



RÖDA KORSETTS HÖGSKOLA
- utbildning & forskning inom vårdområdet

Sjuksköterskeprogrammet, 180hp.
Vetenskaplig metodik III, Självständigt examensarbete
KURS HK10, 15 hp
HT12

**”Jag ropade ut efter hjälp.
Men de frågade aldrig... och jag berättade aldrig för dem”**

Våldsutsatta kvinnors upplevelser av bemötandet i hälso- och sjukvården

**”I was crying out for help.
But they never asked... and I never told them”**

Battered women's experiences of the response in health care

Angela Eklund och Johanna Åkerblad

SAMMANFATTNING

Bakgrund: Våld mot kvinnor i nära relationer är ett stort folkhälsoproblem. Vårdpersonal har en unik och viktig roll i kontakten med våldsutsatta kvinnor. Dessa kvinnor söker hjälp inom många olika delar av vården och är därmed en del av vårdpersonalens dagliga arbete. **Syfte:** Att belysa varför våldsutsatta kvinnor upplever bemötandet i hälso- och sjukvården bristfälligt och därigenom identifiera hur bemötandet kan förbättras. **Metod:** En litteraturstudie baserad på tio kvalitativa artiklar utifrån vilka tre teman identifierades: *Att skapa en trygg miljö, Kommunikation* samt *Kompetens*. **Resultat:** Kvinnor som utsatts för våld i nära relation upplevde bemötandet i hälso- och sjukvården som bristfälligt. De upplevde att vårdpersonalen inte lyssnade eller brydde sig tillräckligt om deras problem och de kände att de inte fick den tid de behövde. Kvinnorna önskade att frågan om våld skulle ställas i större utsträckning inom sjukvården. **Slutsats:** Vårdpersonal bör ställa frågan om våld mer frekvent för att fånga upp fler våldsutsatta kvinnor. Kvinnorna behöver känna sig sedda och hörda i mötet med vårdpersonal och därför är det viktigt att ge dem tid och se utöver kvinnornas fysiska behov av vård. Det är även viktigt att det finns tillgång till tydlig och lättillgänglig skriftlig information om vart kvinnorna kan vända sig för att få hjälp. **Klinisk betydelse:** Resultatet visade att det finns ett behov av ytterligare utbildning för vårdpersonal inom området våld i nära relation. En nationell handlingsplan bör tas fram för att underlätta för vårdpersonal att förmedla hjälp.

Nyckelord: Kvinnor, våld i nära relation, upplevelse, bemötande, vårdpersonal

ABSTRACT

Background: Intimate partner violence is a big public health issue. Health care professionals play a unique and important role in the contact with battered women. As these women seek help in many different care settings, they become a part of health care professionals' everyday work. **Aim:** To describe why battered women experience the response in health care as inadequate, and by that identify how the response can be improved. **Method:** A literature review based on ten qualitative articles from which three main themes were identified: *To create a safe environment, Communication and Competence*. **Result:** Battered women experienced that the response in health care was insufficient. They experienced that health care professionals did not listen or care enough about their problems, and felt that they did not get enough time. The women wished that the question about intimate partner violence had been asked more frequently in health care. **Conclusion:** Health care professionals should ask about intimate partner violence more frequently in order to identify more battered women. The women need to feel that they are seen and heard when they encounter health care professionals and therefore it is important to give them time and look beyond their physical needs of care. It is also important that written information is easily available to let the women know where they can turn for help. **Clinical implication:** The results showed that there is a need for further education of health care professionals regarding intimate partner violence. National guidelines should be created as a support for health care professionals in their attempts to offer help.

Key words: Women, intimate partner violence, experience, response, health care professionals

INNEHÅLL

INLEDNING	1
BAKGRUND	2
Definitioner	2
Hur ser våldet ut i Sverige?	2
Riskfaktorer och konsekvenser för den drabbade.....	3
Bemötandet i sjukvården	3
Stockholms Läns Landstings handlingsprogram	4
PROBLEMFÖRMULERING	5
SYFTE.....	5
METOD.....	6
Design	6
Urval.....	6
Datainsamling	6
Dataanalys.....	6
ETISKA ASPEKTER.....	9
RESULTAT	10
Att skapa en trygg miljö	11
Kommunikation.....	12
Kompetens	14
DISKUSSION	17
Metoddiskussion.....	17
Resultatdiskussion	18
Slutsats	21
Klinisk betydelse	21
Förslag på vidare forskning/utveckling.....	22
REFERENSER	23
BILAGOR.....	26

INLEDNING

Intresset för området väcktes när vi deltog i en föreläsning i ämnet ”våld i nära relationer”. Vi insåg att större delen av detta våld sker i det fördolda, innanför hemmets väggar, och att det är ett osynligt men omfattande problem. Trots att dessa kvinnor förmodas vara stora vårdkonsumenter, är mörkertalet fortfarande stort. Vi är intresserade av hur kvinnor som utsätts för våld i nära relation upplever bemötandet i sjukvården.

BAKGRUND

Definitioner

Våld mot kvinnor i nära relationer är ett stort folkhälsoproblem i Sverige, och är något som förekommer i alla samhällsgrupper (Regeringens skrivelse, 2007).

Världshälsoorganisationens (WHO, 2005) definition lyder: ”Våld i nära relationer innebär ett beteende inom relationen som orsakar fysisk, sexuell eller psykisk skada, vilket inkluderar fysisk aggression, sexuellt tvång, psykisk misshandel och kontrollerande beteende.”

Förenta Nationernas (FN, 1993) definition av våld mot kvinnor lyder: ”Varje handling av könsrelaterat våld 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.”

En flerdimensionell definition av våld innefattar makten som uppnås genom att skada, skrämja eller kränka. Därför är psykisk misshandel också ett slags maktmedel mot en annan person. Detta innefattar även sexuellt våld samt sociala och ekonomiska begränsningar för kvinnan (Eliasson, 2008).

I denna studie belyses enbart mäns partnerrelaterade våld i hemmet mot kvinnor. Studien innefattar våld av både fysisk och psykisk karaktär. Med partner avses i denna studie en man som har någon form av intim relation till en kvinna.

