnorna visade sig framförallt vara när personalen hade uppföljningssamtal och tog initiativ till samtal kring partnervåld med patienten. I Nemoto et al. (2008) beskrivs hur hälso- och sjukvårdspersonal gav förlängda besök för samtal, uppföljningssamtal samt hembesök. De samtal som kunde föras mellan patient och personal gjorde att kvinnan kände att det fanns tid för att prata kring ämnet utan att hon behövde känna att personalen hade tidsbrist och behövde träffa andra patienter. Besöken som gjordes i hemmet skapade motivation för kvinnan att öppna upp sig angående det partnervåld hon var utsatt för. Patienterna som hade fått uppföljningssamtal med vårdpersonal efter utskrivning från sjukhus upplevde dessa vara positiva och stöttande. De uppföljningssamtal som gjordes av sjukvårdspersonal uppskattades av majoriteten av kvinnorna från Narula et al. (2012) & Nemoto et al. (2008) studie.

Bristen på uppföljning gav en negativ upplevelse för patienterna (Pratt-Eriksson et al., 2014). Kvinnorna kände sig maktlösa, otrygga och upplevde hjälpinsatserna som poänglösa då de kände sig avstängda från vidare hjälp. Även i Reisenhofer et al. (2012) diskuteras kvinnornas rädsla och vanmakt inför att lämna en våldsam relation. Förlorandet av vårdnaden om sina barn, rädsla inför att mannen ska hämnas, isolering, ekonomisk svårighet eller att våldet förvärras, påverkade kvinnornas beslut.

Hjälp att gå vidare

Personalens hänvisning till kvinnojour, socialtjänst eller stödgrupp visade sig ha störst inflytande på om kvinnorna senare kände att de kunde ta sig vidare från den destruktiva relationen (Narula et al., 2012; Nemoto et al., 2008; Zink et al., 2004). Kvinnorna upplevde att hänvisningen gav dem möjligheten att återhämta sig från, samt reflektera över, tiden av att ha levt med en partner som utövade våld (Nemoto et al., 2008).

Sjukvårdspersonalens dokumentation kunde användas som bevis för att patienten varit utsatt för partnervåld. Det fanns en chans för kvinnorna att använda sig av detta när de sökte för ekonomiskt stöd vid socialtjänsten eller om det behövdes för att ansöka om skilsmässa i domstol (Nemoto et al., 2008).

Personalens förmåga att hjälpa till att anmäla våldet hade olika utgångar. I Örmon et al. (2013) upplevde de våldsdrabbade som positivt att de fick hjälp med att formulera en anmälan för det våld de varit utsatta för. I sin studie, diskuterar Pratt-Eriksson et al. (2014) att kvinnorna som fick hjälp

av sjukvårdspersonal med att anmäla våldet upplevde negativa effekter i form av psykisk påfrestning och en känsla av ensamhet.

Diskussion

Metoddiskussion

De artiklar som användes för att besvara syftet hittades i databaserna Pubmed, PsycInfo, Cinahl och Scopus. Sökning i Cinahl gjordes för att det förekom mycket material kopplat till omvårdnad i denna databas. I den tvärvetenskapliga databasen Scopus hittades modernare artiklar jämfört med de andra databaserna, vilket var positivt för vår studie. Pubmed, PsycInfo, Cinahl samt Scopus gav relevanta artiklar till resultatet. Enligt Rosén (2012) ringar den mest gynnsamma artikelsökningen in ett visst antal relevanta artiklar samtidigt som den undviker att få artiklar som inte svarar på syftet. Vår sökning gav många irrelevanta träffar, mer specifika sökord hade varit önskvärt. Fördelen med artikelsökning på flera olika databaser var att vi kunde få en bredare bild av ämnet ifråga. Flera artiklar förekom i olika databaser men alla databaser gav unika träffar.

För att fastställa relevanta sökord inför artikelsökningen användes databasernas ämnesrubriker. Ämnesrubrikerna hjälpte till för att få så passande artikelträffar som möjligt. MeSH, ett system med ämnesord som framförallt förekommer i Pubmed (Karlsson, 2012), användes mest. En nackdel var att de olika databasernas ämnesrubriker inte alltid hade termer som motsvarade de studier som vi ville hitta.

Samtliga artiklar som användes i resultatet var kvalitativa. I och med att de kvalitativa artiklarna behandlar personliga berättelser så lämpade sig denna typ av studie då de undersökte vilka upplevelser och erfarenheter deltagarna varit med om (Henricsson & Billhult, 2012). De kvantitativa artiklar som hittades i sökningarna behandlade mest förekomsten av våld bland besökare till vårdinrättningar, vilket inte svarade på uppsatsens syfte. Sökningarna resulterade ofta i ett högt antal träffar, det förekom artiklar som behandlade sjuksköterskans perspektiv eller våld i nära relation i allmänhet, dessa exkluderades då de inte var relevanta för vår uppsats. En specificering och utveckling av fler val av sökord hade kunnat göras för att hitta fler artiklar som passade ämnet.

Tidsintervallet som valdes för litteraturoversikten var att artiklarna skulle vara utgivna mellan åren 2004–2019. Anledningen till att ett tidsspänn på just 15 år valdes handlade om att det i början av artikelsökningarna var svårt att hitta relevanta, modernare artiklar utan hjälp av en avgränsning. Majoriteten av studierna som valdes publicerades mellan åren 2012–2014. Det hade varit önskvärt med fler studier som var gjorda senare, då det hade varit intressant med en uppdaterad version av vad som kan ha hänt inom forskningsområdet under årens lopp, samt hur det ser ut idag.

Vid urvalet av artiklar valdes och lästes rubriker som verkade relevanta till syftet, därefter lästes abstrakten. De nio kvalitativa artiklarna som valdes ut kunde kvalitetsgranskas utifrån SBU:s mall (2014). Kvalitetsgranskningen visade att artiklarna hade hög eller medel i kvalitet. Artiklarnas kvalitet ökar deras trovärdighet och tillförlitlighet att kunna svara på uppsatsens syfte. Det låga antalet artiklar kan ses som en svaghet i arbetet, men eftersom artiklarnas resultat visade liknande upplevelser från de utsatta anser vi dem vara tillräckligt i antal för att kunna dra en slutsats. Alla artiklar som valdes ut var peer reviewed, d.v.s. att de hade genomgått granskningar av andra forskare (Karlsson, 2012), vilket gör att man kan garantera artiklarnas kvalitet och pålitlighet ytterligare.

