

Examensarbete i omvårdnad, 15 hp, Grundnivå (G2E)
Sjuksköterskeprogrammet 180 hp
Godkänt och examinerat: 2018-05-31

Se mig, jag finns

En litteraturöversikt av vårdpersonalens
bemötande av våldsutsatta kvinnor inom hälso-
sjukvården

Look here, I exist

A literature review of health professionals'
encounter of women in violence in healthcare

Författare: Kawsar Hurtig

Handledare: Monir Mazaheri, Högskolelektor
Elina Scheers Andersson, Högskoleadjunkt

Examinator: Jörgen Medin, Högskolelektor

SAMMANFATTNING

Bakgrund: År 2015 gjordes 17 000 anmälningar om misshandelsbrott i Sverige. I 46% av anmälningarna var gärningsmannen i en nära relation med offret. När de våldsutsatta kvinnorna söker vård saknar vårdpersonal rutiner och resurser för att uppmärksamma och bemöta kvinnorna på adekvat sätt, trots att hälso- och sjukvården har lagstadgat ansvar att förebygga, upptäcka och identifiera våld. Därav intresset för hur vårdpersonal bemöter dessa kvinnor och vilka rutiner och resurser som finns inom hälso- och sjukvården att ge stöd till våldsutsatta kvinnor. **Syfte:** Litteraturöversikten syftade till att kartlägga hälso- och sjukvårdens bemötande av kvinnor som utsätts för våld i nära relation av en manlig partner. **Metod:** En allmän litteraturöversikt baserad på kvalitativa och kvantitativa artiklar. **Resultat:** Vårdpersonal inom hälso- och sjukvården uppmärksammade och bemötte sällan våldsutsatta kvinnor i vården på grund av bristande kunskap och utbildning. Brister i rutiner och resurser hindra vårdpersonalen från att bemöta och ge adekvat stöd till våldsutsatta kvinnor. **Slutsatser:** Slutsatsen som kan dras är att den som främst drabbas av vårdpersonalens bristande bemötande samt hälso- och sjukvårdens bristande rutiner och resurser, är den våldsutsatta kvinnan. **Förslag på fortsatt forskning:** Efterforska vidare hur hälso- och sjukvården arbetar med bristerna som framkommer i bemötandet med våldsutsatta kvinnor.

Nyckelord: *Bemötande, hälso- och sjukvården, sjuksköterskor, våldsutsatta kvinnor, våld i nära relation*

ABSTRACT

Background: In 2015, 17,000 reports were made of about assault cases in Sweden. In 46% of the reports the perpetrator was in a close relationship with the victim. When the victims of violence seek care, healthcare staff lacks routines and resources to pay attention to and respond to women adequately, despite the fact that the healthcare system has legal responsibility to prevent, detect and identify violence. Hence the interest in how healthcare professionals meet these women and what routines and resources are available in health care to support women with violence. **Aim:** The literature review's aims was to map the encounter of women who are exposed to violence in close relationships with a male partner. **Method:** A general literature review based on qualitative and quantitative articles. **Result:** Healthcare professionals pay attention to and rarely respond to vulnerable women in healthcare due to lack of knowledge and education. Lack of routines and resources prevents healthcare professionals from responding to and providing adequate support to women with violence. **Conclusions:** The conclusion that can be drawn is that the predominantly affected person's lack of treatment and the lack of routines and resources of the healthcare system is the woman who is the victim of violence. **Suggestions for Continuing Research:** To research how healthcare is working with the shortcomings that presents in the encounter of women who experience intimate partner violence.

Key words *Abused women, healthcare, intimate partner violence (ipv), nurses, encounter*

INNEHÅLLSFÖRTECKNING

1. INTRODUKTION	1
2. BAKGRUND	2
2.1 DEFINITIONER.....	2
2.2 TIDIGARE FORSKNING.....	3
3. TEORETISK PERSPEKTIV	6
4. PROBLEMFÖRMULERING.....	7
5. SYFTE OCH FRÅGESTÄLLNING	7
6. METOD	8
6.1 DESIGN.....	8
6.2 URVAL.....	8
6.3 DATAINSAMLING.....	9
6.4 DATAANALYS	10
6.5 ETISKA ASPEKTER.....	10
7. RESULTATREDOVISNING.....	11
7.1. STUDIERNAS KARAKTÄR	11
7.2. STUDIERNAS RESULTATREDOVISNING.....	12
8. DISKUSSION.....	18
8.1 METODDISKUSSION	18
8.2 RESULTAT DISKUSSION	20
9. SLUTSATSER.....	23
10. FÖRSLAG PÅ VIDARE FORSKNING/IMPLIKATIONER.....	23
REFERENSER	25
Bilaga 1, sökmatrix.....	i

1. INTRODUKTION

Mäns våld mot kvinnor i nära relationer är ett stort förekommande samhällsproblem. Enligt världshälsoorganisationen har en av tre kvinnor runt om i världen någon gång blivit utsatt för fysiskt och/eller sexuellt våld i en parrelation. Med vetskapen om att denna problematik förekommer bland de patienter jag mött och kommer att möta i min roll som sjuksköterska känns det viktigt med ett adekvat förhållningssätt gentemot patienterna.

Under min praktik på primärvården upplevde jag att det överlag inte talades om mäns våld gentemot kvinnor i nära relation. Detta utvecklade ett intresse hos mig att fördjupa mig i huruvida min uppfattning stämde. För mig blev det viktigt att uppmärksamma hur verkligheten såg ut då våldsutsatta kvinnor sällan vänder sig till vården för stöd och hjälp. Det blev också väsentligt att jag, som blivande yrkesverksam inom hälso- och sjukvården, fick undersöka vilka förutsättningar som finns för att fånga upp våldsutsatta.

I denna litteraturöversikt undersöks enbart mäns våld gentemot kvinnor då de i större utsträckning blir utsatta för våld i nära relation än män. Jag är medveten om att detta inte exkluderar att kvinnor utsätter kvinnor för våld, eller att våld inte förekommer i andra parrelationer, än heterosexuella. Denna avgränsning görs dock då det är brist med utrymme för sådan diskussion i denna litteraturöversikt.

2. BAKGRUND

I följande stycke kommer de definitioner som används under examensarbetets gång att klargöras.

2.1 DEFINITIONER

Begreppet *våld mot kvinnor* definieras som: ”Varje könsrelaterad våldshandling som resulterar i fysisk, sexuell eller psykisk skada eller lidande för kvinnor, samt hot om sådana handlingar, tvång eller godtyckligt frihetsberövande, vare sig det sker i det offentliga eller privata livet” (Johansson-Latham, 2008, s.21).

I detta examensarbete där *våld i nära relation* beskrivs, utgås det utifrån kvinnor som är i en heterosexuell relation med män. Begreppet *våld i nära relation* definieras som: ”våld i nära relationer är ofta ett mönster av handlingar som kan vara allt ifrån subtila handlingar till grova brott” (Socialstyrelsen, 2017).

Fysiskt våld

Vid benämning av fysiskt våld innebär det en oönskad fysisk beröring och handling som orsakar fysisk smärta (Våld i nära relationer, 2017; Socialstyrelsen, 2017).

Psykiskt våld

Vid benämning av psykiskt våld innebär det verbala kränkningar, direkta och indirekta hot och isolering (Våld i nära relationer, 2017; Socialstyrelsen, 2017).

Bemötande

I detta examensarbete undersöks hälso- och sjukvårdens bemötande av våldsutsatta kvinnor. Bemötande innebär i detta sammanhang att patienten erbjuds värdig omvårdnad i kombination med respekt (Svensk sjuksköterskeförening, 2014).

2.2 TIDIGARE FORSKNING

Våld i nära relation

Under år 2015 gjordes 17 000 anmälningar om misshandelsbrott i Sverige. I 46 % av anmälningarna var gärningsmannen i en nära relation med offret (Brottsförebyggande rådet, 2015). I 85 % av fallen där våld i nära relation förekommit var det männen som utövade våld mot kvinnor (Brottsförebyggande rådet, 2009). Madzimbale och Khoza (2010) uppmärksammar i sin studie att det existerar ett mörkertal gällande våld i nära relationer då flertalet väljer att inte anmäla det. Brottsförebyggande rådet (2014) approximerar att antalet som polisanmäler våld i nära relationer är 4 % av de som utsätts för det. Socialstyrelsen (2016) lyfter samma problematik kring mörkertal och upplyser att anledningen till att de våldsutsatta inte vågar anmäla är på grund av att de känner sin förövare och då drar sig för att göra anmälan mot någon som är deras partner. Enligt WHO (2013) kommer en av tre kvinnor drabbas av fysiskt- eller sexuellt våld under deras livstid. Brottsförebyggande rådet (2017) beskriver de negativa följderna som följer mäns våld mot kvinnor i nära relationer då våldet orsakar mänskligt lidande och resulterar i psykisk- och fysisk ohälsa hos kvinnor.