Hur ser våldet ut i Sverige?

Under 2011 anmäldes omkring 28000 fall av misshandel i Sverige mot kvinnor över 18 år (Selin, 2009). Denna statistik baseras endast på inrapporterade fall, mörkertalen förmodas vara stora. Det är framför allt unga personer, kvinnor och ensamstående föräldrar som signifikant oftare rapporterar erfarenheter av våld i nära relation. Enligt Lundgren, Heimer, Westerstrand och Kalliokoski (2001) har 46 % av alla kvinnor utsatts för våld av en partner någon gång sedan 15 års ålder.

Trots att misshandel i nära relationer orsakar kvinnor fler skador än bilolyckor, våldtäkter och rån tillsammans, så är det inte förrän på senare tid det har blivit ett erkänt stort folkhälsoproblem (Mayer, 2000).

Risikfaktorer och konsekvenser för den drabbade

Forskare har kartlagt riskfaktorer för att utsättas för våld i nära relation som kvinna, och dessa är: ålder 15-45 år, att ha blivit utsatt för våld som barn, arbetslöshet, graviditet, invandrarbakgrund, låg socioekonomisk status samt social isolering (Reisenhofer & Seibold, 2007). Studier visar att våld i nära relationer finns i alla länder oberoende av socioekonomisk status, religion och kultur (Sundborg, Saleh-Stattn, Wändell & Törnkvist, 2012). Studier från hela världen påvisar att våld i nära relationer är kostsamt på flera plan. För den utsatta, för familjen, samhället och för sjukvården. Våld i nära relationer resulterar i mer sjukdom och för tidig död för kvinnor under 45 år än någon annan välkänd riskfaktor, såsom högt blodtryck, fetma och rökning. Det är dessutom fem gånger högre risk att drabbas av depression och andra psykiska problem om man är utsatt för våld i en nära relation. Förutom detta visar forskning att självmordsrisken är kraftigt förhöjd och även risken för missbruk av både alkohol och droger (Reisenhofer & Seibold, 2007).

Bemötandet i sjukvården

Akutmottagningen är ofta de våldsutsatta kvinnornas första kontakt med sjukvården. Därför har vårdpersonal en unik och viktig roll i kontakten med dessa kvinnor, både för identifiering av våldet men också för att kunna ge en god vård (Reisenhofer & Seibold, 2007). Trots att många kvinnor söker vård för våldsrelaterade skador så har tidigare forskning visat att de inte får den vård och stöd de behöver. Vidare finns det svårigheter att identifiera problemet då studier visar att det endast är en låg andel som söker vård för fysiska trauman (ibid.). Vidare upplever en del av de våldsutsatta kvinnorna att det saknas avskilda rum på sjukhusen där de kan berätta om problemet utan att någon hör vad som sägs (Bacchus, Mezey & Bewley 2003).

Även om det är känt att kvinnor som är utsatta för våld i nära relationer söker vård i mycket högre grad än kvinnor som kommer från våldsfria hem, upplever de utsatta kvinnorna att det är svårt att berätta att de söker vård på grund av att de utsatts för våld (Reisenhofer & Seibold, 2007). Trots att vårdpersonal förväntas vara ”offrens advokater” ställs frågan om våldsutsatthet i för låg utsträckning (Mayer, 2000). Väldigt få kvinnor får frågan, enligt Bacchus et al., (2003). I de fall där det framkommer att skadorna beror på våld i en nära relation upplever en del av kvinnorna att vårdpersonalen är negativt inställd och de uppfattar att skulden läggs på dem. Sjuksköterskan kan distansera sig från kvinnorna och tänka att patienten har ”tillåtit sig själv” att vara i den uppkomna situationen (Mayer, 2000).

Kontakten med sjukvården är ofta den enda myndighetskontakt de våldsutsatta kvinnorna har. Våldet kan ta sig många olika uttryck vilket innebär att dessa kvinnor söker hjälp överallt inom vården, och således är kvinnor som utsätts för våld i nära relationer en del av sjuksköterskornas dagliga arbete (Bengtsson-Tops & Tops, 2007). Kvinnorna känner ofta skuld och skam och rädsla, och de behöver ett bemötande som inger trygghet för att de ska våga berätta om sin situation. Det är viktigt att vårdpersonal förmedlar värme, förståelse och engagemang. Ett bra bemötande av kunnig och empatisk hälso- och sjukvårdspersonal underlättar för de våldsutsatta kvinnorna att våga öppna sig och berätta om våldet (Björck & Heimer, 2008).

Studier har visat att våldsutsatta kvinnor föredrar och uppskattar att bli direkt tillfrågade av vårdpersonal om de utsätts för våld i relationen (Fife & Schrage, 2012). Att låta bli att fråga och därmed osynliggöra våldet, kan upplevas som mycket mer kränkande än att ställa frågan direkt (Björck & Heimer, 2008).

Enligt Sundborg, Saleh-Stattin, Wändell & Törnkvist (2012) är sjuksköterskor osäkra på hur de ska fråga, rädsla för att inkräkta på de våldsutsatta kvinnornas integritet eller osäkra på hur de ska agera när våldet bekräftats. Våldsutsatta kvinnor har ofta mycket svårt att känna tillit till andra människor. Därför behöver de känna sig sedda och bekräftade i mötet med vårdpersonal, så att en tillitsfull relation kan skapas (ibid).

Stockholms Läns Landstings handlingsprogram

Stockholms Läns landsting har utarbetat ett handlingsprogram som är avsett att vara ett stöd för verksamheter inom Stockholms Läns Landsting vid beredskap för omhändertagande av våldsutsatta kvinnor. Handlingsprogrammet berör alla yrkesgrupper inom Stockholms Läns Landsting och tar upp de viktigaste frågeställningarna som dessa yrkesgrupper behöver ta itu med för att kunna ge våldsutsatta kvinnor ett bra bemötande. Bemötande hänger ihop med kunskap och attityder och därför är utbildning en viktig faktor för vårdpersonal som kommer i kontakt med våldsutsatta kvinnor (Stockholms Läns Landsting, 2008).