Studierna hade olika ursprung, två från Japan, tre från Sverige, en från England, en från Australien, en från Kanada och en från USA. Det finns både positiva och negativa aspekter av att ha artiklar från olika länder med i studien. En nackdel är att ämnet behandlas olika mellan länder kulturellt och rent praktiskt, vilket gör det svårare att få en generell bild av vilka åtgärder som är applicerbara i världen. För att man ska kunna använda sig av studier från olika länder är det viktigt att noggrant läsa hur studierna är utformade, vilket urval, samt i vilken miljö studien gjorts. Fördelen med studier från olika länder är att man får ett bredare globalt perspektiv kring ämnet. I denna uppsats har det varit positivt att jämföra olika länders studier då man i resultaten kunde se gemensamma likheter över hela världen och få en förståelse för ämnet partnervåld mot kvinnor och dess utbreddhet. Likheterna i resultatet gör det möjligt att applicera till vidare svenska studier.

I två av artiklarna förekom det en mindre ekonomisk ersättning, och i den ena även betald reseavgift för deltagarna. Man kan diskutera om detta är etiskt försvarbart vid en studie kring våldsutsatta kvinnors upplevelser och erfarenheter, eftersom många av kvinnorna befinner sig i ekonomiskt utsatta situationer. Det hade varit önskvärt med en reflektion över forskarnas egna roller i studien och grunden för den ekonomiska ersättningen. Vi ansåg studierna vara etiskt lämpliga, då de var etiskt godkända, hade en etisk reflektion och att författarna värnat kring kvinnornas säkerhet visar på en medvetenhet och respekt till kvinnorna (Kjellström, 2012).

Resultatdiskussion

Studiens syfte var att undersöka hur kvinnor utsatta för partnervåld upplever hälso- och sjukvårdspersonalens bemötande. Resultatet svarade på frågeställningarna kring vilket positivt och negativt bemötande personalen hade och hur dessa påverkade kvinnor. Även frågeställningen kring vilka hjälpinsatser som sågs och hur dessa påverkade de drabbade besvarades.

I ett flertal artiklar förekommer det samband som kan kopplas till begreppet *lidande*. Forskarna framhåller olika faktorer som leder till ökat lidande, b.l.a. kvinnans fortsatta förminskande och normaliserande av partnervåld (Narula et al., 2012). Detta kan ses av kvinnan som ett skydd mot stigmatisering, samtidigt som hon intalar sig själv att våldet inte är av den allvarligaste arten. Den våldsutövande partnerns nedvärderande handlingar, samt sjukvårdens undermåliga respons vid avslöjande av våld gör att kvinnan ytterligare internaliserar och normaliserar våldet hon utsätts för (Reisenhofer et al., 2012). Sjukvården bör ses som en instans som våldsdrabbade kan vända sig till för hjälp. När denna sviker, kan det leda till att kvinnan helt tappat förtroende för sjukvården (Nemoto et al., 2006) samtidigt som kvinnan lär sig att acceptera våldet och fortsätta leva med våldsutövaren.

Det negativa bemötandet från personalens sida bidrog till kvinnornas fortsatta nedvärdering av sig själva och förhindrade avslöjandet av partnervåld (Reisenhofer et al., 2012). Viljan hos den utsatta att bli sedd av professionell sjukvårdspersonal, grundar sig i synen på personalen som kompetent och med kunskap att hjälpa kvinnorna att hitta en utväg från våldet. När personalen inte tar tillfället i akt och sätter sig in i den utsattas situation, ökar risken för försummelse från vården och chansen att berätta om våldet minskar. Detta leder till ökat lidande och dubbel stigmatisering av kvinnan, som visar sig genom att sjukvården inte tar henne på allvar och hjälp uteblir, samtidigt som hon befinner sig i en utsatt situation där våldet kan eskalera snabbt.

Det finns hinder för kvinnorna att lämna en våldsam relation. Rädslan för social och ekonomisk utsatthet efter erkännande av pågående våld, hindrar kvinnor att kontakta sjukvården (Reisenhofer et al., 2012). Om sjukvårdspersonalen tar hänsyn till de våldsdrabbade kvinnors socioekonomiska status, samt hur deras rädslor påverkar relationen med våldsutövaren, skulle det finnas fler

möjligheter att arbeta preventivt för kvinnornas säkerhet. Medvetenheten hos personalen kring de socioekonomiska faktorerna bidrar till reflektion om den individuella kvinnans livssituation, men också till ökad förståelse för olika kvinnors förutsättningar att bryta sig ur partnervåld.

Okänslighet och brist på empati när kvinnorna valde att delge sina erfarenheter leder till ytterligare skuldbeläggning och minskad tillit (Keeling et al., 2015; Wallin Lundell et al., 2017). Den reducerade tilliten leder till en fördröjning vid avslöjande av våld, samtidigt som lidandet ökar. Tiden från att kvinnan berättar om våldet till att hon lämnar den våldsamma relationen kan redan vara lång, ett negativt bemötande som ytterligare faktor riskerar att fördröja uppbrotsprocessen.

Behandling med läkemedel av psykiska symtom orsakade av partnervåld, utan reflektion över bakomliggande orsaker, gjorde att kvinnorna upplevde att deras historia av våld inte var värd att utredas (Pratt-Eriksson et al., 2014). Däremot visade det sig att kvinnor kunde få en chans att återhämta sig efter avslöjande av partnervåld, med hjälp av information, läkemedelsbehandling och uppföljning från hälso- och sjukvårdspersonal (Nemoto et al., 2008). Stöd som kvinnan kan vara i behov av är kontakt med socialtjänst vid ekonomiskt ansträngda hemförhållanden, hänvisning till kvinnojour och psykologisk hjälp. Då partnervåld innebär fysisk fara för kvinnan, är risken stor för psykiska men som skapar hinder i vardagen, därför är det av stort värde att kvinnan blir erbjuden att prata om och bearbeta sina våldserfarenheter. Lidandet minskade när läkemedel kunde stabilisera måendet och kvinnorna fick tid att samla kraft (Nemoto et al., 2008). När personalen visade förståelse för detta, ökade tilliten till vården och kvinnorna upplevde ett successivt minskat lidande. Sjukvårdspersonal har en stor roll i att hjälpa kvinnan att komma till insikt med den våldsamma situationen hon lever i och hjälpa henne att utveckla verktyg för att benämna upplevelserna. Med stöd, empati, respekt och förståelse, kan kvinnan påbörja processen att ta sig ur partnervåldet.