WHO (2014) samt Socialstyrelsen (2016) beskriver hur våld i parrelation påverkar kvinnors fysiska, psykiska, sexuella och reproduktiva hälsa negativt. Andra konsekvenser av våldsutsatthet är socioekonomiska svårigheter i form av arbetslöshet, långtidssjukskrivning, isolering, ekonomiska problem etc. (WHO, 2014; Socialstyrelsen, 2016). Campbell (2002) beskriver i sin studie specifika negativa hälsoeffekter av våldet på kvinnor som exempelvis kroppsskada, kronisk smärta, gastrointestinala- samt vaginala besvär. I studien beskriver författaren våld mot kvinnor även som en kränkning mot mänskliga rättigheter. Leônidas, Maria, Queiroz, Tyrrell och Bravo (2014) utförde en studie som påvisar att våld mot kvinnor är den mest signifikanta faktorn som gör att personliga, familjära och sociala strukturer upphör. Denna studie visar också att våldet underminerar bevarandet av energi, förstör kvinnors egna integritet och autonomi samt minskar kvinnors självbild och självförtroende (ibid.).

Ansaret gentemot våldsutsatta kvinnor

Sverige ratificerade år 2014 Europarådets konvention om förebyggande och bekämpning av våld mot kvinnor och våld i hemmet (Nationellt Center för Kvinnofrid, 2017). Det förebyggande arbetet handlar till stor del om att minska upprepad utsatthet genom stöd och hjälp (Brottsförebyggande rådet, 2017). Hälso- och sjukvården har en stor del av det förebyggande ansvaret, då det i hälso- och sjukvårdslagen (HSL) (1982:763, 2 §) stadgas att de har ansvar för att upptäcka och förebygga våld, beakta patientens behov av trygghet samt främja goda kontakter mellan patient och sjukvård. Heimer och Sandberg (2008) beskriver hur ansvaret att inge god hälsa med vård på lika villkor i befolkningen går hand i hand med att upptäcka och identifiera våld mot kvinnor (Heimer & Sanberg, 2008). Utöver hälso- och sjukvårdens ansvar ligger även ett ansvar hos familjen när det förekommer våld i nära relationer. I Clark, Silverman, Shahroui, Everson-Rose och Groce (2009) studie fastställer författarna att en stödjande familj kan vara en skyddande faktor mot våldsutsatthet men att familjer sällan träder fram för att stödja de våldsutsatta kvinnorna. Forskningsfältet gällande familjens betydelse för våldsutsatta kvinnor har det forskats lite kring, därmed belyser författarna att ansvaret faller på samhället att hjälpa och stödja de våldsutsatta kvinnorna. Sigurvinsdottir, Riger och Ullman (2016) studie belyser även samhällets ansvar gentemot våldsutsatta kvinnor då vänner till våldsutsatta utvecklar psykisk ohälsa, i form av stress och oro då de kan känna en press av att de har ansvar att stödja den våldsutsatta kvinnan. Vänner till våldsutsatta kvinnor kan uppleva ambivalens samt förvirring i hur de ska förhålla sig till den våldsutsattas situation då våld i nära relation kan anses vara en privat ensak och känsligt om utomstående lägger sig i (ibid.).

Inom hälso- och sjukvården utgör sjuksköterskor en nyckelgrupp när det gäller att upptäcka och identifiera våld för att på så sätt ge stöd och vård till de utsatta. Häggblom och Möller (2006) lyfter i sin studie fram hur sjuksköterskor uppfattar sig vara den viktigaste vårdpersonalen i arbetsgruppen. Även Hewitt (2015) drar slutsatsen i sin studie att sjuksköterskor har möjligheten att förebygga våldsutsatta kvinnor. Detta då sjuksköterskor jobbar patientnära inom hälso- och sjukvården och utifrån deras yrkesroll kan ingripa och främja god hälsa för våldsutsatta kvinnor (Hewitt, 2015; Häggblom, Möller, 2006). Edlund, Leander och Skoger, (u.å) understryker i sin handlingsplan vikten av att vårdpersonal bemöter våldsutsatta kvinnor på ett värdigt sätt då bemötandet är av betydelse för att lindra patientens lidande. Heimer och Sandberg (2008) beskriver att den goda kontakten vid bemötandet är av allra största vikt.

Författarna befäster sjuksköterskans väsentliga roll då de har ett övergripande kommunikationsansvar gentemot patienterna. Sjuksköterskan strävar dessutom efter en tillitsfull relation som i sin tur kan leda till att kvinnor får ett ökat självförtroende och kan förlita sig på andra människor. Detta kan i sin tur leda till att våldsutsatta kvinnors tilltro till vården ökar och att förutsättningar finns för att de ska våga söka hjälp (ibid.) Madzimbale och Khoza (2010) tar i sin studie upp vikten av att vårdpersonal beaktar kvinnors behov av trygghet då just trygghet är en grundläggande mänsklig rättighet. Dufort, Gumpert och Stenbacka (2013) yttrar angelägenheten i sin studie att våldsutsatta kvinnor behöver vård och stöd då den yttersta konsekvensen av våldsutsatthet kan leda till döden på grund av våldet och/eller den psykiska ohälsa våldet medför.

Rutiner och resurser inom hälso- och sjukvården

En förutsättning för att hälso- och sjukvården ska kunna erbjuda den våldsutsatta adekvat vård och stöd är att rutiner och resurser finns för att upptäcka våldsutsatthet. Enligt Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd (8 kap. 1 § SOSFS 2014:4) ansvarar vårdgivaren för att utarbeta rutiner som behövs i verksamheten för när och hur frågan om våld ska ställas. Verksamheten ansvarar även för att utarbeta tydliga rutiner som behövs för hur personalen ska agera när en individ som utsätts för våld uppmärksammas.

Swales, Lehman och McCall-Hosenfeld (2017) utförde en studie för att åskådliggöra våldsutsatta kvinnors erfarenheter av hälso- och sjukvård som haft rutiner att kartlägga våldsutsatthet. I studiens slutsats poängteras vikten av att hälso- och sjukvården gör större ansträngningar för adekvata rutiner och resurser. Coker, Smith, Bethea, King och McKown (2000) fann i sin studie att många våldsutsatta kvinnor förekommer inom vården då de söker vård för kronisk smärta, migrän, huvudvärk, sexuellt förvärvade infektioner, magsår och andra besvär. Dessa symtom är svåra att förknippa med sjukdomsorsaken vilket försvårar vårdpersonalens arbete att fånga upp våldsutsatta kvinnor samt att kunna erbjuda behandling. Författarna till studien poängterar också hur viktigt det är att hälso- och sjukvården arbetar med att fånga upp våldsutsatta kvinnor då följderna av att missa denna målgrupp kan ge allvarliga negativa följder på kvinnors liv, både psykiskt och fysiskt (ibid.).

3. TEORETISK PERSPEKTIV

Det teoretiska perspektivet som valts och bäst tillämpas till examensarbetets syfte och innehåll är vårdande och lidande utifrån vårdteoretikern Katie Eriksson (1993, 1994, 2002, 2004). Anledningen till att detta perspektiv valts är för att kunna belysa vikten av att hälso- och sjukvården har ett adekvat bemötande gentemot våldsutsatta kvinnor och hur deras bemötande kan påverka våldsutsatta kvinnors möjlighet till god hälsa. Eriksson (1993) definierar hälsa som sundhet, friskhet och välbefinnande. Sundhet menas med den psykiska hälsan, friskhet den fysiska hälsan och välbefinnande människans personliga upplevelse av välbefinnande. Att ha en god hälsa är att bidra med en god vård. Eriksson (2004) beskriver att viljan av att vårda uttrycks i det naturliga vårdandet vilket är en naturlig egenskap hos människor. Det naturliga vårdandet har lett till ett yrkesmässigt vårdande som utförs i t.ex. hälso- och sjukvården. Det yrkesmässiga vårdande har sin utgångspunkt i en helhetssyn som handlar om att vårdande är olika former av ansning, lekande och lärande och genom det skapas tillit, tillfredsställelse, kroppsligt och andligt välbefinnande. Eriksson (2002) säger att ansning kan tillämpas som en omvårdnadsåtgärd för att hålla patienten ren och må bra kroppsligt. Detta kan genomföras via beröring som samtidigt menas med att via beröring bekräftar vårdpersonalen patienten. Vård i form av lekande och lärande har sin innebörd i att personen exempelvis får en upplevelse av att de själva har kontroll över situationen. Det är viktigt att som vårdare ge personen utrymme till leken och överlåta kontrollen till patienten. Detta ger möjlighet till patienten att uppleva tillit och tillfredsställelse. Lärande är det essentiella inom vårdande då det innebär att utvecklas och uppnå något högre som individ vilket växer fram ur de behov människan har samtidigt som vårdarens roll är att möjliggöra det.

Eriksson (2004) beskriver att vårdandet är avgörande för stödjande och skyddande av ett liv. Vårdandet kommer i uttryck genom vår hållning, handling och den kultur vi skapar som professionella vårdare. Den professionella vårdarens primära roll är att vårda patienten vilket kräver att vårdaren skapar en vård handling avsedd just för den aktuella patienten.