PROBLEMFÖRMULERING

Våld mot kvinnor i nära relationer är ett stort folkhälsoproblem. Många av de våldsutsatta kvinnorna uppsöker förr eller senare sjukvården på grund av både fysiska och psykiska skador, men ändå finns det fortfarande ett mörkertal eftersom många kvinnor inte identifieras som utsatta för partnerrelaterat våld. Tidigare studier visar att många våldsutsatta kvinnor som varit i kontakt med sjukvården upplever att bemötandet har varit bristfälligt och att de inte har fått den hjälp de behöver.

SYFTE

Syftet med denna studie är att belysa varför våldsutsatta kvinnor upplever bemötandet i hälso- och sjukvården bristfälligt och därigenom identifiera hur bemötandet kan förbättras.

METOD

Design

Studien är en litteraturstudie baserad på tidigare kvalitativ forskning. Att göra en litteraturstudie innebär att skapa en översikt över kunskapsläget inom området (Friberg, 2006).

Urval

Inklusionskriterierna i litteraturstudien var kvalitativa artiklar som svarade på studiens syfte, studier om kvinnor som utsatts för våld i hemmet av en manlig partner, samt dessa kvinnors upplevelser och perspektiv på bemötandet inom alla instanser i hälso- och sjukvården. Artiklar från hela världen användes och både fysiskt och psykiskt våld inkluderades. Exklusionskriterierna var våld under graviditet samt hedersvåld. Artiklarna som användes är publicerade mellan år 2000-2012 och samtliga inkluderade studier uppfyllde kriterierna i SBU:s granskningsmall för vetenskapliga artiklar (bilaga 2).

Datainsamling

Vetenskapliga artiklar söktes i databaserna CINAHL, MEDLINE, AMED, Academic Search Elite samt PubMed. De sökord som användes var ”experience”, ”intimate partner violence”, ”health care”, ”domestic violence”, ”battered women”, ”lived experience”, ”ED” (Emergency Department), ”women”, ”interventions”, ”trust”, och ”ask” (tabell 1).

Årtalen begränsades till åren 2000-2012 för de databaser som tillhörde databasvärden EBSCO, och i PubMed inkluderades endast artiklar från de senaste tio åren. Sökningarna gav sammanlagt 680 träffar av vilka 130 motsvarade studiens syfte. Dessa abstracts lästes igenom, av dem valdes 45 artiklar ut för genomläsning. De abstracts som lästes valdes utifrån att de berörde mäns våld mot kvinnor i nära relationer, och att artiklarna var vetenskapligt granskade samt att de var skrivna på engelska. Slutligen ingick tio artiklar vilkas resultat enligt författarna svarade tydligast på litteraturstudiens syfte. Dessa artiklar presenteras i en litteraturmatris (bilaga 1).

Dataanalys

Författarna använde sig av Fribergs (2006) analys för att analysera resultatdata. Friberg (2006) beskriver detta analysarbete som en metod där en övergripande helhet sönderdelas i mindre delar, som sedan i sin tur sammanställs till en ny helhet.

Tabell 1. Sökmatrix

Databas	Sökord/Major heading	Antal träffar	Antal lästa abstracts	Utvalda för genomläsning	Valda artiklar Nr.
CINAHL, MEDLINE, AMED, Academic Search Elite	Experience AND Intimate partner violence AND Health care	155	23	5	10
CINAHL, MEDLINE, AMED, Academic Search Elite	Battered women AND Health care AND Qualitative	89	15	3	6
PubMed	Domestic violence AND Battered women AND Health care AND Experiences	100	27	11	8, 9
CINAHL, MEDLINE, AMED, Academic Search Elite	Intimate partner violence AND Lived experience	19	3	1	7
PubMed	Intimate partner violence AND Women AND Health care AND ED	145	23	10	3, 5
PubMed	Intimate partner violence AND Women AND Health care AND Interventions	97	15	6	4
PubMed	Intimate partner violence AND Health care AND Trust	14	12	7	1
PubMed	Domestic violence AND Health care AND Ask	61	12	2	2

Författarna läste igenom de utvalda artiklarna genom att dela upp artiklarna och läsa igenom dem enskilt, för att sedan byta artiklarna sinsemellan och läsa igenom dem igen så att båda hade läst samtliga artiklar. Konsensusförfarande användes, vilket innebär att författarna sinsemellan diskuterade och reflekterade kring studierna för att uppnå enighet kring texternas innebörd (Granskär och Höglund- Nielsen, 2008). Artiklarna lästes flera gånger, vilket behövs för att få en förståelse av helheten (Friberg, 2006). Författarna sammanfattade skriftligt det centrala ur varje studie för att vara säkra på att allt väsentligt hade uppfattats. Därefter sammanställdes resultaten i en litteraturmatris (bilaga 1). Likheter och skillnader i studiernas resultat identifierades. De resultatdelar som svarade på syftet delades in i teman och subteman, färgkodades enligt innehåll, och lästes därefter igenom ytterligare. Sedan gjordes en analys av de utvalda studierna. Exempel på analysprocessen ses i tabell 2. Författarna har valt att skriva de analyserade textavsnitten endast på engelska för att undvika felaktiga översättningar av texten.. Resultaten sorterades in i tre övergripande teman som författarna kom fram till när resultatdelarna studerades närmare. Dessa teman sammanställdes sedan i en resultatmatris (tabell 3).

Tabell 2. Exempel på tematisering

Utdrag ur resultatartiklarna	Subtema	Tema
”Listening was described consistently throughout the narratives as very important in contributing to the woman’s confidence to discuss her situation.” (Belknap & Sayeed, 2010)	Aktivt lyssnande	Att skapa en trygg miljö
”I felt comfortable in talking to him because he was showing this special interest in what was going on with me.” (Liebschutz, 2008)		
“They described gestures and body language that they associated with careful attention, warmth, and patience – for example, a smile, a pat on the back...” (Battaglia, 2003)	Förtroende- ingivande	
“The women felt that body language such as smiling and establishing eye contact and slowing down was important in conveying support” (Chang et al., 2005b)	kroppsspråk	

ETISKA ASPEKTER

På grund av att detta är en litteraturstudie behövs ingen etisk prövning. Artiklarna är skrivna på engelska vilket kan påverka den slutgiltiga översättningen, därför har författarna i arbetet med studien använt sig av uppslagsverk för att minimera risken för missförstånd. Alla inkluderade studier är etiskt granskade.