Sjuksköterskans perspektiv i relation till patientperspektivet

I Gandhi, Poreddi, Nikhil, Palaniappan & Math (2018) studie framgick det hur majoriteten av sjuksköterskorna var osäkra på hur, eller om, de skulle rapportera misstänkt partnervåld. Det upplevdes svårigheter kring om sjuksköterskan överhuvudtaget skulle bemöta misstänkt partnervåld eller inte. Natan & Rais (2010) pratar om att sjuksköterskor upplever osäkerhet och en brist på erfarenhet i bemötandet med kvinnor utsatta för partnervåld. Maktlösheten som uppstår inför möten med kvinnorna försvårar identifiering vid misstänkt partnervåld (Natan & Rais, 2010). I studien framkommer även att arbetsgivare bör vara ansvariga för att tillgodose sjukvårdspersonal med tydliga riktlinjer samt utbildning inom ämnet. Att sjuksköterskorna inte kände sig tillräckligt pålästa och förberedda för att genomföra åtgärder samt ansåg att de behövde prioritera andra arbetsuppgifter pga. tung arbetsbörda sågs i Efe & Taşkın (2012).

I regeringens nationella strategi för att förebygga och bekämpa mäns våld mot kvinnor (Regeringen, 2016) beskrivs hälso- och sjukvårdens betydande roll i identifiering av våld, utförandet av preventiva åtgärder, samt åtgärder som bör vidtas gällande våld mot kvinnor. Yrkesutövande som i sitt arbete möter våldsutsatta och våldsutövare, behöver relevant utbildning inom ämnet. I Regeringen (2016) diskuteras att kompetensutveckling och fortbildning inom kommuner och landsting för hälso- och sjukvårdspersonal behöver utvecklas. Enligt Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd om våld i nära relationer (2014) är det varje enskild vårdgivares ansvar att erbjuda generella direktiv för att personalens arbete med våldsdrabbade ska hålla en god kvalitet och utvecklas.

Konsekvenserna av att sjuksköterskor inte erbjuds träning i bemötandet av partnervåld försvårar deras praktiska arbete med utsatta kvinnor. Det finns en allmän uppfattning hos sjuksköterskor att partnervåld är ett komplicerat ämne som kräver mycket tid, kunskap och resurser. Tidigare forskning tyder på att kunskapsträningen är undermålig och att kunskapsgapet innebär ett problem i det kliniska arbetet för sjuksköterskor, då de inte kan utföra omvårdnadsarbetet på ett tillfredsställande vis. Tveksamheten kring ämnet gör att våldsdrabbade kvinnor känner sig som en börda för sjukvården och reducerar sannolikheten för att de ska våga ta kontakt med sjukvårdspersonal. Vårdgivare har förmågan att påverka arbetet med partnervåld i rätt riktning genom att utveckla tydliga och väletablerade riktlinjer så att anställda känner sig säkrare kring det allmänna förhållningssättet inom verksamheten.

Slutsats

Våldsutsatta kvinnor är en sårbar patientgrupp som möts av fördomar, förminskning och skuldbeläggs av sin omgivning och sig själva. Bemötandet från hälso- och sjukvårdspersonalen påverkar hur mycket kvinnan vågar öppna upp sig och därmed graden av hjälp hon får. Det negativa bemötandet från hälso- och sjukvårdspersonalen uttrycker sig på olika sätt och beror främst på personalens kunskapsbrist om partnervåld och dess mekanismer. Ett positivt bemötande med respekt, empati, finkänslighet och bekräftelse, hjälper den drabbade att skapa en god vårdrelation med tillit till vårdpersonalen. Med hjälp av kunskap och ett gott bemötande ökar sjukvårdspersonalens chanser för kvinnan att få den hjälpen hon behöver för att förbättra sin livssituation. På sikt får kvinnan ökad självkänsla och en positiv känsla av självvärde, vilket minskar hennes lidande och ökar hennes livskvalitet.

Kliniska implikationer

Många kvinnor känner skam och anser sig själva bära skulden för våldet de utsätts för. Genom patientundervisning om våldets normaliseringsprocess kan personalen hjälpa henne att förstå att skulden ligger hos förövaren och att hon är värdig hjälp. För att kunna göra detta behöver hälso- och sjukvårdspersonalen ha en bred kunskap om partnervåld. Utbildning om hur våldet yttrar sig, hur normaliserings- respektive uppbrottsprocessen ser ut, samt hur personalen ska agera vid misstanke om våld, bör vara något som alla inom hälso- och sjukvården får ta del av. Personalen som har direkt patientkontakt bör även få utbildning om vikten av att våga prata och fråga om våld, samt vilka hjälpinsatser som finns tillgängliga och är lämpliga för patienten. Med hjälp av utbildning i ämnet, får personalen ökad förståelse för de drabbade och en möjlighet att reflektera över sina egna fördomar och förutfattade meningar gällande våldsutsatta kvinnor.

Vidare forskning

För att kunna bedriva en värdig och personanpassad vård för denna patientgrupp, behövs det vidare forskning om kunskapsnivån hos hälso- och sjukvårdspersonalen, effektiva utbildningsmetoder, samt på vilket sätt personalen kan tillgodose de våldsutsattas olika behov av hjälp.