Eriksson (1994) beskriver vidare om ett lidande inom sjukvården som tre olika former, sjukdomslidande, livslidande samt vårdlidande. Sjukdomslidande uppstår i samband med sjukdom och behandling där smärtan är vanligaste orsaken. Detta lidande kan skapa en form av lidande i djupare nivå hos människan dvs. kropp, själ och ande. Vårdlidande är det som orsakas av vårdpersonalen medvetet eller omedvetet och det har sin grund i bristande reflektion eller förståelse för lidande.

4. PROBLEMFORMULERING

Mäns våld mot kvinnor i nära relationer är ett stort samhällsproblem då våldets yttersta konsekvens kan vara en kvinnas död. Flertalet kvinnor väljer att inte anmäla förövaren då de är i en nära relation med förövaren. Detta gör att det finns ett stort mörkertal gällande hur många kvinnor som blir utsatta av våld i en nära relation. När de våldsutsatta kvinnorna söker sig till vården på grund av andra besvär har inte vårdpersonalen rutiner och resurser för att uppmärksamma och bemöta de våldsutsatta kvinnorna på ett adekvat sätt. Därmed har vårdpersonal svårt att fånga upp dessa kvinnor då besvären kan vara svåra att förknippa med våldsutsatthet.

Eftersom hälso- och sjukvården har lagstadgat ansvar att förebygga, upptäcka och identifiera våld är det vårdpersonalen som bör uppmärksamma och fånga upp våldsutsatta kvinnor. Inom vården har vårdpersonal som till exempel sjuksköterskan en nyckelroll när det gäller att uppmärksamma och bemöta våldsutsatta kvinnor då de har ett övergripande kommunikationsansvar. Därmed finns det ett intresse för samhället att kartlägga hur vårdpersonal inom hälso- och sjukvården bemöter dessa kvinnor och vilka rutiner och resurser som finns.

5. SYFTE OCH FRÅGESTÄLLNING

Syftet med denna litteraturöversikt var att kartlägga hälso- och sjukvårdens bemötande av kvinnor som utsätts för våld i nära relation av en manlig partner.

Frågeställningarna som användes för att besvara syftet var följande:

- Hur uppmärksammade och bemötte vårdpersonal inom hälso- och sjukvården kvinnor som utsatts för våld i nära relation av en manlig partner?
- Vilka rutiner och resurser fanns inom hälso- och sjukvården för att bemöta och ge stöd till våldsutsatta kvinnor?

6. METOD

I kommande avsnitt kommer examensarbetets tillvägagångssätt presenteras utifrån design, urval, datainsamling och dataanalys samt avslutningsvis etiska aspekter.

6.1 DESIGN

För att kunna besvara syftet utformades examensarbetet som en allmän litteraturöversikt i enlighet med Friberg (2012). För att få en bredd i datainsamlingen valdes både kvalitativa och kvantitativa artiklar. Med de kvalitativa studierna besvaras syftet med ett djup då de ofta genomförs via intervjuer för att skapa en förståelse av tex upplevelser eller erfarenheter. Medan kvantitativa studier ofta utförs på en större population med syfte att finna bevis för hur saker och ting är och hur det kan utvecklas (Segesten, 2012). Denna kombination användes för att få en helhetssyn i sjuksköterskors upptäckt och bemötande av våldsutsatta kvinnor samt förutsättningarna som fanns för de att utföra detta arbete.

6.2 URVAL

När urvalet av artiklar skedde fastställdes ett antal inklusions- och exklusionskriterier. Detta för att kunna ta fram de artiklar som ansågs vara relevanta för examensarbetet (Friberg, 2012). Inklusionskriterierna var att artiklarna skulle innehålla vårdgruppen sjuksköterskors interaktion med våldsutsatta kvinnor samt vara referent granskade, så kallade *peer reviewed*. När artiklar är *peer reviewed* innebär det att de blivit granskade av minst två oberoende personer (Polit & Beck, 2016). Andra inklusionskriterier var att *abstract* fanns samt att artiklarna var tillgängliga i fulltext. För att litteraturöversikten skulle vara aktuell/relevant begränsades artiklarnas publiceringsdatum mellan åren 2000 till 2017. Exklusionskriterierna för litteraturöversikten var artiklar som inte presenterade en etisk diskussion och/eller godkännande från en etisk kommitté.

6.3 DATAINSAMLING

För att hitta relevanta vetenskapliga artiklar är det viktigt att utforma sökord (Friberg 2012). Sökord som identifierades till detta examensarbete var, *intimate partner violence (ipv)*, *domestic violence*, *abused*, *healthcare*, *nurse* samt *experience*. I svensk översättning: *våld i nära relation/relationer*, *våld i hemmet*, *utsatthet*, *hälso- och sjukvård* samt upplevelser. Sökorden användes sedan i MeSH-katalogen vid Karolinska Institutet för att få fram användbara MeSH-termer (Medical Subject Headings) för att underlätta sökningarna i databaserna (Karolinska Institutet, u.å). MeSH-termer som användes i sökningarna var *spouse abuse*, *domestic violence*, *violence*, *intimate partner violence*. Sökningarna gjordes i databaserna CINAHL och MEDLINE (Polit & Beck, 2016).

Resultatet av sökningarna bearbetades titel för titel för att möjliggöra en första uppfattning gällande vilka artiklar som skulle kunna besvara syftet (Östlundh, 2012). 46 studier ansågs vara relevanta för vidare sortering. Författaren läste igenom *abstract* och kvalitetsgranskade med stöd av Fribergs (2012) utformade mall för granskning av kvalitativa respektive kvantitativa studier. När samtliga studier hade granskats kunde ställning tas om studierna var av hög, medel eller av låg kvalitet (ibid.) De studier som klassificerades som medel eller hög kvalitet användes i denna allmänna litteraturöversikten, vilket blev totalt 10 studier. En av artiklarna är ett publicerat studieprotokoll (Goicolea, Vives-Cases, Sebastian, Marchal, Kegels & Hurtig, 2013) och en artikel är inte originalartikel (Miller, McCaw, Humphreys & Mitchell, 2015) men ansågs av författaren relevanta för denna litteraturöversikt och har därför används som sekundärkälla. Studier som bedömdes vara av låg kvalitet inkluderades ej utan finns sammanställda i Bilaga 1 (se "*Bilaga 1, Sökmatrix*").

6.4 DATAANALYS

Dataanalysen genomfördes i olika steg för att få en grundlig genomgång av de valda studierna samt för att identifiera gemensamma nämnare (Friberg, 2012). Analysdelen genomfördes i tre steg som Friberg (2012) föreslår är rimliga för att genomföra analys samt identifiera övergripande områden.

I första steget läste författaren till detta examensarbete artiklarna flera gånger för att få en uppfattning av innehållet och sammanhanget. I andra steget identifierades likheter och/eller skillnader i studiernas teoretiska utgångspunkt, genomförande, analys och syfte. Samt därefter identifiera likheter och/eller skillnader i studiernas resultat. I det tredje steget gjordes en sammanställning till en allmän översikt för att på så sätt sortera valda studier utifrån de aktuella frågeställningarna. På så sätt identifierades olika teman som därefter bildade olika huvudteman till resultatdelen (Friberg, 2012).

6.5 ETISKA ASPEKTER

Insamling av data ska göras på ett sätt att informanterna eller andra personer inte tar skada eller kränks (Kjellström, 2012). Eftersom denna studie är en litteraturöversikt och inte en utförd kvalitativ eller kvantitativ studie kan det vara svårare att försäkra sig om att de inblandade personerna inte påverkats negativt. Därför var det viktigt att valda studier innehöll etiska diskussioner och/eller godkännande från en etisk kommitté för att försäkra sig om att plagiat eller förvrängning av andras resultat ej skett, samt att inblandade i studierna inte kommit till skada eller blivit kränkta (Forsberg & Wengström, 2008). Utöver dessa principer kommer hänsyn tas till grundläggande principen om att inte utföra en studie som kan ge men eller skada till den målgrupp examensarbetet avser (Bryman, 2011).

7. RESULTATREDOVISNING

I följande avsnitt kommer resultatredovisning ske utifrån Fribergs (2012) metod. Avsnittet bygger på två delar där första delen beskriver studiernas karaktär och den andra analysen av studiernas resultatdelar i form av huvudteman.

7.1. STUDIERNAS KARAKTÄR

De valda studierna består av sju kvalitativa studier (Decker, Frattaroli, McCaw, Coker, Miller, Sharps, Lane, Mandal, Hirsch, Strobino, Bennet, Campell & Gielen, 2012; Dienemann, Glass & Hymans, 2005; Goicolea, Vives-Cases, Sebastian, Marchal, Kegels & Hurtig, 2013; Hamberger, Rhodes & Browns, 2014; Pratt-Eriksson, Bergbom & Lyckhage, 2014; Miller, McCaw, Humphreys & Mitchell, 2015; Sundborg, Törnkvist, Saleh-Statinn, Wändel & Hylander, 2015) och tre kvantitativa studier (Lawoko, Sanz, Helström & Castrens, 2011; Häggblom, Hallberg & Möller, 2005; Williams, Halstead, Salani & Koermer, 2016) som är publicerade mellan årtalen 2005 – 2016.