RESULTAT

I analysen identifierades tre övergripande teman, Att skapa en trygg miljö, Kommunikation och Kompetens, vilka presenteras nedan med sina subteman. Resultatet presenteras först i en resultatmatris (tabell 3) för att ge en enklare översikt. Därefter presenteras resultatet även i löpande text.

Tabell 3. Hur våldsutsatta kvinnor upplever vårdpersonalens bemötande

Tema & Subtema Artikelnr, författare och årtal	Att skapa en trygg miljö <i>Rädsla hos kvinnorna</i> <i>Aktivt lyssnande</i> <i>Skuld och skam</i> <i>Förtroendeingivande kroppsspråk</i>	Kommunikation <i>Tillgång till information</i> <i>Att våga ställa frågan</i> <i>Att motivera varför frågan ställs</i>	Kompetens <i>Adekvat utbildning</i> <i>Faktorer som skapar misstro</i> <i>Vidarebefordring till andra instanser</i>
1. Battaglia et al. (2003)	X	X	X
2. Belknap & Sayeed (2003)	X	X	X
3. Brykczynski et al. (2011)	X		X
4. Chang et al. (2005a)		X	
5. Chang et al. (2005b)	X	X	
6. Liebschutz et al. (2008)	X		X
7. Loke et al. (2012)	X	X	X
8. Nemoto et al. (2008)	X		X
9. Peckover (2003)	X		X
10. Yam (2000)	X		X

Att skapa en trygg miljö

Många olika faktorer påverkade hur kvinnorna upplevde vårdpersonalens bemötande och hur lätt eller svårt det var för dem att våga föra ämnet på tal. Både den fysiska och den känslomässiga miljön spelade en viktig roll (Yam, 2000). Att vårdpersonalen tog sig tid att lyssna, visade empati samt samtalande med kvinnorna enskilt på en avskild plats, var viktigt för att de våldsutsatta kvinnorna skulle känna sig trygga (ibid).

Rädsla hos kvinnorna

De våldsutsatta kvinnorna upplevde att det var svårt att berätta för vårdpersonal om våldet. De var rädda för att berätta om det som pågick samt rädda för vad som skulle hända om de berättade. Kvinnorna dröjde ofta med att söka hjälp tills våldet eskalerade och situationen försämrades. Det som till slut fick dem att avslöja våldet var att de antingen var allvarligt skadade eller att de kände att de var i en trygg miljö (Peckover, 2003).

Kvinnorna beskrev vikten av en privat och trygg plats där de kunde berätta om våldet utan att vara rädda för att andra skulle höra dem. Framför allt betonade de våldsutsatta kvinnorna att partnern inte bör vara närvarande när frågan ställs. När partnern varit närvarande vid rutinundersökningar och ibland även fungerat som tolk, hindrade detta kvinnorna från att våga eller kunna berätta om våldet (Belknap & Sayeed, 2010; Chang et al., 2005b; Yam, 2000). ”It intimidates you and especially with him standing right there and him making sure you don’t open your mouth” (Yam, 2000, s. 468).

Rädsla för att förlora barnen var också en viktig faktor till varför kvinnorna inte avslöjade att de var utsatta för partnerrelaterat våld. Även det faktum att vårdpersonalen hade tystnadsplikt var ibland otydligt för de våldsutsatta kvinnorna och därför kunde det ta tid innan de vågade berätta om våldet (Peckover, 2003).

Aktivt lyssnande

Många av de våldsutsatta kvinnorna upplevde att vårdpersonalens villighet att sitta ner och ta sig tid att lyssna och svara på frågor, var en viktig komponent för att känna tillit och därmed våga berätta om våldet. Respondenterna uttryckte att förtroende är något som ofta byggs upp över tid genom upprepade möten med en person, och därför tyckte de att det var viktigt att ställa frågan om våld vid upprepade vårdtillfällen (Battaglia, Finley & Liebschutz, 2003; Belknap & Sayeed, 2010).

Kvinnorna upplevde att det var till stor hjälp när sjuksköterskorna och läkarna tog tid för dem på detta sätt och därmed visade att de brydde sig om dem och försökte förstå deras situation. Kvinnorna kände trygghet när de ombads berätta om sin oro och sina känslor, vilket ledde till att det blev lättare för dem att våga berätta för vårdpersonalen om våldet. När vårdpersonalen behandlade de våldsutsatta kvinnorna som viktiga, självständiga individer fick det dem att känna större trygghet. Även hembesök, uppföljning via telefon samt extra tid att tala vid besöken var uppskattat av alla kvinnorna (Nemoto, Rodriguez & Mkandawire-Valhmu, 2008).

Skuld och skam

Många av de våldsutsatta kvinnorna tyckte att våld i nära relationer var ett privat problem som endast rörde familjen, och kände skam inför att avslöja sin situation. De hade låg självkänsla och kände att de inte förtjänade kärlek och respekt. En del av dem led av självmordstankar och kände att livet var meningslöst (Loke, Wan & Hayter, 2012).

Vissa av kvinnorna upplevde att vårdpersonalen såg ner på dem och skuldbelade dem för att de var i en våldsam relation. Kvinnorna kände sig ofta redan förödmjukade, och en del av dem upplevde att vårdpersonalen fick dem att känna ytterligare skam genom en dömande attityd (Battaglia et al., 2003). De poängterade att det var viktigt att vårdpersonalen uttryckte medkänsla och ingav trygghet genom att lyssna, tala med kvinnan samt genomföra samtalet på en avskild plats (Yam, 2000).

Förtroendeingivande kroppsspråk

Att vårdpersonalen tog sig tid för att lyssna var viktigt för många kvinnor, och i detta hade även kroppsspråket en betydande roll. De våldsutsatta kvinnorna berättade hur ett leende, ögonkontakt och ett lugnt sätt att tilltala dem ökade deras förtroende för vårdpersonalen och deras känsla av tillit. Ett sådant kroppsspråk förmedlade att vårdpersonalen visade omtanke vilket fick de våldsutsatta kvinnorna att känna sig trygga (Battaglia et al., 2003; Belknap & Sayeed, 2010; Chang et al., 2005b).