Referenslista

- Brottsförebyggande rådet. (2019). *Våld i nära relationer*. Hämtad 2019-12-19 från <https://www.bra.se/statistik/statistik-utifran-brottstyper/vald-i-nara-relationer.html>
- Efe, Ş. Y., & Taşkın, L. (2012). Emergency nurses' barriers to intervention of domestic violence in Turkey: A qualitative study. *Sexuality and Disability, 30*(4), 441-451.
- Friberg, F. (2017). Att göra en litteraturoversikt. I Febe Friberg (Red.), *Dags för uppsats: vägledning för litteraturbaserade examensarbeten* (s. 141-152). Lund: Studentlitteratur.
- Gandhi, S., Poreddi, V., Nikhil, R. S., Palaniappan, M., & Math, S. B. (2018). Indian novice nurses' perceptions of their role in caring for women who have experienced intimate partner violence. *British journal of nursing, 27*(10), 559-564.
- Henricson, M., Billhult, A. (2012). Kvalitativ design. I M. Henricson (Red.), *Vetenskaplig teori och metod: från idé till examination inom omvårdnad* (s. 129-137). Lund: Studentlitteratur.
- Karlsson, E-K. (2012). Informationssökning. I M. Henricson (Red.), *Vetenskaplig teori och metod: från idé till examination inom omvårdnad* (s. 95-113). Lund: Studentlitteratur.
- Karlsson, E-K. (2017). Informationssökning. I M. Henricson (Red.), *Vetenskaplig teori och metod: från idé till examination inom omvårdnad* (s. 81-97). Lund: Studentlitteratur.
- Keeling, J., & Fisher, C. (2015). Health professionals' responses to women's disclosure of domestic violence. *Journal of interpersonal violence, 30*(13), 2363-2378. doi: 10.1177/0886260514552449.
- Kjellström, S. (2012). Forskningsetik. I M. Henricson (Red.), *Vetenskaplig teori och metod: från idé till examination inom omvårdnad* (s. 69-92). Lund: Studentlitteratur.
- Kjellström, S. (2017). Forskningsetik. I M. Henricson (Red.), *Vetenskaplig teori och metod: från idé till examination inom omvårdnad* (s. 57-80). Lund: Studentlitteratur.
- Moser Hällen, L., Sinisalo, E. (2018a). Vad är mäns våld mot kvinnor och våld i nära relation. I Sinisalo, E., & Moser Hällen, L. (Red./Ed.), *Våld i nära relationer socialt arbete i forskning, teori och praktik* (s.27-52). Stockholm: Liber.
- Moser Hällen, L., Sinisalo, E. (2018b). Vem är den våldsutsatta? I Sinisalo, E., & Moser Hällen, L. (Red./Ed.), *Våld i nära relationer socialt arbete i forskning, teori och praktik* (s.53-64). Stockholm: Liber.
- Narula, A., Agarwal, G., & McCarthy, L. (2012). Intimate partner violence: patients' experiences and perceptions in family practice. *Family practice, 29*(5), 593-600. doi:10.1093/fampra/cms008.
- Natan, M. B., & Rais, I. (2010). Knowledge and attitudes of nurses regarding domestic violence and their effect on the identification of battered women. *Journal of trauma nursing, 17*(2), 112-117.

- Nationellt centrum för kvinnofrid. (u.å.a). *Våld i nära relationer*. Hämtad 2019-11-30 från <https://nck.uu.se/kunskapsbanken/amnesguider/vald-i-nara-relationer/vald-i-nara-relationer/>
- Nationellt centrum för kvinnofrid. (u.å.b). *Våldets uttryck och mekanismer*. Hämtad 2019-11-30 från <https://nck.uu.se/kunskapsbanken/amnesguider/vald-i-nara-relationer/valdets-uttryck-och-mekanismer/>
- Nationellt centrum för kvinnofrid. (u.å.c). *Sekretess inom hälso- och sjukvården*. Hämtad 2019-11-30 från <https://www.nck.uu.se/kunskapsbanken/amnesguider/halso-och-sjukvardsansvar/sekretess-inom-halso--och-sjukvarden/>
- Nationellt centrum för kvinnofrid. (u.å.d). *Uppbrottsprocessen*. Hämtad 2019-11-30 från <https://nck.uu.se/kunskapsbanken/amnesguider/vald-i-nara-relationer/uppbrotsprocessen/>
- Nemoto, K., Rodriguez, R., & Mkandawire Valhmu, L. (2006). Exploring the Health Care Needs of Women in Abusive Relationships in Japan. *Health Care for Women International*. 27:4, 290-306. doi: 10.1080/07399330500511774.
- Nemoto, K., Rodriguez., & Mkandawire Valhmu, L. (2008). Battered Japanese women's perceptions and experiences of beneficial health care. *Japan Journal of Nursing Science*, Vol 5,41-49. doi: 10.1111/j.1742-7924.2008.00099.x.
- Offentlighets- och sekretesslag (SFS 2009:400). Stockholm: Sveriges Riksdag. Hämtad från https://www.riksdagen.se/sv/dokument-lagar/dokument/svensk-forfattningssamling/offentlighets--och-sekretesslag-2009400_sfs-2009-400
- Pratt-Eriksson, D., Bergbom, I., & Lyckhage, E. D. (2014). Don't ask don't tell: Battered women living in Sweden encounter with healthcare personnel and their experience of the care given. *International Journal of Qualitative Studies on Health and Well-being*. 9 (23166), 1-7. doi: 10.3402/qhw.v9.23166.
- Regeringen. (2016). *Nationell strategi för att förebygga och bekämpa mäns våld mot kvinnor - Feministisk politik för ett jämställt samhälle* (Skr 2016/17:10). Stockholm.
- Reisenhofer, S., & Seibold, C. (2012). Emergency healthcare experiences of women living with intimate partner violence. *Journal of Clinical Nursing: The international voice of Nursing Research, Theory and Practice*. 22 (15-16). 2253-2263. doi:10.1111/j.1365-2702.2012.04311.x.
- Rosén, M. (2012). Systematisk litteraturoversikt. I M. Henricson (Red.), *Vetenskaplig teori och metod: från idé till examination inom omvårdnad* (s. 430-444). Lund: Studentlitteratur.
- Socialstyrelsen. (2014). *Att vilja se, vilja veta och att våga fråga - Vägledning för att öka förutsättningarna att upptäcka våldsutsatthet* (SOFS 2014). Hämtad från <https://www.socialstyrelsen.se/globalassets/sharepoint-dokument/artikelkatalog/vagledning/2014-10-30.pdf>
- Socialstyrelsen. (2019a). *Att upptäcka och ställa frågor om våld i nära relationer*. Hämtad 2019-11-30 från <https://www.socialstyrelsen.se/stod-i-arbetet/vald-och-brott/vald-i-nara-relationer/upptacka-vald/>