De valda kvalitativa och kvantitativa studierna använder sig av olika forskningsmetoder. De kvalitativa studierna omfattar bland annat fallstudie, semistrukturerade intervjuer, gruppintervjuer med fokusgrupper, fenomenologisk textanalys och systematiskt tillvägagångssätt. (Decker et al., 2012; Dienemann et al., 2005; Goicolea et al., 2013; Hamberger et al., 2014; Pratt-Eriksson et al., 2014; Miller et al., 2015 & Sundborg et al., 2015) De kvantitativa studierna består av enkätundersökning, en tvärsnittsstudie samt en epidemiologisk tvärsnitts- och observationsstudie (Lawoko et al., 2011; Häggblom et al., 2005; Williams et al., 2016).

I de valda studierna presenterar sex av sju kvalitativa studier en teoretisk utgångspunkt för att förklara och tolka resultaten medan de kvantitativa studierna inte redovisar ett teoretiskt perspektiv. De kvalitativa studierna använder bland annat beteendevetenskapligt perspektiv, grundad teori (grounded theory), omvårdnadsteori (middle rang theory) samt Erikssons teori om lidande. Ingen studie använder sig av samma teori.

7.2. STUDIERNAS RESULTATREDOVISNING

I dataanalysen identifierades tre huvudteman. Dessa var: *Hälso- och sjukvårdens interaktion med våldsutsatta kvinnor*, *Hälso- och sjukvårdens rutiner och kunskap* och *Utvecklingspotential för hälso- och sjukvården*. I tabell 2 visas vilka studier som användes under vilket tema.

Tabell 2. Teman och de relaterade artiklarna.

Artikel \ Tema	Hälso- och sjukvårdens interaktion med våldsutsatta kvinnor	Hälso- och sjukvårdens rutiner och kunskap	Utvecklingspotential för hälso- och sjukvården
Pratt-Eriksson, Bergbom och Lyckhage (2014)	X		X
Dienemann, Glass och Hyman (2005)	X		X
Sundborg, Törnkvist, Saleh-Staffin, Wändel och Hylander (2015)	X		X
Hägglom, Hallberg och Möller (2005)	X		X
Miller, McCaw, Humphreys och Mitchell (2015)	X		X
Lawoko, Sanz, Helström och Castrens (2011)	X		X
Decker, Frattaroli, McCaw, Coker, Miller, Sharps, Lane, Mandal, Hirsch, Strobino, Bennet, Campell och Gielen (2012)		X	X
Williams, Halstead, Salani och Koermer (2016)		X	X
Goicolea, Vives-Cases, Sebastian, Marchal, Kegels och Hurtig (2013)		X	X
Hamberger, Rhodes och Browns (2014)	X		X

Hälso- och sjukvårdens interaktion med våldsutsatta kvinnor

Ofta möttes våldsutsatta kvinnor av ett ifrågasättande och obekymrad attityd från vårdpersonal samt att de saknade stöd, vård och empati utav vårdpersonalen som de mötte inom hälso- och sjukvården visade en studie genomförd i Sverige (Pratt-Eriksson et al., 2014). Studien baserades på tolv intervjuer med våldsutsatta kvinnor där syftet var att få en djupare förståelse för våldsutsatta kvinnor och deras möten med aktörer så som vårdpersonal (ibid.). Även i Dienemann et al. (2005) kvalitativa studie efterfrågade de utsatta kvinnorna att vårdpersonalen skulle lyssna utan att vara dömande. En våldsutsatt kvinna berättade följande "I think that some of the staff looks down on us as if it's our fault as women that this happened. One male physician asked me if alcohol was involved during the violence." (Pratt-Eriksson et al., 2014, s. 4).

Följden av att vårdpersonalen brustit i bemötandet ledde till att de våldsutsatta kvinnorna upplevt en existentiell ensamhet och outhärdlig lidande. Flera kvinnor uppgav att vårdpersonalens instrumentella beteende gjort att de känt sig som föremål (Pratt-Eriksson et al., 2014). Flera våldsutsatta kvinnor upplevde att hälso- och sjukvården brast i att skydda dem, samt i deras dokumentation av kvinnornas fysiska- och psykiska tillstånd. Till exempel framkom det i en studie att hälso- och sjukvården hjälpt en våldsutsatt kvinna ta bilder på hennes skador men senare slarvat bort bilderna (Dienemann et al., 2005).

"The women also spoke of the usefulness of photographs of their injuries. They believed that counselors and advocates in the community and hospital providers should take the photographs and give a copy to the women for safekeeping. Several commented that pictures had been taken but lost by hospitals. One woman summed it up as, "You want it for the court situation and also from my own personal standing that I know that if it's documented someplace that I didn't just stand by and do nothing." (Dienemann et al., 2005, s. 225).

Sjuksköterskor var i en studie inte medvetna om att det ingick i deras profession att kartlägga våldsutsatthet och erbjuda stöd och vård. Deras tveksamhet och passivitet i kontakten med våldsutsatta kvinnor ledde till viss del att den våldsutsattas lidande ökades (Sundborg et al., 2015). Dock framkom det i Hamberger et al. (2014) kvalitativa studie att mängden uppmärksammade och identifiering av våldsutsatta kvinnor var något högre senaste tiden jämfört med tidigare men att det fortfarande var en stor brist i hälso- och sjukvårdens bemötande gällande våld i nära relation (ibid.). Konsekvensen av vårdens bristande bemötande kan ha

effekten att våldsutsatta kvinnor inte sökt hjälp vilket i sin tur kan gett förödande konsekvenser för de våldsutsatta (Pratt-Eriksson et al., 2014). Det uppmärksammades även att upptäckta fall av våld i nära relation inte alltid lett till några åtgärder (Hamberger et al., 2014).

Utifrån de brister som har påvisats i vårdpersonalens bemötande använder Miller et al. (2015) en kvantitativ studie för att undersöka hur kartläggningen av våldsutsatta kvinnor kan ske i vården i USA, samt hur de kan uppmärksammas. Studiens resultat visa att sjukvården inte hade förutsättningar att bemöta och uppmärksamma våldsutsatta kvinnor på grund av tidsbrist samt att vårdpersonalen hade bristande självförtroende och kunskap i interaktionen med en våldsutsatt (ibid.). Fyra av fem svarande sjuksköterskor i en finsk studie uppgav att de sakna utbildning i våldsutsatthet och att de är mindre benägna att ta kontakt med våldsutsatta kvinnor i jämförelse med sjuksköterskor som har en intern-utbildning (Hägglom et al., 2005). Författarna beskriver "Nurses found that some aspects of knowledge about abuse against women were especially relevant to them in caring for the victims" (Hägglom et al., 2005, s. 239). Sammantaget ansåg undersökningen att sjuksköterskors bemötande mot våldsutsatta kvinnor ledde till en sämre vårdkvalité (ibid.). Vidare beskriver Hägglom et al. (2005) att sjuksköterskornas attityd mot våldsutsatta kvinnor kunde leda till viss obenägenhet till att erbjuda stöd och hjälp. Många sjuksköterskor hade fördomen att alkohol och droger var bland annat anledningen till våldsutsatthet (ibid.). "Almost two-thirds of the respondents (62%) believed that alcohol and drugs were the cause of physical violence, while 25% of the respondents thought that the abuse was a result of the woman's helpless personality ..." (Hägglom et al., 2005, s. 239).

En studie gjord i Sverige undersökte 217 hälso- och sjukvårdsinsatser i bemötandet gentemot våldsutsatta kvinnor (Lawoko et al., 2011). Studien resulterade i att endast 50 % bemött och undersökt en våldsutsatt kvinna minst en gång inom senaste tre månaderna. I de fall undersökningar utfördes fanns individuella egenskaper hos sjukvårdspersonal som föranledde detta (ibid.). Sjuksköterskor i svensk primärvård berättar i en annan studie hur de tvekat när de kommit i kontakt med våldsutsatta kvinnor då de inte vetat *hur* de ska ställa frågor och *om* de ska ställa frågor (Sundborg et al., 2015). Anledningarna till passiviteten gentemot de våldsutsatta kunde förstås utifrån deras tvekansprocess. Att de själva var rädda för att höra om våldsutsattas upplevelser samt för att undvika att bli för involverade (ibid.). Vissa sjuksköterskor menade på att det dessutom skulle vara svårt att hantera våldsutsatta kvinnor och att passiviteten kunde bero på hög arbetsbelastning på annat håll eller otillräcklig kunskap ibland annat att formulera

frågor som kartlägger om kvinnan upplevt våld (Hägglom et al., 2005). Andra anledningar kunde vara att sjuksköterskor inte ville råka ställa frågor om våld till personer som inte upplevt våld, och på det sätt förödmjuka de (Sundborg et al, 2015). En sjuksköterska beskrev ”The worst thing would be if the patient thinks that I suspect that it [IPV] has happened and then it was never there.” (Sundborg et al, 2015, s. 2259).