Kommunikation

Brister i kommunikationen ledde till att kvinnorna inte vågade berätta för vårdpersonalen om vad de utsatts för. Kommunikationen och informationen från vårdpersonalen till kvinnan bör vara rak och tydlig. Att ställa frågan och ge adekvat information är av stor vikt (Battaglia et al., 2003).

Tillgång till information

Chang et al., (2005a) beskriver hur de våldsutsatta kvinnorna poängterade vikten av att tydlig information behöver finnas tillgänglig även på allmänna platser så som väntrum, toaletter och andra mer privata platser. Då kan våldsutsatta kvinnor få information om vart de kan vända sig för att få hjälp och läsa om det på egen hand, utan att först behöva berätta om situationen vilket kan vara ett avgörande hinder för många kvinnor som utsätts för våld i nära relationer.

Kvinnorna uttryckte att de önskade flera olika alternativ av hjälp att välja mellan, och att det var viktigt att hjälpen anpassades enligt den individuella situationen (Chang et al., 2005b). Även sättet som vårdpersonalen använde för att presentera alternativen hade betydelse. De våldsutsatta kvinnorna önskade få erbjudande om hjälp som de sedan själva kunde ta ställning till, istället för att bara bli tillsagda att söka hjälp på det sätt som vårdpersonalen ansåg bäst. Kvinnorna kände att de behandlades som vuxna individer, kapabla till att fatta egna beslut, när de fick klar och tydlig information om hur de kunde gå tillväga i sin situation (Battaglia et al., 2003; Chang et al., 2005a; Loke et al., 2012).

Att våga ställa frågan

De våldsutsatta kvinnorna upplevde att en brist på öppen kommunikation hindrade att tillit skapades i relationen till vårdpersonalen. En viktig del av öppen kommunikation var att vårdpersonalen kunde presentera medicinsk information till kvinnorna på ett öppet och mångsidigt sätt. Respondenterna upplevde att det var viktigt att vårdpersonalen vågade tala om våldet och fråga om det (Battaglia et al., 2003). Många våldsutsatta kvinnor hade aldrig fått frågan av vårdpersonal om de varit utsatta för våld i nära relation. Däremot hade de gärna berättat om bara någon hade ställt frågan, de ville alltså gärna få frågan om våld i nära relationer av vårdpersonal (Belknap & Sayeed, 2010).

Motivera varför frågan ställs

Att vårdpersonal motiverar varför frågan om våld i nära relation ställs, är en annan viktig faktor. De våldsutsatta kvinnorna beskrev att de inte alltid visste vad vårdpersonalen hade för underliggande motiv till frågan, eller vad följden skulle bli om de berättade. Kvinnorna gav rådet till vårdpersonal att skapa en personlig relation, och fråga på ett personligt och empatiskt sätt för att på det sättet vinna de våldsutsatta kvinnornas förtroende. Om däremot ingen sådan relation finns, ansåg kvinnorna att det bästa var att presentera frågan som en rutinfråga som

ställs till alla (Chang et al., 2005b). ”If the doctor prefaced it with ’part of my routine is to ask this of everybody’, you don’t feel singled out” (Chang et al., 2005b, s. 143).

Vidare betonade de våldsutsatta kvinnorna att information om vad man ska göra om man är utsatt för våld, alltid borde ges, oavsett om kvinnan medger att hon är utsatt för våld eller inte (Chang et al., 2005b). Då vet den våldsutsatta kvinnan vart hon kan vända sig när hon är redo att berätta om våldet.

Kompetens

Vårdpersonal har en unik och viktig roll i att hjälpa våldsutsatta kvinnor, men de saknar ofta både de resurser och den kunskap som behövs för att kunna erbjuda effektiv hjälp (Brykczynski et al., 2011). De våldsutsatta kvinnorna behövde inte bara omvårdnad, utan även hjälp att få kontakt med andra instanser där det fanns praktisk hjälp såsom bostad eller ekonomisk stöttning. Detta var av stor vikt för att få kvinnan att ta steget ur relationen (Belknap & Sayeed, 2010).

Adekvat utbildning

De sjuksköterskor som hade någon form av utbildning i ämnet våld i nära relationer frågade om detta oftare än sjuksköterskor som inte hade denna utbildning (Brykczynski et al., 2011). Sjuksköterskor med erfarenhet av området lär sig också att uppmärksamma sina egna känslor av att något inte står rätt till, och kan med hjälp av tidigare erfarenheter göra en bedömning av den aktuella situationen (ibid). När kvinnorna litade på att vårdpersonalen var kompetent var det lättare för dem att känna tillit och berätta om våldet (Battaglia et al., 2003).

Det är ofta frustrerande för vårdpersonal att se upprepade destruktiva mönster hos våldsutsatta kvinnor (Brykczynski et al., 2011). Men att ta sig ur en relation där våld förekommer är vanligtvis en process. Den huvudsakliga orsaken till att våldsutsatta kvinnor stannar kvar i en relation där de utsätts för våld, är att de har investerat mycket i relationen, de vill inte ge upp och de tror ofta att de kan förändra situationen eller hjälpa sin partner. Det är viktigt att vårdpersonalen visar tålamod och ger upprepade erbjudanden om hjälp, till slut kan det ge resultat. Det är också viktigt att vårdpersonalen fortsätter vara empatisk och stödjande oavsett egna känslor (ibid).

Faktorer som skapar misstro

En del av de våldsutsatta kvinnorna blev oroliga av vårdpersonalens tendens att föreslå vad kvinnorna upplevde som drastiska åtgärder när de kom in för vård av skadorna, till exempel att polisanmäla sin partner (Liebschutz, Battaglia, Finley & Averbuch, 2008). Andra upplevde däremot att vårdpersonalen inte förstod allvarlighetsgraden bakom våldet, exempelvis risken att bli dödade om de avslöjade sin partner. Detta ledde till misstro och undvikande av sjukhusvården.