- Socialstyrelsen. (2019b). *Våld i nära relationer*. Hämtad 2019-11-30 från <https://www.socialstyrelsen.se/stod-i-arbetet/vald-och-brott/vald-i-nara-relationer/>
- Statens beredning för medicinsk och social utvärdering (2017). *Utvärdering av metoder i hälso- och sjukvården och insatser i socialtjänsten. En handbok* [Internet]. (3. rev. uppl.). Hämtad från <https://www.sbu.se/sv/var-metod/>
- Svensk Sjuksköterskeförening. (2016). *Värdegrund för omvårdnad*. Stockholm: Svensk Sjuksköterskeförening.
- Våld i nära relation (SOFS 2014:4). Hämtad från <https://www.socialstyrelsen.se/globalassets/sharepoint-dokument/artikelkatalog/foreskrifter-och-allmanna-rad/2014-5-7.pdf>
- Vårdhandboken. (2018). Bemötande i vård och omsorg, värdegrund - Översikt. Hämtad 2019-12-16 från <https://www.vardhandboken.se/arbetsatt-och-ansvar/bemotande-i-var-d-och-omsorg/bemotande-i-var-d-och-omsorg-vardegrund/oversikt/>
- Vårdhandboken. (2018). Praktiska råd. Hämtad 2019-12-16 från <https://www.vardhandboken.se/arbetsatt-och-ansvar/bemotande-i-var-d-och-omsorg/bemotande-i-var-d-och-omsorg-vardegrund/praktiska-rad/>
- 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. doi: 10.1111/jocn.14046.
- Wiklund Gustin, L. (2019). Lidande. I A-K. Edberg, A. Ehrenberg, F. Friberg, L. Wallin, H. Wijk & J. Öhlén (Red.), *Omvårdnadens grunder – perspektiv och förhållningssätt* (s. 409-440). Lund: Studentlitteratur.
- WHO. (2001). *Putting women first: Ethical and Safety Recommendations for Research on Domestic Violence Against Women*. Hämtad 2019-11-30 från <https://www.who.int/gender/violence/womenfirtseng.pdf>
- WHO. (2017). *Violence against women*. Hämtad 2019-22-30 från <https://www.who.int/en/news-room/fact-sheets/detail/violence-against-women>
- Zink, T., Jeffrey Jacobson Jr, C., Regan, S., & Pabst, S. (2004). Hidden victims: The healthcare needs and experiences of older women in abusive relationships. *Journal of Women's Health*, 13(8), 898-908.
- Örmon, K., Torstensson-Levander, M., Sunnqvist, 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. doi: 10.1111/jocn.12512.

Bilaga 1 – Sökningar

Pubmed

Sökning Datum	Sökord	Antal träffar	Lästa abstract	Första urval	Relevanta artiklar
#1 191025	(women[MeSH Terms]) OR (woman OR females OR female OR "women's groups" OR "Women group" OR "Women's groups")	8767577			
#2 191025	(Battered Women[MeSH Terms]) OR ("Woman, Abused" OR "Women, Battered" OR "Women, Abused" OR "Battered Woman" OR "Woman, Battered" OR "Abused Woman" OR "Abused Women")	4883			
#3 191025	#1 OR #2	8767577			
#4 191025	(intimate partner violence[MeSH Terms]) OR ("partner violence" OR "intimate partner abuse" OR "dating violence" OR IPV OR "Partner Violence, Intimate" OR "Violence, Intimate Partner" OR "Partner Abuse, Intimate" OR "Dating Violence" OR "Violence, Dating" OR "Abuse, Intimate Partner",)	15332			
#5 191025	(Spouse abuse[MeSH Terms]) OR ("Abuse, Spouse" OR "Spousal Abuse" OR "Abuse, Spousal" OR "Partner Abuse" OR "Abuse, Partner" OR "Wife Abuse" OR "Abuse, Wife")	8164			
#6 191025	#4 OR #5	16131			
#7 191025	(perception[MeSH Terms]) OR (experience OR perceptions OR treat OR views OR "point of view")	10098005			
#8 191025	(attitude of health personnel[MeSH Terms]) OR ("Health Personnel Attitude" OR "Health Personnel Attitudes" OR "Staff Attitude" OR "Attitude, Staff" OR	169956			

	"Attitudes, Staff" OR "Staff Attitudes")				
#9 191025	(Professional-Patient Relations[MeSH Terms]) OR ("Professional-Patient Relation" OR "Relation, Professional-Patient" OR "Relations, Professional-Patient" OR "Professional Patient Relationship" OR "Professional Patient Relationships" OR "Relationship, Professional Patient" OR "Relationships, Professional Patient")	163268			
#10 191025	(((((women[MeSH Terms]) OR (woman OR females OR female OR "women's groups" OR "Women group" OR "Women's groups")) OR ((Battered Women[MeSH Terms]) OR ("Woman, Abused" OR "Women, Battered" OR "Women, Abused" OR "Battered Woman" OR "Woman, Battered" OR "Abused Woman" OR "Abused Women")))) AND (((intimate partner violence[MeSH Terms]) OR ("partner violence" OR "intimate partner abuse" OR "dating violence" OR IPV OR "Partner Violence, Intimate" OR "Violence, Intimate Partner" OR "Partner Abuse, Intimate" OR "Dating Violence" OR "Violence, Dating" OR "Abuse, Intimate Partner",))) OR ((Spouse abuse[MeSH Terms]) OR ("Abuse, Spouse" OR "Spousal Abuse" OR "Abuse, Spousal" OR "Partner Abuse" OR "Abuse, Partner" OR "Wife Abuse" OR "Abuse, Wife")))) AND ((perception[MeSH Terms]) OR (experience OR perceptions OR treat OR views OR "point of view")) AND ((attitude of health personnel[MeSH Terms]) OR ("Health Personnel Attitude" OR "Health Personnel Attitudes" OR "Staff Attitude" OR "Attitude, Staff" OR "Attitudes, Staff" OR "Staff Attitudes"))	345	12	8	1 st Hidden victims: The healthcare needs and experiences of older women in abusive relationships
#11 191025	(((((women[MeSH Terms]) OR (woman OR females OR female OR "women's groups" OR "Women group" OR "Women's groups")) OR ((Battered Women[MeSH Terms]) OR ("Woman, Abused" OR "Women, Battered" OR "Women, Abused" OR "Battered Woman" OR "Woman, Battered" OR "Abused Woman" OR "Abused Women")))) AND (((intimate partner violence[MeSH Terms]) OR ("partner violence" OR "intimate partner abuse" OR "dating violence" OR IPV OR	280	12	10	3 st Intimate partner violence: patients' experiences and perceptions in family practice