Kvinnlig vårdpersonal i form av läkare och sjuksköterskor var mer benägna att undersöka tecken på våldsutsatthet och/eller undersöka våldsutsatthet i jämförelse med manliga läkare och sjuksköterskor (Lawoko et al., 2011). “Female healthcare professionals were more likely to screen for IPV than male colleagues, corresponding with hypotheses suggesting that women may be more prone to screen for IPV out of sympathy for fellow women.” (Lawoko et al, 2011, s. 5). Vårdpersonal som hanterat våldsutsatta hade vissa gemensamma egenskaper som låg rädsla för att förolämpa patienter samt en hög professionell förberedelse som ledde till att våldsutsatta var mer benägna att söka hjälp hos dem (ibid.).

Hälso- och sjukvårdens rutiner och kunskap

Flera hälso- och sjukvårdsinsatser hade anammat den universella rekommendationen från *Medicine’s Clinical Preventive Services for Women* om att kartlägga och engagera sig i våldsutsatta kvinnor (Decker et al., 2012). En studie ville uppmärksamma hur det har blivit efter att hälso- och sjukvården anammat interventioner för att erbjuda stöd och vård till våldsutsatta kvinnor i USA.

Resultatet visade att kartläggningen av våldsutsatta ökats men att de strategier och interventioner som används inte var tydliga. Dessutom tog inte strategierna och interventionerna hänsyn till vilken kontext de våldsutsatta befunnits sig inom då våldsutsattas situation skiljts sig från varandra (ibid.).

Hälso- och sjukvården har en allmän medvetenhet om vikten av att kartlägga våldsutsatta kvinnor och komma i kontakt med dem (Williams et al., 2016). I Williams et al. (2016) studie gjord i USA visade att vårdpersonal inte hade den kunskap om vilka strategier och verktyg som borde användas vid kartläggning av våldsutsatta kvinnor. 288 olika hälso- och sjukvårdspolicys undersöktes gällande bemötande av våldsutsatta kvinnor (ibid.). Det fanns en enighet om att hälso- och sjukvårdsgruppen spelar nyckelroll i den våldsutsattas väg mot positiv förändring men att det fanns en svårighet i att få fram svar på varför, hur och när hälso- och sjukvården

engagerar sig i partnervåld (Goicolea et al., 2013). Vårdpersonalen visste inte vilka frågor som skulle ställas och hur de ställs. Trots att vissa anläggningar hade utbildad personal uppmärksammades det att det inte nödvändigtvis ledde till att kartläggningen av våldsutsatta ökade (Williams et al., 2016).

Utvecklingspotential för hälso- och sjukvården

Samtliga studier efterfrågade bättre kunskap, utbildning och rutiner gällande bemötandet av våldsutsatta kvinnor (Decker et al., 2012; Dienemann et al., 2005; Goicolea et al., 2013; Hamberger et al., 2014; Häggblom et al., 2005; Lawoko et al., 2011; Miller et al., 2015; Pratt-Eriksson et al., 2014; Sundborg et al., 2015; Williams et al., 2016).

Efter kännedom om att all vårdpersonal inte hade kunskap och var utbildade i våldsutsatthet ställde de våldsutsatta kvinnorna krav på att hälso- och sjukvårdspersonalen skulle erhålla adekvat utbildning i hur de bemötte och uppmärksammade våldsutsatta samt att riktlinjer fanns tillgängliga för dem (Dienemann et al., 2005). ”To change negative attitudes and behaviors toward female victims of IPV requires that all involved professions develop their knowledge of causes and impacts of domestic violence.” (Pratt-Eriksson et al, 2014, s. 6).”

Vårdpersonal behövde mer utbildning och kunskap för att kunna bemöta och engagera sig i våldsutsatta kvinnors situation (Häggblom et al., 2005). Detta belyste även Goicolea et al. (2013) i sin studie då resultatet påvisa att hälso- och sjukvården saknar undervisning i hanteringen av våldsutsatta. Williams et al. (2016) uppmuntrar i sin studie till att hälso- och sjukvård skulle utbilda personal inom våld i nära relationer samt skapa skriftliga protokoll på rutiner som beskriver hälso- och sjukvårdens agerande i mötet med våldsutsatta. Författarna anser att det saknas flertalet insatser som kan förbättra de nuvarande metoderna (ibid.). Lawoko et al. (2011) samt Sundborg et al. (2015) studieresultat går i linje med Williams et al. (2016) studieresultat om att det behövs rutiner samt systematisk träning och utbildning i hanteringen av våldsutsatta bland vårdpersonal. Detta då vårdpersonal brast i sitt bemötande gentemot våldsutsatta kvinnor vilket märktes genom att de inte tog initiativ till att undersöka om en kvinna upplevt våld och missade att kartlägga våldsutsatthet.

Tidsbegränsningar, begränsad dokumentation samt hög arbetsbelastning inom hälso- och sjukvården bidrog till att förutsättningarna för att kunna kartlägga och komma i kontakt med

våldsutsatta kvinnor begränsades avsevärt (Goicolea et al., 2013; Hamberger et al., 2014). Modeller och rutiner efterfrågades för att ändra detta. En modell som föreslogs innebar att implementera systemiska förändringar som att satsa mer på utbildningar i hälsoeffekten av våld i nära relation. Modellen ville skapa en arbetsgrupp som inrikta sig på våld i nära relation som implementerar kartläggningen och bemötande av våldsutsatta på varje avdelning. Processen med att bemöta och stötta utsatta kvinnor i en våldsam relation kunde vara lång men både kortsiktiga och långsiktiga mål var värdefulla för kvinnans välmående och hälsa (Decker et al., 2012).

Miller et al. (2015) poängterade hur den våldsutsattas säkerhet och sociala utfall kunde förbättras om de fångats upp inom vården. Övergripande rekommendationer var att hälso- och sjukvården behövde erbjuda vårdpersonal adekvat utbildning i hur de bemöter och uppmärksammar våldsutsatta, att implementera elektroniska hälsojournaler (EHR) för att öka diagnostiseringen av våldsutsatthet samt behandlingsprogram. Det behövdes även samarbete över gränserna med andra relevanta aktörer för att främja gott bemötande av våldsutsatta kvinnor (ibid.).

8. DISKUSSION

I följande avsnitt kommer en metod- samt resultatdiskussion att ske.

8.1 METODDISKUSSION

För att besvara syftet och ge en helhetsbild om hur hälso- och sjukvårdspersonal bemötte kvinnor som utsatts för våld i nära relation utformades arbetet efter en litteraturöversikt. Detta då litteraturöversikter kan ge ett djup samt objektivitet genom att de inkluderar både kvalitativa och kvantitativa artiklar (Friberg, 2012). Till skillnad från Bryman (2011) anser Kvale och Brinkmann (2009) att validitet, reliabilitet samt överförbarhet/generaliserbarhet kan användas på både kvalitativa samt kvantitativa artiklar om det utförs på ett sätt som gör det relevant för litteraturöversikten. Därmed kommer denna metoddiskussion utgå ifrån Kvale och Brinkmanns (2009) syn på validitet, reliabilitet samt överförbarhet/generaliserbarhet.

Validitet mäter om forskaren undersökt det den avsett att undersöka (Kvale & Brinkmann, 2009). I litteraturöversikten utformades två frågeställningar för att försäkra att syftet kunde besvaras vilket även skulle kunna öka validiteten. Det skapades även inklusions- samt exklusionskriterier för att ta fram relevanta artiklar för litteraturöversiktens frågeställningar (Friberg, 2012). Därefter gjordes en grundlig genomgång utifrån Friberg (2012) tre steg för att se till att artiklarna besvarade de aktuella frågeställningarna vilket stärkte validiteten ytterligare. Det som dock kan ha försvagat validiteten är att enbart två databaser använts och inte fler, med anledning av att databaserna CINAHL och MEDLINE var mest relevanta för detta examensarbete.

Reliabilitet mäter ifall litteraturöversiktens resultat hade blivit liknande om andra forskare utfört det (Kvale & Brinkmann, 2009). Då denna litteraturöversikt inte utförts av någon annan författare var det viktigt att säkerställa hög reliabilitet i arbetet. Därav valdes metoder i urvals- och sökprocessen som exempelvis Fribergs (2012) mall för granskning av kvalitativa och kvantitativa studier. Bland annat så formulerades inklusions- och exklusionskriterier för att begränsa sökresultat i datasökningen. Efter att datasökningen avslutas så granskades artiklarna i tre olika steg. I steg ett så lästes artiklarna, steg två så analyserades likheter och/eller skillnader teoretiska utgångspunkt, genomförande, analys, syfte och resultat och slutligen i tredje steget

gjordes en sammanställning och på så sätt kunde teman identifieras (Friberg, 2012). Däremot försvagades reliabiliteten då resultaten inte kunde säkerställas av någon annan.