En annan aspekt var att trots att kvinnorna berättade att de hade blivit slagna, saknades det omvårdnad på ett emotionellt plan (Liebschutz et al., 2008). De önskade mer än bara röntgenbilder och en fysisk kontroll. De våldsutsatta kvinnor som inte avslöjade självmant vad de blivit utsatta för, och det därför aldrig blev upptäckt, uppgav att de inte kände förtroende för hälso- och sjukvården och undvek att uppsöka sjukvård (ibid).

Vårdpersonalen uppfattades av en del av de våldsutsatta kvinnorna som obekymrade och kontrollerande, de visade brist på medmänsklighet och medkänsla, de verkade stressade och behandlade enbart de fysiska skadorna. De tog inte upp misshandeln och kvinnorna upplevde att deras inre smärta ignorerades (Yam, 2000). De våldsutsatta kvinnorna önskade att personalen hade tagit sig tid att lyssna och tala med dem. Kvinnorna var nöjda med den medicinska behandling de fått, men önskade att vårdpersonalen inte bara hade sett till det yttre. De kände sig sedda men inte hörda (ibid). ”As far as medical treatment, they are great, but as far as knowing how you feel and you are feeling pretty lousy – they only see the outside – they don’t see the inside” (Yam, 2000, s. 467).

För vissa av respondenterna fortsatte svårigheterna även efter att de hade berättat för vårdpersonalen om våldet de var utsatta för (Peckover, 2003). De fick inte adekvat hjälp och det skydd som de behövde. Vårdpersonalen ställde frågan varför de inte lämnade sin partner, men erbjöd inget vidare stöd eller hänvisning till hjälporganisationer. Kvinnorna hade önskat att sjuksköterskorna skulle tillgodose dem med relevant information och praktiska förslag på hur de hade kunnat gå vidare (Loke et al., 2012). ”They just left me there... They said to ring if I needed anything... [but] they were really hard to get hold of anyway, she was never in” (Peckover, 2003, s. 279).

Vidarebefordran till andra instanser

Kvinnorna berättade om de olika typerna av vård de fick ta emot, så som vidarebefordran till andra instanser, medicin, dokumentering av skadorna och parrådgivning (Nemoto et al., 2008). De upplevde att det var en hjälp att bli vidarebefordrade till andra instanser för att på så sätt försäkra sig om sin egen säkerhet och få hjälp med ekonomiskt stöd. Eftersom många av kvinnorna led av sömnlöshet, depression, posttraumatiskt stressyndrom och mardrömmar, var medicinerings en viktig del i vården (ibid). Att få sina skador dokumenterade var viktigt när de våldsutsatta kvinnorna skulle ta ut skilsmässa och även för att de skulle kunna få ekonomiskt stöd. En del av de våldsutsatta kvinnorna tyckte att det var bra när vårdpersonal talade med deras partner å deras vägnar, då de själva inte vågade ta upp problemet eftersom de var rädda för att bli slagna (ibid).

Avslutningsvis kan konstateras att våldsutsatta kvinnor som uppsöker sjukvård har varierande upplevelser av vårdpersonalens bemötande. Kvinnorna uttrycker en önskan om en trygg miljö, en tillfredsställande kommunikation med vårdpersonalen samt att vårdgivarna innehar adekvat kompetens.

DISKUSSION

Metoddiskussion

Syftet med denna litteraturstudie var att belysa hur våldsutsatta kvinnor upplever vårdpersonalens bemötande samt hur detta kan förbättras. Författarna har gjort en analys av kvalitativa artiklar vilket innebär en analys av texter som baserar sig på människors egna berättelser av sina upplevelser (Friberg, 2006). Denna metod visade sig vara lämplig och syftet har besvarats.

Alla inkluderade artiklar granskades med hjälp av SBU:s granskningsmall för vetenskapliga artiklar. Samtliga artiklar höll hög standard enligt granskningen, vilket ökar denna litteraturstudies trovärdighet.

Det visade sig under studiens gång att det finns få svenska studier i detta ämne. De utvalda artiklarna kom ifrån USA, Kina, Japan samt England. Kvinnornas subjektiva upplevelser föreföll dock lika oavsett var i världen studierna genomförts, endast obetydliga skillnader hittades, vilket gjorde att författarna uppfattade att denna litteraturstudies resultat är överförbart till en svensk kontext. Författarna inkluderade kvalitativa artiklar publicerade mellan 2000-2012. Trots att detta urval baserar sig på en tolvårsperiod uppvisade studierna liknande resultat vilket tyder på att upplevelserna inte förändrats nämnvärt över tid.

För att avgränsa ämnet har författarna exkluderat studier som uttalat behandlar hedersvåld, men eftersom uttrycket inte nämns i de valda studierna, kan det inte garanteras att detta inte är inkluderat. Detta kan vara en svaghet i studien.

Konsensusförfarande användes för att stärka resultatets tillförlitlighet. Detta innebär en reflektion mellan författarna för att nå fram till en gemensam slutsats (Granskär & Höglund-Nielsen, 2008). Författarna diskuterade resultaten för att uppnå samstämmighet vilket ledde fram till de tre olika teman som presenterades i resultatet. Avsikten med konsensusförfarande är inte endast att säkerställa att författarna har analyserat materialet på samma sätt, utan framför allt att författarna samtycker kring det tillvägagångssätt på vilket materialet har analyserats (Graneheim & Lundman, 2004).

Resultatet analyserades så objektivt som möjligt, men det är dock omöjligt att fullständigt frigöra sig från sin egen förförståelse (Friberg, 2006). Dock ansågs inte detta som ett

betydande problem eftersom författarna har liten eller ingen erfarenhet inom området våld i nära relation.

Att göra en analys på redan bearbetat kvalitativt material kan innebära att viss information om respondenternas upplevelser går förlorad, då författarna inte känner till om all tillgänglig information har presenterats. Detta är en svaghet i metoden som eventuellt kan påverka trovärdigheten negativt (Granskär & Höglund-Nielsen, 2008).

Författarna har speglat resultaten mot Stockholms Läns Landstings handlingsprogram för omhändertagande av våldsutsatta kvinnor. Trots att de valda studierna kommer från andra delar av världen än Sverige, anser författarna att detta handlingsprogram är relevant för bemötandet av våldsutsatta kvinnor världen över. Eftersom en tydlig nationell handlingsplan saknas inom området har författarna valt att använda sig av detta handlingsprogram.