	"Partner Violence, Intimate" OR "Violence, Intimate Partner" OR "Partner Abuse, Intimate" OR "Dating Violence" OR "Violence, Dating" OR "Abuse, Intimate Partner",))) OR ((Spouse abuse[MeSH Terms] OR ("Abuse, Spouse" OR "Spousal Abuse" OR "Abuse, Spousal" OR "Partner Abuse" OR "Abuse, Partner" OR "Wife Abuse" OR "Abuse, Wife")))) AND ((perception[MeSH Terms] OR (experience OR perceptions OR treat OR views OR "point of view")) AND ((Professional-Patient Relations[MeSH Terms] OR ("Professional-Patient Relation" OR "Relation, Professional-Patient" OR "Relations, Professional-Patient" OR "Professional Patient Relationship" OR "Professional Patient Relationships" OR "Relationship, Professional Patient" OR "Relationships, Professional Patient"))				Hidden victims: The healthcare needs and experiences of older women in abusive relationships Don't ask don't tell: Battered women living in Sweden encounter with healthcare personnel and their experience of the care given
#12 191030	((((((women[MeSH Terms] OR (woman OR females OR female OR "women's groups" OR "Women group" OR "Women's groups")))) OR ((Battered Women[MeSH Terms] OR ("Woman, Abused" OR "Women, Battered" OR "Women, Abused" OR "Battered Woman" OR "Woman, Battered" OR "Abused Woman" OR "Abused Women")))) AND (((intimate partner violence[MeSH Terms] OR ("partner violence" OR "intimate partner abuse" OR "dating violence" OR IPV OR "Partner Violence, Intimate" OR "Violence, Intimate Partner" OR "Partner Abuse, Intimate" OR "Dating Violence" OR "Violence, Dating" OR "Abuse, Intimate Partner",))) OR ((Spouse abuse[MeSH Terms] OR ("Abuse, Spouse" OR "Spousal Abuse" OR "Abuse, Spousal" OR "Partner Abuse" OR "Abuse, Partner" OR "Wife Abuse" OR "Abuse, Wife")))) AND ((attitude of health personnel[MeSH Terms] OR ("Health Personnel Attitude" OR "Health Personnel Attitudes" OR "Staff Attitude" OR "Attitude, Staff" OR "Attitudes, Staff" OR "Staff Attitudes"))	435	11	7	1 st Exploring the health care needs of women in abusive relationships in Japan

Cinahl

Sökning Datum	Sökord	Antal träffar	Lästa abstract	Första urval	Relevanta artiklar
#1 191029	(women OR (woman OR females OR female OR "women's groups" OR "Women group" OR "Women's groups")	540213			
#2 191029	(battered women OR ("Woman, Abused" OR "Women, Battered" OR "Women, Abused" OR "Battered Woman" OR "Woman, Battered" OR "Abused Woman" OR "Abused Women")	1013			
#3 191029	#1 OR #2	540213			
#4 191029	(attitude of health personnel OR ("Health Personnel Attitude" OR "Health Personnel Attitudes" OR "Staff Attitude" OR "Attitude, Staff" OR "Attitudes, Staff" OR "Staff Attitudes")	11535			
#5 191029	(attitudes OR (Attitudes OR Opinions OR Opinion OR "communication barriers" OR "nonverbal communication" OR prejudice OR stereotyping OR Stigmatization OR behavior)	185703			
#6 191029	#4 OR #5	185703			
#7 191029	(intimate partner violence OR ("partner violence" OR "intimate partner abuse" OR "dating violence" OR IPV OR "Partner Violence, Intimate" OR "Violence, Intimate Partner" OR "Partner Abuse, Intimate" OR "Dating Violence" OR "Violence, Dating" OR "Abuse, Intimate Partner" OR "Abuse, Spouse" OR "Spousal Abuse" OR "Abuse, Spousal" OR "Partner Abuse" OR "Abuse,	5031			

	Partner" OR "Wife Abuse" OR "Abuse, Wife")				
#8 191029	(perception OR (experience OR perceptions OR treat OR views OR "point of view")	156176			
#9 191029	(attitude of health personnel OR ("Health Personnel Attitude" OR "Health Personnel Attitudes" OR "Staff Attitude" OR "Attitude, Staff" OR "Attitudes, Staff" OR "Staff Attitudes")	11535			
#10 191029	#3 AND #6 AND #7 AND #8	401	6	5	2 st Exploring health care needs of women in abusive relationships in Japan Hidden victims: The healthcare needs and experiences of older women in abusive relationships
#11 191029	#3 AND #7 AND #8 AND #9	18	3	2	1 st Hidden victims: The healthcare needs and experiences of older women in abusive relationships

PsychINFO

Sökning Datum	Sökord	Antal träffar	Lästa abstract	Första urval	Relevanta artiklar
#1 191030	(((noft(women) OR noft(woman OR females OR female OR "women's groups" OR "Women group" OR "Women's groups")) AND PEER(yes)) AND ((noft(battered women) OR noft("Woman, Abused" OR "Women, Battered" OR "Women, Abused" OR "Battered Woman" OR "Woman, Battered" OR "Abused Woman" OR "Abused Women")) AND PEER(yes))) AND ((noft(perception) OR noft(experience OR perceptions OR treat OR views OR "point of view")) AND PEER(yes)) AND ((noft(attitudes) OR noft(Attitudes OR Opinions OR Opinion OR "communication barriers" OR "nonverbal communication" OR prejudice OR stereotyping OR Stigmatization OR behavior)) AND PEER(yes)) AND ((noft(professional personnel) OR noft("Professional-Patient Relation" OR "Relation, Professional-Patient" OR "Relations, Professional-Patient" OR "Professional Patient Relationship" OR "Professional Patient Relationships" OR "Relationship, Professional Patient" OR "Relationships, Professional Patient")) AND PEER(yes)) AND ((noft(intimate partner violence) OR noft("partner violence" OR "intimate partner abuse" OR "dating violence" OR IPV OR "Partner Violence, Intimate" OR "Violence, Intimate Partner" OR "Partner Abuse, Intimate" OR "Dating Violence" OR "Violence, Dating" OR "Abuse, Intimate Partner")) AND PEER(yes))	25	2	2	1 st Don't ask don't tell: Battered women living in Sweden encounter with healthcare personnel and their experience of the care given