Generaliserbarhet/överförbarhet mäter huruvida resultatet kan överföras till andra kontexter och personer (Kvale & Brinkmann, 2009). Det var under detta examensarbete viktigt att resultaten som framkom eventuellt skulle kunna överföras till olika hälso- och sjukvårdsinstanser. Därmed gjordes ett aktivt val att inkludera litteraturstudier på nationell- och internationell nivå för att försöka få en helhetsbild. I sökprocessen märks detta genom att de valda sökorden är på svenska och engelska. Dock anser jag inte att tio studier är tillräckligt för att kunna överföra resultaten som framkom i detta examensarbete dels för att valda tre kvantitativa studier (Lawoko et al., 2011; Häggblom et al., 2005; Williams et al., 2016) var oproportionerligt i jämförelse med valda sju kvalitativa studier (Decker et al., 2012; Dienemann et al., 2005; Goicolea et al., 2013; Hamberger et al., 2014; Pratt-Eriksson et al., 2014; Miller et al., 2015; Sundborg et al., 2015) och dels för att populationen i de utvalda studierna skilde sig. I två studier bestod populationen av våldsutsatta kvinnor och i resterande åtta studier bestod populationen av hälso- och sjukvården. Generellt sett är det dessutom svårt att överföra kvalitativ forskning till en stor befolkning varpå det som skulle kunna göras är att använda resultaten som vägledning (Kvale & Brinkmann, 2009) för att förbättra eller skapa rutiner och riktlinjer för att bemöta våldsutsatta adekvat inom hälso- och sjukvården.

Det har under detta examensarbete varit viktigt med ett etiskt förhållningssätt varpå stor vikt har lagts på att valda studier innehåller etiska diskussioner och/eller godkännande från en etisk kommitté för att kunna vara intygad om att plagiat eller förvrängning av något inte skett samt att de inblandade i studierna inte kommit till skada. Detta har varit väsentligt då två valda studier är utifrån våldsutsattas upplevelser och det är viktigt att de inte blir mer utsatta än vad de redan är.

8.2 RESULTAT DISKUSSION

Resultatet svarar på examensarbets syfte genom att belysa hälso- och sjukvårdens bemötande av kvinnor som utsätts för våld i nära relation av en manlig partner. För att kunna besvara syftet har följande frågeställningar formats: *Hur uppmärksammade och bemötte hälso- och sjukvården kvinnor som utsatts för våld i nära relation av en manlig partner? Vilka rutiner och resurser fanns för vårdpersonal inom hälso- och sjukvården att bemöta och ge stöd till våldsutsatta kvinnor?* Följande kommer resultatet diskuteras utifrån de tidigare presenterade studierna samt utifrån vårdteoretikern Katie Erikssons teori om vårdande och lidande.

De våldsutsatta anser att vårdpersonal har ett bristande bemötande genom deras ifrågasättande eller obekymrade attityd. Detta har lett till att de våldsutsatta känner ett bristande förtroende för vårdpersonal (Pratt-Eriksson et al., 2014). De våldsutsatta kvinnorna efterfrågar bättre förståelse från vårdpersonal samt att de är icke-dömande. Det är även viktigt för de våldsutsatta att vårdpersonalen får bättre kunskap och utbildning i våldsutsatthet (Dienemann et al., 2005).

Studier undersöker vårdpersonalens perspektiv och det framkommer att de har ett bristande bemötande (Sundborg et al., 2015; Häggblom et al., 2005; Miller et al., 2015). Anledningen till det bristande bemötandet beror till stor del på avsaknaden av kunskap och utbildning inom hälso- och sjukvårdens vårdpersonal när det gäller våldsutsatthet. Att inte ha tillräckligt med kunskap och utbildning ledde till att vårdpersonalen saknade självförtroende, initiativförmåga samt tvekade när de kom i kontakt med våldsutsatta kvinnor (Lawoko et al., 2011; Miller et al., 2015; Sundborg et al., 2015; Häggblom et al., 2005).

Häggblom et al. (2005) uppmärksammade i sin undersökning hur bristande kunskap ledde till egna fördomar om att våld uppkommer exempelvis på grund av alkohol och droger. Detta är ett tydligt exempel på hur vårdpersonal brister i omvårdnadsprocessens första steg då deras eget omdöme är ett hinder i processen (Eriksson, 2004). Vidare beskriver Eriksson (2004) att vårdande kommer i uttryck genom vårdpersonalens handling och hållning men när vårdpersonal brister i omvårdnadsprocessen försvåras möjligheten till god hälsa (ibid.) Anledningen till vårdpersonalens bristande bemötande förklaras utifrån att de saknar kunskap och utbildning om våldsutsatthet (Lawoko et al., 2011; Miller et al., 2015; Sundborg et al., 2015; Häggblom et al.,

2005). Konsekvensen av detta blir att vårdpersonalen omedvetet skapat ett vårdlidande som har sin grund i bristande reflektion eller förståelse för lidande (Eriksson, 1994).

Enligt tidigare forskning kan våldsutsatta kvinnor som inte skyddas från våldet få konsekvenser i form av psykisk ohälsa, förändrad fysisk förmåga (Coker et al., 2000), nedsatt integritet och autonomi (Leônidas et al., 2014). WHO (2016) samt Socialstyrelsen (2016) beskriver andra konsekvenser av våldet så som isolering, arbetslöshet, ekonomiska problem, sjukskrivning medan Dufort et al. (2013) talar om våldets yttersta konsekvens i form av kvinnans död. Därmed blir det viktigt att hälso- och sjukvården fångar upp de våldsutsatta och erbjuder skydd, då de har möjlighet till det (Hewitt, 2015). Det blir väsentligt för vårdpersonal att fånga upp våldsutsatta kvinnor då dessa kvinnor kan uppleva negativ självuppfattning och därmed blir konsekvensen att de separerar sig från omvärlden (Socialstyrelsen, 2016). En följd till detta kan bli att våldsutsatta kvinnor inte träder fram om sin våldsutsatthet och förblir tysta. Detta bidrar till det mörkertal som finns gällande våldsutsatthet och att flerparten väljer att inte anmäla sin förövare (Brottsförebyggande rådet, 2014; Madzimbale & Khoza, 2010).

När vårdpersonal på grund av bristande kunskap och utbildning, blir passiva i bemötandet med våldsutsatta kvinnor (Lawoko et al., 2011; Sundborg et al., 2015; Häggblom, 2005) kan det påverka kvinnans mående. När en våldsutsatt kvinna vänder sig till sjukvården intar hon rollen som patient. När patienten går miste om stöd och vård finns en risk att denne fortsätter känna en existentiell ensamhet och outhärdligt lidande (Pratt-Eriksson et al., 2014). En vårdares yttersta uppgift är att vårda patienten utifrån patientens enskilda behov och därmed skapa en vårdhandling avsedd just för den personen. En roll i vårdandets funktion är stödjande och skyddande av ett liv, det är det avgörande i vårdandet (Eriksson, 2004). När hälso- och sjukvården brister i att fullgöra det essentiella i vårdandet behöver det göras större ansträngningar (Swales et al., 2017).

När våldsutsatta kvinnor inte får chansen att integrera sig i samhället blir risken stor för ohälsa (Alligood, 2013). Detta gör att hälso- och sjukvården kan öka våldsutsatta kvinnors lidande och därmed kan kvinnorna inte uppleva en god hälsa. Eriksson (1993) beskriver hälsa som ett samband mellan sundhet, friskhet och välbefinnande. Dessa begrepp går hand i hand med varandra då sundhet menas med den psykiska hälsan, friskhet menas med den fysiska hälsan och välbefinnande är individens personliga upplevelse av belåtenhet.

Vårdpersonal önskar att bemöta våldsutsatta kvinnor på ett adekvat sätt för att minska deras lidande (Edlund et al., uå) varpå det finns ett intresse att förstå vilka rutiner och resurser som finns tillgängligt för personal inom hälso- och sjukvården då de har lagstadgat skyldighet att upptäcka och förebygga våld. I resultatet framkommer hur hälso- och sjukvården anammat universella rekommendationer att kartlägga och engagera sig i våldsutsatta kvinnor men att det saknas tydliga strategier och riktlinjer (Decker et al., 2012). Dessutom framkommer att hälso- och sjukvården saknar flertalet insatser (Williams et al., 2016) och att de brister i riktlinjer för hur, när och varför sjukvården engagerar sig i våldsutsatta kvinnor (Goicolea et al., 2013).

Sammanfattningsvis kan det konstateras att hälso- och sjukvården inte har de rutiner och resurser som krävs för att ge de förutsättningar som behövs för att vårdpersonal ska kunna uppmärksamma och bemöta våldsutsatta kvinnor på ett adekvat sätt. Eriksson (2004) framför att det yrkesmässiga vårdandet baseras på en helhetssyn där vårdandet är att ansa, leka och lära och därmed skapas tillit, tillfredsställelse, kroppsligt och andligt välbefinnande. Eriksson (2002) menar att genom att bekräfta patienten, ge kontroll över situationen så skapas det möjlighet för kvinnorna att uppleva tillit och tillfredsställelse gentemot hälso- och sjukvården (ibid.). När hälso- och sjukvården då brister i sina förutsättningar för vårdpersonal att fånga upp våldsutsatta innebär det i sin tur att våldsutsatta förlorar möjligheten till god hälsa (Wiklund & Lindwall, 2012). Detta ökar risken att vårdpersonal inte kan påverka våldsutsatta kvinnors lidande (Wiklund, 2006). Det problematiska blir att våldsutsatta kvinnor faller mellan stolarna då övergripande ansvar ligger på hälso- och sjukvården (Heimer & Sandberg, 2008). Det finns utvecklingspotential inom hälso- och sjukvården att utbilda personal då våldsutsatta efterfrågar det (Dienemann et al., 2005) och vårdpersonal saknar det (Goicolea et al., 2013; Häggblom et al., 2005; Lawoko et al., 2011). Det finns även en efterfrågan i att hälso- och sjukvården skapar rutiner, riktlinjer, systematisk träning i hanteringen av våldsutsatta (Lawoko et al., 2011) samt implementerar skriftliga protokoll för att personalen ska få en helhetsbild av patienten (Williams et al., 2016). Dessutom finns modeller som kan hjälpa hälso- och sjukvården att skapa arbetsgrupper som är riktade mot våldsutsatta kvinnor (Hamberger et al., 2014). Det finns utvecklingspotential för sjuksköterskor att utveckla deras engagemang (Häggblom et al., 2005) samt lyssna utan att vara dömande (Dienemann et al., 2005).