Resultatdiskussion

Studiens resultat visar en tydlig bild av hur våldsutsatta kvinnor önskar bli bemötta i hälso- och sjukvården. Det som framkom tydligast i resultatet var att vårdpersonalens attityder och deras sätt att bemöta de våldsutsatta kvinnorna var det som hade störst betydelse för huruvida kvinnorna avslöjade våldet eller ej.

Något som framkom tydligt i litteraturstudien var att det är viktigt att vårdpersonalen ställer frågan om kvinnorna är utsatta för våld i nära relation. Många av respondenterna som sökte vård fick aldrig frågan trots att de gärna ville berätta, och därför kom våldet aldrig till vårdpersonalens kännedom. Detta stöds i studien av Zink, Jeffrey, Jacobson, Regan och Pabst (2004) samt Rodriguez, Sheldon, Bauer och Pérez-Stable (2001), vilka också tar upp att kvinnorna ofta inte berättade om de inte fick frågan ställd. Att inte fråga kan bidra ytterligare till kvinnornas känsla av skam. Detta var en vanligt återkommande känsla hos de våldsutsatta kvinnorna, en känsla av förödmjukelse, skuld och skam, vilket var en av barriärerna till att våga berätta för vårdpersonalen, oavsett om de fick frågan eller ej. Vidare orsakade våldet ofta en låg självkänsla hos kvinnorna, vilket förvärrade känslan av skam och skuld. Även Hathaway, Willis och Zimmer (2002) visar i sin studie likheter med denna litteraturstudies resultat, då kvinnorna ofta redan kände sig förödmjukade i situationen som våldsutsatt. Stockholms Läns Landstings handlingsprogram för omhändertagande av våldsutsatta kvinnor (2008) ger exempel på vilka olika sätt frågan om våld kan framställas på. Exempelvis kan direkta frågor om våld ställas, eller att ämnet presenteras på ett sådant sätt som avdramatiserar

frågan och får kvinnan att känna att ämnet är tillåtet att tala om. Att presentera frågan om våld som en rutinfråga som ställs till alla är något som både handlingsprogrammet och respondenterna tar upp som ett förslag på hur frågan kan ställas på ett naturligt sätt.

En del av kvinnorna upplevde en fördömande attityd från vårdpersonalen, vilket förvärrade situationen och ledde till att flera av de våldsutsatta kvinnorna fortsatte att hålla sin situation hemlig. Kvinnorna blev tillfrågade om varför de stannade hos förövaren när de blev slagna och upplevde att vårdpersonalen därför tyckte att det var deras eget fel att de blev slagna. Detta benämns även i Lutenbacher, Cohen och Mitzels studie (2003) och visar ett problematiskt synsätt som även kan öka kvinnornas känsla av skuld. För att få kvinnorna att berätta var det därför viktigt att vårdpersonalen visade kvinnorna att de var intresserade av deras situation, engagerade sig och tog sig tid att lyssna (Hathaway et al., 2002; Lutenbacher et al., 2003; Wester, Lo Fo Wong, Lagro-Janssen, 2007; Zink et al., 2004). Detta återkom i nästan alla studier och var en central del av det önskade bemötandet och studiens resultat i stort. Om kvinnorna upplevde att vårdpersonalen inte tog sig tid kände de sig inte heller lockade att öppna sig om en sådan svår sak. Detta stöds även i flera andra studier i ämnet där det framkom att vårdpersonalens attityder och respons var av största vikt för att få kvinnorna att avslöja sin situation (Bacchus et al., 2003; Reisenhofer & Seibold, 2007). Aktivt lyssnande är en central del i bemötandet av våldsutsatta kvinnor, att sitta ner i lugn och ro samt att vårdpersonalen aktivt bekräftar det kvinnan säger (Stockholms Läns Landsting, 2008).

Resultatet visade att medkänsla, empati och förståelse från vårdpersonalens sida underlättade för kvinnorna. Att ställa frågan på ett respektfullt men ändå rakt sätt och kanske presentera den som en rutinfråga för att förenkla situationen, var ett entydigt resultat i studierna. Även om svaret blev nekande uppskattade många av kvinnorna att frågan ställdes flera gånger, då de ibland upplevde avslöjandet av våldet som en process som tog tid att ta sig igenom. Bacchus et al., (2003), Hathaway et al., (2002), Lutenbacher et al., (2003), Wester et al., (2007) och Zink et al., (2004) beskriver alla att det var svårare för kvinnorna att självmant berätta vad de utsatts för än att svara på en ställd fråga. Reisenhofer och Seibold (2007) beskriver i sin studie hur många våldsutsatta kvinnor tolkade avsaknaden av frågan om våld som att vårdpersonalen inte hade tid, inte hade förståelse för ämnet eller saknade empati. Detta framkom också i resultatet och visade att kvinnorna då upplevde det ännu svårare att själva våga berätta om våldet.

Vidare visade det sig i litteraturstudiens resultat att en del av kvinnorna hade negativa erfarenheter av när de öppnade sig för vårdpersonalen. Avsaknaden av avskildhet skadade kvinnornas förtroende för vårdpersonalen, då de upplevde att hela väntrummet måste ha hört dem berätta om hur de blivit slagna. En trygg miljö där de kunde berätta i lugn och ro var av stor vikt och avsaknaden av detta kunde påverka både om de berättade eller ej men även tilliten till sjukvården i stort. Detta stöds också i studien av Hathaway et al., (2002) som visar att en grundläggande aspekt som vårdpersonalen ibland brast i var att se till att få tala i enrum med den våldsutsatta kvinnan, något som även Stockholms Läns Landstings handlingsprogram för våldsutsatta kvinnor tar upp som en viktig del (Stockholms Läns Landsting, 2008). Ibland var partnern med vid samtalet och det var naturligtvis en väldigt dålig förutsättning för att kvinnan skulle avslöja våldet (Hathaway et al., 2002; Lutenbacher et al., 2003; Leppäkoski, Paavilainen & Åstedt-Kurki, 2009; Wester et al., 2007; Zink et al., 2004).