<p>#2 191030</p>	<p>((noft(women) OR noft(woman OR females OR female OR "women's groups" OR "Women group" OR "Women's groups")) AND PEER(yes)) AND ((noft(battered women) OR noft("Woman, Abused" OR "Women, Battered" OR "Women, Abused" OR "Battered Woman" OR "Woman, Battered" OR "Abused Woman" OR "Abused Women")) AND PEER(yes))) AND ((noft(perception) OR noft(experience OR perceptions OR treat OR views OR "point of view")) AND PEER(yes)) AND ((noft(attitudes) OR noft(Attitudes OR Opinions OR Opinion OR "communication barriers" OR "nonverbal communication" OR prejudice OR stereotyping OR Stigmatization OR behavior)) AND PEER(yes)) AND ((noft(intimate partner violence) OR noft("partner violence" OR "intimate partner abuse" OR "dating violence" OR IPV OR "Partner Violence, Intimate" OR "Violence, Intimate Partner" OR "Partner Abuse, Intimate" OR "Dating Violence" OR "Violence, Dating" OR "Abuse, Intimate Partner")) AND PEER(yes))</p>	<p>628</p>	<p>11</p>	<p>6</p>	<p>3 st</p> <p>Don't ask don't tell: Battered women living in Sweden encounter with healthcare personnel and their experience of the care given</p> <p>Battered Japanese women's perception and experiences of beneficial health care</p> <p>Exploring the health care needs of women in abusive relationships in Japan</p>
----------------------	---	------------	-----------	----------	---

Scopus

Sökning Datum	Sökord	Antal träffar	Lästa abstract	Första urval	Relevanta artiklar
# 1 191031	(TITLE-ABS-KEY (women OR woman OR female* OR "abused women" OR "battered women") AND TITLE-ABS-KEY ("attitude of health personnel" OR "Staff Attitude") AND TITLE-ABS-KEY ("domestic violence" OR "intimate partner violence" OR "intimate partner abuse" OR "dating violence" OR "Spouse abuse" OR "Wife Abuse")) AND (LIMIT-TO (DOCTYPE , "ar")) AND (LIMIT-TO (LANGUAGE , "English") OR LIMIT-TO (LANGUAGE , "Swedish"))	357	12	5	0
# 2 191031	(TITLE-ABS-KEY (women OR woman OR female* OR "abused women" OR "battered women") AND TITLE-ABS-KEY (perception OR experience OR treat) AND TITLE-ABS-KEY ("attitude of health personnel" OR "Staff Attitude") AND TITLE-ABS-KEY ("intimate partner violence" OR "intimate partner abuse" OR "dating violence" OR "Spouse abuse" OR "Wife Abuse"))	109	9	2	0
# 3 191031	(TITLE-ABS-KEY (women OR "Battered Women" OR "abused women") AND TITLE-ABS-KEY ("Domestic violence" OR "intimate partner violence" OR "intimate partner abuse" OR "Spouse abuse" OR "dating violence" OR "wife abuse") AND TITLE-ABS-KEY (perception OR experience OR treat OR views OR "point of view") AND TITLE-ABS-KEY ("health care" OR healthcare OR "attitude of health personnel" OR "staff Attitude")) AND (LIMIT-TO (PUBYEAR , 2019) OR LIMIT-TO (PUBYEAR , 2018) OR LIMIT-TO (PUBYEAR , 2017) OR LIMIT-TO (PUBYEAR , 2016) OR LIMIT-TO (903	54	15	4 st Emergency healthcare experiences of women living with intimate partner violence Health professionals' responses to women's disclosure

	PUBYEAR , 2015) OR LIMIT-TO (PUBYEAR , 2014) OR LIMIT-TO (PUBYEAR , 2013) OR LIMIT-TO (PUBYEAR , 2012) OR LIMIT-TO (PUBYEAR , 2011) OR LIMIT-TO (PUBYEAR , 2010) OR LIMIT-TO (PUBYEAR , 2009) OR LIMIT-TO (PUBYEAR , 2008) OR LIMIT-TO (PUBYEAR , 2007) OR LIMIT-TO (PUBYEAR , 2006) OR LIMIT-TO (PUBYEAR , 2005) OR LIMIT-TO (PUBYEAR , 2004)) AND (LIMIT- TO (LANGUAGE , "English"))				of domestic violence The duality of suffering and trust: abused women’s experiences of general psychiatric care - an interview study Women’s experiences with healthcare professionals after suffering from gender-based violence: An interview study
--	--	--	--	--	---

Bilaga 2 - Artikelöversikt

Artikelöversikt över de valda artiklarna

Författare Titel År Land	Syfte	Urval	Metod	Resultat	Kvalitet
Nemoto, K., Rodriguez, R. & Mkandawire- Valhmu, L. Battered Japanese women's perceptions and experiences of beneficial health care 2008 USA (Japan)	Att undersöka japanska kvinnors uppfattning och upplevelser av hälso- och sjukvård som de fann hjälpfull då de utsattes för partnervåld.	15 kvinnor, över 18 år gamla, tidigare varit i kontakt med hälso- och sjukvård i samband med partnervåld eller har varit/är utsatta för partnervåld.	Face-to-face semistrukturerade intervjuer. Analysmetoden var tematisk.	Tre teman som kvinnorna ansåg bidra till hjälpfull vård hittades. "Empati och Förståelse", "Professionell intervention" och "Flexibelt system och assistans"	Medel. Saknar metod- diskussion. Deltagarna fick mindre ekonomisk ersättning.
Pratt-Eriksson, D., Bergblom, I. & Lyckhage, E-D. Don't ask don't tell: Battered women living in Sweden encounter with healthcare personnel and their experience of the care given 2014 Sverige	Att få en djupare förståelse angående våldsutsatta kvinnors erfarenheter om partnervåld deras möte med sjukvården, socialtjänsten och polisen.	12 kvinnor över 18 år gamla, som bodde i härberge i Stockholm. 9 kvinnor hade tidigare erfarenhet av partnervåld. 3 kvinnor hade nuvarande erfarenhet av partnervåld.	Fenomenologis- k hermeneutisk metod. Intervjuer.	Kvinnorna upplevde icke- vårdande bemötande, ökat lidande och kände sig traumatiserade på nytt vid möte med hälso- och sjukvårdsperson- alen. Kvinnorna kände besvikelse och sorg över bristen på empati, omvårdnad och stöd	Hög
Reisenhofer, S. & Seibold, C. Emergency healthcare experiences of women living with intimate	Att utforska våldsdrabbade, australiska kvinnors erfarenheter med hälso- och sjukvården och hur dessa	7 kvinnor som upplevt partnervåld och hade någon gång, under tiden våldet pågick, sökt hjälp på en	Semistrukturerade intervjuer. Dataanalys gjordes med hjälp av NVIVO 8.	Fyra huvudkategorier identifierades. Tillgång till sjukvård, kvinnornas vårdbehov vs. vården de fick.	Medel. Saknar grundlig metodreflektion