Som tidigare nämnt har litteraturstudierna som presenterats varit på nationell- och internationell nivå. Diskussion kan föras huruvida resultatet skiljer mellan länderna beroende på landets sjukvårdssystem. Sveriges välfärdssystem skiljer sig mer från USA och Spanien, i jämförelse med Finland (Bergh, Jordahl & Öhrvall, 2016) varpå det kan konstateras att de våldsutsatta lever under olika kontexter i respektive land. Det som kan anses som förvånande är att trots ländernas olika välfärdssystem visar studierna övergripande liknande resultat om vårdpersonals bemötande med våldsutsatta kvinnor samt hälso- och sjukvårdens rutiner och resurser att bemöta våldsutsatta kvinnor. I samtliga studier finns en enighet om ett bristande bemötande med våldsutsatta kvinnor från vårdpersonal samt att hälso- och sjukvården saknar adekvata rutiner och resurser i bemötandet och kartläggningen av våldsutsatta kvinnor och deras våldsutsatthet. Detta kan vara en del av förklaringen till att mäns våld mot gentemot kvinnor fortsätter vara ett samhällsproblem då kvinnor inte får adekvat stöd och vård i att ta sig ur relationen.

9. SLUTSATSER

Slutsatsen som kan dras är att vårdpersonal brister i att uppmärksamma och bemöta våldsutsatta på ett adekvat sätt. Anledningen till detta är bland annat bristande kunskap och utbildning hos vårdpersonalen. Hälso- och sjukvården brister i sina resurser och rutiner som krävs för att ge vårdpersonal de förutsättningar som behövs för att bemöta våldsutsatta kvinnor. Den som främst drabbas av detta är den våldsutsatta kvinnan då hon förlorar möjligheten till god hälsa och faller mellan stolarna.

10. FÖRSLAG PÅ VIDARE FORSKNING/IMPLIKATIONER

Eftersom mäns våld mot kvinnor i nära relationer är ett samhälls- och folkhälsoproblem finns det ett ansvar i samhället att ge de våldsutsatta kvinnorna adekvat stöd och vård. Utifrån de brister som framkommer i vårdpersonalens bemötande samt hälso- och sjukvårdens rutiner och resurser finns det ett intresse att efterforska i hur hälso- och sjukvården arbetar med bristerna som framkommer i bemötandet med våldsutsatta kvinnor. Detta då hälso- och sjukvården har ett stort ansvar att erbjuda stöd och vård till våldsutsatta kvinnor. En rekommendation är även

att det undersöks, i ett fördjupat sammanhang, under vilka former som de våldsutsatta kvinnorna anser att de erhåller adekvat stöd och vård inom hälso- och sjukvården.

REFERENSER

*Valda studier som ingår i resultatdelen

Allgood, M. (2013). *Nursing Theorists and their work* (8:de) United States of America: Mosby Elsevier.

Bergh, A., Jordahl, H., & Öhrvall, R. (2016). I M. Solevid (Red.), *Svenska utlandsröster*. Göteborgs universitet: SOM-institutet.

Brottsförebyggande rådet (2014). *Brott i nära relationer – En nationell kartläggning*. Hämtad den 2018-04-24 från https://www.bra.se/download/18.9eaaede145606cc8651ff/1399015861526/2014_8_Brott_i_nara_relationer.pdf

Brottsförebyggande rådet. (2009). *Våld mot kvinnor och män i nära relation*. Hämtad den 2017-11-10 från http://www.bra.se/download/18.cba82f7130f475a2f180002016/1371914720735/2009_12_vald_kvinnor_man_nara_relationer.pdf

Brottsförebyggande rådet. (2015). *Våld i nära relationer*. Hämtad 2017-11-10 från Brottsförebyggande rådet, <https://www.bra.se/bra/brott-och-statistik/vald-i-nara-relationer.html>

Brottsförebyggande rådet. (2017). *Förebygg våld i nära relation*. Hämtad den 2017-12-23 från <https://www.bra.se/forebygga-brott/forebyggande-utifran-brottstyp/forebygg-vald-i-nara-relationer.html>

Bryman, A. (2011). *Samhällsvetenskapliga metoder*. Malmö: Liber ekonomi.

Campbell, J.C. (2002). Health consequences of intimate partner violence: *The Lancet*, 359(9314),1331-6. Doi 10.1016/S0140-6736(02)08336-8

Clark, C. J., Silverman, J. G., Shahroui, M., Everson-Rose., & Groce, S. (2009). The role of the extended family in women's risk of intimate partner violence in Jordan: *Social Science & Medicine*, 70 (2010) 144–151. Doi: 10.1016/j.socscimed.2009.09.024

Coker, A., Smith, P., Bethea, L., King, M. & McKeown, R. (2000). Physical Health Consequences of Physical and Psychological Intimate Partner Violence. *Arch fam med*, 9(5):451-457.

*Decker, M-R., Frattaroli, S., McCaw, B., Coker, A. L., Miller, E., Sharps, P., Lane, L. G., Mandal, M., Hirsch, K., Strobino, D. M., Bennet, W. L., Campell, J.,& Gielen, A. (2012). Transforming the Healthcare Response to Intimate Partner Violence and Taking Best Practices to Scale: *Journal of women health*, 21(12), Doi: 10.1089/jwh.2012.4058

*Dienemann, J., Glass, N.,& Hyman, R. (2005). Survivor Preferences for Response to IPV Disclosure: *Clinical Nursing Research*, Doi: 10.1177/1054773805275287

Dufort, M., Gumpert, Hellner, C, H., & Stenbacka, M. (2013). Intimate partner violence and help-seeking - a cross-sektional study of women in Sweden. *BMC Public health*, 13(866), 1-11. Doi: 10.1186/1471-2458-13-866

Edlund, K., Leander, K., Skoger, U. (u.å). *Handlingsprogram: Omhändertagande av våldsutsatta kvinnor* (91-85211-49-4, nr 3). Stockholms läns landsting. Från <http://extra.lansstyrelsen.se/operationkvinnofrid/SiteCollectionDocuments/Handlingsprogram%20Omh%C3%A4ndertagande%20av%20v%C3%A5ldsutsatta%20kvinnor.pdf>

Eriksson, K. (1993). *Hälsans idé*. (2. uppl.) Stockholm: Almqvist & Wiksell.

Eriksson, K. (2001). *Den lidande människan*. (1. uppl.) Stockholm: Liber.

Eriksson K. (2002). *Vårdandets ide*. Stockholm: Liber AB.

- Eriksson, K. (2004). *Vårdprocessen*. Stockholm: Liber AB.
- Forsberg, C. & Wengström, Y. (2008). *Att göra systematiska litteraturstudier – Värdering, analys och presentation av omvårdnadsforskning*. Stockholm: Natur och kultur.
- Friberg, F. (red.). (2012). *Dags för uppsats: vägledning för litteraturbaserade examensarbeten*. (2., [rev.] uppl.) Lund: Studentlitteratur.
- Friberg, F. (2012). *Att göra en litteraturoversikt*. I F. Friberg (Red.), *Dags för uppsats: vägledning för litteraturbaserade examensarbeten* (s. 133-143). Lund: Studentlitteratur AB
- *Goicolea, I., Vives-Cases, C., San-Sebastian, M., Marchal, B., Kegels, G., & Hurtig, A. K. (2013) How do primary health care teams learn to integrate intimate partner violence (IPV) management? A realist evaluation protocol: *Implementation Science* 2013, 8(36),
Doi:10.1186/1748-5908-8-36
- *Hamberger, L. K., Rhodes, K., & Brown, J. (2014). Screening and Intervention for Intimate Partner Violence in Healthcare Settings: Creating Sustainable System-Level Programs, *Journal of womens health*: 24(1), Doi: 10.1089/jwh.2014.4861
- Heimer, G. & Sandberg, D. (red.). (2008). *Våldsutsatta kvinnor: samhällets ansvar*. (2., [rev.] uppl.) Lund: Studentlitteratur.
- Hewitt, L.N. (2015). Intimate partner violence: the role of nurses in protection of patients, *Crit Care Nurs Clin North Am*, 27(2):271-5. Doi: 10.1016/j.cnc.2015.02.004
- *Hägglom, A. M., Hallberg, L. R., & Möller, A. R. (2005). Nurses' attitudes and practices towards abused women. *Nordic School of Public Health, Göteborg, Sweden*, 7, 235-242. Doi 10.1111/j.1442-2018.2005.00242.x
- Hägglom, A., & Möller, A. (2006). On a Life-Saving Mission: Nurses' Willingness to Encounter with Intimate Partner Abuse. *Qualitative health research*, 16(8), 1075-90. Doi: 10.1177/1049732306292086

Johansson-Latham, G. (2008). Mäns våld mot kvinnor i ett globalt perspektiv. Heimer, G., Sandberg, D (Red) *Våldsutsatta kvinnor, Samhällets ansvar (2: a upplaga s.19-40)*. Lund: Studentlitteratur.

Karolinska Institutet (u.å.) Hitta medicinska sökord. Hämtad 10 november, 2017, Karolinska Institutet svensk MeSH, <https://mesh.kib.ki.se>

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

Kvale, S. & Brinkmann, S. (2009). *Den kvalitativa forskningsintervjun*. Lund: Studentlitteratur.

*Lawoko, S., Sanz, S., Helström, L., & Castren, M. (2011). Screening for Intimate Partner Violence against Women in Healthcare Sweden: Prevalence and Determinants: *International Scholarly Research Network*, Doi:10.5402/2011/510692

Leônidas, N., Maria, M., Queiroz, A., Tyrrell, M., & Bravo, M. (2014). Violence against women and its consequences. *Acta Paul Enferm*, 27(5), 458-64. doi.org/10.1590/1982-0194201400075

Madzimbale, F. C., & Khoza, L. B. (2010). Experiences of physical violence by women living with intimate partners. *Curationis*, 33(2), 25-32.
http://journals.co.za/docserver/fulltext/curationis/33/2/curationis_v33_n2_a3.pdf?expires=1527330978&id=id&accname=guest&checksum=44A1E346C28F6BDBE82AB9B2FEAAFBE3

*Miller, E., McCaw, B., Humphreys, L. B., & Mitchell, C. (2015). Integrating Intimate Partner Violence Assessment and Intervention into Healthcare in the United States: A Systems Approach; *Journal of women health*, 24(1), Doi: 10.1089/jwh.2014.4870

Nationellt Center för Kvinnofrid. (2017). *Europarådets arbete mot våld*. Hämtad den 2017-12-23 Från <http://nck.uu.se/kunskapsbanken/amnesguider/mans-vald-mot-kvinnor-ett-globalt-perspektiv/europaradets-arbete-mot-vald/>

Polit, D.F., & Beck, C.T. (2016). *Nursing research: generating and assessing evidence for nursing practice* (10th ed.). Philadelphia: Wolters Kluwer Health/Lippincott Williams & Wilkins

*Pratt-Eriksson, D., Bergbom, I., & Lyckhage, E. (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*. doi.org/10.3402/qhw.v9.23166

Segesten, K. (2012). Att välja ämne och modell för sitt examensarbete. F. Friberg (Red), *Dags för uppsats*. (s.97-100). Lund: Studentlitteratur.

Sigurvinsdottir, R., Riger, S., & Ullman, S. E. (2016). The Impact of Disclosure of Intimate Partner Violence on Friends: *Journal of Interpersonal Violence*, 31(18) 2940–2957. Doi: 10.1177/0886260515584334

Socialstyrelsen. (2016). *Våld: Handbok om socialtjänstens och hälso- och sjukvårdens arbete med våld i nära relationer*. Stockholm: Socialstyrelsen. Från <http://www.socialstyrelsen.se/Lists/Artikelkatalog/Attachments/20252/2016-6-37.pdf>
SOSFS 2014:4. *Våld i nära relationer*. Stockholm: Socialstyrelsen.

Socialstyrelsen. (2017). *Definition av våld och utsatthet i nära relation*. Hämtad den 2017-11-10 från [http://www.socialstyrelsen.se/valds- och brottsrelateradefragor/valdinararelationer/valdsutovare/definition](http://www.socialstyrelsen.se/valds-och-brottsrelateradefragor/valdinararelationer/valdsutovare/definition)

Socialstyrelsen. (2017). *Våld i nära relation*. Hämtad den 2017-11-10 från <http://www.socialstyrelsen.se/valds-ochbrottsrelateradefragor/valdinararelationer>

*Sundborg, E., Törnkvist, L., Saleh-Stattin, 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, 2256–2265. Doi: 10.1111/jocn.12992

Svensk sjuksköterskeförening. (2014). *ICN:s etiska kod för sjuksköterskor*. Hämtad den 2017-11-10 från https://www.swenurse.se/globalassets/01-svensk-sjukskoterskeforening/publikationer-svensk-sjukskoterskeforening/etik-publikationer/sjukskoterskornas.etiska.kod_2014.pdf

Swailles, A. L., Lehman, E. B., & McCall, Hosenfeld, J. S. (2017). Intimate partner violence discussions in the healthcare setting: A crosssectional Study: *Preventive Medicine Reports*, 215–220. <http://dx.doi.org/10.1016/j.pmedr.2017.10.017>

Våld i nära relationer. (2017). *Vad är våld*. Hämtad den 2017-11-10 från <http://www.valdinararelationer.se/sv/Vald-i-nara-relationer1/Toppmeny/ToppTest/Vad-ar-vald/>

Wiklund Gustin, L. & Lindwall, L. (2012). *Omvårdnadsteorier i klinisk praxis*. (1. uppl.) Stockholm: Natur och Kultur. s. 17–298. ISBN: 9 789 127 131 828

Wiklund, L. (2006). *Vårdvetenskap i klinisk praxis*. Stockholm: Natur och kultur

*Williams, R. J., Halstead, V., Salani, D., & Koermer, N. (2016). Intimate Partner Violence Screening and Response: Policies and Procedures Across Health Care Facilities: *Women's Health Issues* 26-4 (2016) 377–383. Doi: <https://doi.org/10.1016/j.whi.2016.03.006>

World Health Organization, WHO. (2013). *Global and regional estimates of violence against women: prevalence and health effects of intimate partner violence and non-partner sexual violence*. Hämtad den 2018-04-24 från [http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/85239/9789241564625_eng.pdf;jsessionid=81709A7C023AFC02D221B8969C4E3530?sequence=1#_utma=1.735273160.1510489736.1514150005.1524590914.5&_utmb=1.1.10.1524590914&_utmc=1&_utmx=-&_utmz=1.1514150005.4.2.utmcsr=l.facebook.com|utmccn=\(referral\)|utmcmd=referral|utmct=/&_utmv=-&_utmik=46349351&_utma=1.735273160.1510489736.1514150005.1524590914.5&_utmb=1.1.10.1524590914&_utmc=1&_utmx=-](http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/85239/9789241564625_eng.pdf;jsessionid=81709A7C023AFC02D221B8969C4E3530?sequence=1#_utma=1.735273160.1510489736.1514150005.1524590914.5&_utmb=1.1.10.1524590914&_utmc=1&_utmx=-&_utmz=1.1514150005.4.2.utmcsr=l.facebook.com|utmccn=(referral)|utmcmd=referral|utmct=/&_utmv=-&_utmik=46349351&_utma=1.735273160.1510489736.1514150005.1524590914.5&_utmb=1.1.10.1524590914&_utmc=1&_utmx=-)

[https://www.facebook.com/?utmz=1.1514150005.4.2.utmcsr=l.facebook.com|utmccn=\(referral\)|utmcmd=referral|utmct=/&_utmv=-&_utmik=46349351](https://www.facebook.com/?utmz=1.1514150005.4.2.utmcsr=l.facebook.com|utmccn=(referral)|utmcmd=referral|utmct=/&_utmv=-&_utmik=46349351)

World Health Organization, WHO. (2014). *Health care for women subjected to intimate partner violence or sexual violence*. Hämtad den 2017-11-10 från http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/136101/1/WHO_RHR_14.26_eng.pdf?ua=1

World Health Organization. (2016). *Violence against women: Intimate partner and sexual violence against women*. Hämtad den 2017-11-10 från <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs239/en/>

Östlundh, L. (2012). *Informationssökning*. I F. Friberg (Red.), *Dags för uppsats: vägledning för litteraturbaserade examensarbeten* (s. 57-80). Lund: Studentlitteratur

BILAGA 1, SÖKMATRIS

Bilaga 1, Sökmatrix

Datum	Databas	Sökord	Antal träffar	Lästa titlar	Lästa abstrakt	Lästa artiklar	Valda artiklar
11/10-17	CINAHL Complete, Medline	healthcare AND IPV	238	114	40	6	5
11/10-17	CINAHL Complete, Medline	Healthcare AND IPV AND Sweden	15	15	6	5	5
15/11-17	CINAHL Complete, Medline	domestic violence AND Nurse	201	50	20	10	0
17/11-17	CINAHL Complete, Medline	Abused AND Attitudes AND relationship	33	33	15	5	0
20/11-17	CINAHL Complete, Medline	Experiences AND Violence AND Partner	920	200	50	20	0