<p>partner violence</p> <p>2012</p> <p>Australien</p>	<p>påverkar deras förståelse om partnervåld och självbild.</p>	<p>akutmottagning och besökt en vårdcentral. 2 kvinnor hade även besökt en psykolog eller psykiatriker</p>		<p>Samtal om partnervåld och uppbyggnad av självkänsla, samt erkännande av partnervåld och återuppbyggnad av självuppfattningen</p>	
<p>Nemoto, K., Rodriguez, R. & Mkandawire-Valhmu, L.</p> <p>Exploring the health care needs of women in abusive relationships in Japan</p> <p>2006</p> <p>USA (Japan)</p>	<p>Japanska kvinnors erfarenheter av inom hälso- och sjukvården, samt deras möte med sjuvårdspersonalen</p>	<p>6 kvinnor över 18 år gamla, som ansåg sig själva vara utsatta för partnervåld</p>	<p>Fokusgrupp och individuella intervjuer.</p>	<p>Deltagarnas fysiska och psykiska skador orsakade av partnervåld, förminskades av sjuvårdspersonalen. Kvinnorna fick inte tillräckligt med tid för samtal med vårdgivarna</p>	<p>Medel.</p> <p>Saknar metoddiskussion</p>
<p>Keeling, J. & Fisher, C.</p> <p>Health professionals' responses to womens' disclosure of domestic violence</p> <p>2015</p> <p>Storbritannien</p>	<p>Att utforska kvinnors erfarenheter av hälso- och sjukvårdspersonalens beteende, då de avslöjade partnervåld</p>	<p>15 kvinnor bosatta i Storbritannien med erfarenheter av partnervåld</p>	<p>Narrativa intervjuer med tematisk analys</p>	<p>3 teman identifierades. 2 teman som visade att beteenden från hälso- och sjukvårdspersonalen kunde spegla våldsutövaren. 1 tema som visade de positiva och hjälpsamma beteenden från personalen.</p>	<p>Hög.</p>
<p>Zink, T., Jacobson, J., Regan, S. & Pabst, S.</p> <p>Hidden victims: The healthcare needs and experiences of</p>	<p>Att få en bättre förståelse för äldre kvinnors, som är eller har varit utsatta för partnervåld, behov och deras erfarenheter av möten med hälso- och</p>	<p>38 kvinnor över 55 år gamla med erfarenhet av partnervåld</p>	<p>Intervjuer. Tematisk analys</p>	<p>Teman som identifierades visade både positiva och negativa upplevelser. Äldre kvinnor hade även upplevelser från tiden då</p>	<p>Medel.</p> <p>Saknar reflektion över forskarrollen. Deltagarna fick en mindre ekonomisk ersättning</p>

<p>older women in abusive relationships</p> <p>2004</p> <p>USA</p>	<p>sjukvårdspersonal</p>			<p>partnervåld ansågs vara privat. Dessa upplevelser påverkade deras syn på hälso- och sjukvårdens roll.</p>	
<p>Örmon, K., Torstensson-Levander, M., Sundqvist, C. & Bahtsevani, C.</p> <p>The duality of suffering and trust: abused women's experiences of general psychiatric care - an interview study</p> <p>2013</p> <p>Sverige</p>	<p>Att upplysa hur kvinnor utsatta för fysiskt, psykiskt och/eller sexuellt våld upplevde vården given på en allmänpsykiatrisk avdelning, efter avslöjandet av våldet</p>	<p>9 utsatta kvinnor som hade sökt hjälp från en allmänpsykiatrisk avdelning i södra Sverige.</p>	<p>Kvalitativ induktiv innehållsanalys. Intervjuer användes för datainsamling.</p>	<p>Kategorierna som identifierades var "bli förminskad", "bli missförstådd" och "bli vårdad". Både positiva och negativa upplevelser av vården identifierades från intervjuerna</p>	<p>Hög.</p>
<p>Wallin Lundell, I., Eulau, L., Bjarneby, F. & Westerbotn, M.</p> <p>Women's experiences with healthcare professionals after suffering from gender-based violence: an interview study</p> <p>2017</p> <p>Sverige</p>	<p>Att beskriva hur våldsutsatta kvinnor i Mexiko upplever möten med sjukvårdspersonal</p>	<p>7 kvinnor från Mexiko, utsatta av partnervåld från ett tidigare heterosexuellt förhållande.</p>	<p>Deskriptiv kvalitativ studie. Face-to-face intervjuer användes som datainsamling. Induktiv innehållsanalys gjordes</p>	<p>Fyra kategorier identifierades. "Skamkänslor av att vara utsatt för våld", "Känslor av att vara oviktig", "Känslor av att kräva tid" och "Känslor av att otrygghet/trygghet"</p>	<p>Hög</p>
<p>Narula, A., Agarwal, G. & McCarthy, L.</p> <p>Intimate partner violence: patients'</p>	<p>Att identifiera hur kvinnor utsatta för partnervåld upplevde vården från deras husläkare, samt att</p>	<p>10 kvinnor</p>	<p>Intervjuer. Innehållsanalys</p>	<p>Rädsor för att bli dömd, misstrodd och konsekvenser från våldsutövaren, hindrade kvinnor att</p>	<p>Hög</p>

experiences and perceptions in family practice 2012 Kanada	identifiera var bristerna i vården finns.			berätta om partnervåldet. Även upplevelsen av att husläkaren inte hade tid, intresse eller ansvar, hindrade kvinnorna från att berätta. Kvinnor uppskattade att bli lyssnade på, uppföljning, samt bekräftelse från husläkaren. Alla kvinnor upplevde olika former av isolering.	
---	---	--	--	---	--