Något som framkom i resultatet var att ett viktigt sätt att få kvinnornas förtroende, förutom att ta sig tid och visa engagemang, var att genom ett vänligt och respektfullt kroppsspråk få dem att känna sig trygga. Detta fann författarna stöd för i studien av Wester et al., (2007) som visade att ögonkontakt, ett leende eller en klapp på axeln kunde få kvinnorna att känna tillit till vårdpersonalen.

Resultatet visade på en rädsla hos kvinnorna för vad som skulle kunna hända vid ett eventuellt avslöjande. Detta styrks av Kelly (2006) som beskriver hur kvinnorna på grund av rädsla inte vågade berätta för vårdpersonalen om våldet. Handlingsprogrammet för våldsutsatta kvinnor tar också upp detta som ett vanligt förekommande hinder hos kvinnan för att avslöja våldet (Stockholms Läns Landsting, 2008). Lutenbacher et al., (2003) samt Hathaway et al., (2002) tar också upp detta och beskriver hur kvinnorna till exempel var rädda för att mannen skulle hamna i fängelse, att de skulle bli fråntagna sina barn eller att avslöjandet skulle leda till andra negativa konsekvenser, vilket bidrog till att kvinnorna hellre var tysta.

Vidare framkom det i resultatet att ett viktigt sätt för att hjälpa kvinnan att ta sig vidare ur relationen, var att vårdpersonalen vidarebefordrade kvinnorna till andra instanser. Författarna fann stöd för detta i studier av Hathaway et al., (2002) och Wester et al., (2007) som beskriver hur detta till exempel kan hjälpa kvinnorna att få bostad, ekonomiskt stöd eller advokatkontakt. Handlingsprogrammet för våldsutsatta kvinnor tar också upp samverkan

mellan olika myndigheter som en central del i arbetet med kvinnorna, så som hjälp med skyddat boende eller kontakt med socialtjänsten vid behov (Stockholms Läns Landsting, 2008).

Litteraturstudiens resultat visade att för att undvika en del av dessa barriärer som kvinnorna upplever krävs utökad utbildning och kunskap hos vårdpersonalen. Detta styrks i studier av Lutenbacher et al., (2003) samt Reisenhofer och Seibold, (2007) vilka betonar vikten av utökad kunskap hos vårdpersonal om både bemötande och identifiering av kvinnor som utsatts för våld i nära relation. Även handlingsprogrammet för våldsutsatta kvinnor tar upp brist på kunskap som ett vanligt förekommande hinder hos vårdpersonal för att våldet ska bli avslöjat. Många våldsutsatta kvinnor förväntar sig också att vårdpersonalen ska ta upp frågan och inte de själva, och om detta då inte sker, kommer ämnet oftast inte upp överhuvudtaget (Stockholms Läns Landsting, 2008).

Resultatet visade att kvinnorna ansåg att det är viktigt att vårdpersonal ger tydlig information om den hjälp som finns tillgänglig. Studien av Bacchus et al. (2003) beskriver att eftersom det inte fanns affischer eller broschyrer om våld i nära relation i väntrummet, kände sig en del av kvinnorna osäkra på om de kunde ta upp ämnet med vårdpersonalen. Detta styrks av Hathaway et al., (2002) som beskriver i sin studie att broschyrer i väntrum och på andra platser där kvinnorna kan läsa utan att känna sig utpekade, kunde vara en stor hjälp för dem att få veta vart de kunde vända sig för att få hjälp, även om de inte vid tillfället var redo att avslöja våldet för vårdpersonalen. Att ge tydlig information till kvinnan oavsett om hon avslöjar våldet eller ej, tas upp som en viktig del i handlingsprogrammet för omhändertagande av våldsutsatta kvinnor (Stockholms Läns Landsting, 2008).

Slutsats

De våldsutsatta kvinnorna upplevde att det var viktigt att vårdpersonalen vågade tala om våldet och fråga om det. Vårdpersonal bör således ställa frågan om våld mer frekvent för att fånga upp fler våldsutsatta kvinnor. Fokus låg ofta främst på de fysiska skadorna och många av kvinnorna upplevde att deras känslor inte uppmärksammades i tillräcklig grad. Därför är det viktigt att vårdpersonal ser utöver kvinnornas fysiska behov av vård. De våldsutsatta kvinnorna önskade att vårdpersonalen skulle visa mer empati samt ta sig tid att lyssna på en avskild plats. Det är även viktigt att det finns tillgång till tydlig information som de våldsutsatta kvinnorna enkelt kan ta del av.

Klinisk betydelse

Resultatet i denna litteraturstudie visar på att det finns ett behov av ytterligare utbildning av vårdpersonal, för att kunna tillgodose våldsutsatta kvinnors behov av hjälp. Utbildning behövs inom alla delar av hälso- och sjukvården för att fånga upp de våldsutsatta kvinnorna.

Författarna anser att detta ämne bör tas upp i större utsträckning även under sjuksköterskeutbildningen samt andra utbildningar inom hälso- och sjukvården, så att sjukvårdspersonal innehar en grundläggande kunskap redan i början av yrkeslivet.

Frågan om våld bör ställas som en rutinfråga på alla akutmottagningar och avdelningar där dessa kvinnor kan tänkas söka vård. Författarna anser att det är av stor vikt att utforma en nationell handlingsplan liknande Stockholms Läns Landstings handlingsprogram för våldsutsatta kvinnor, för att vårdpersonal även utanför Stockholm ska ha tillgång till tydliga riktlinjer i bemötandet av våldsutsatta kvinnor.

Förslag på vidare forskning/utveckling

I vårt material efterfrågas mer forskning inom ämnet våld i nära relationer. Vidare forskning inom området är även intressant för att få en ytterligare förståelse av hur handlingsprogrammet kan tillämpas på bästa sätt inom den svenska hälso- och sjukvården.

Författarna önskar vidare forskning som även inkluderar sjukvårdens uppföljning av de våldsutsatta kvinnorna över tid. På så sätt skulle det eventuellt framkomma en ännu tydligare bild av vad som var till hjälp för kvinnorna i det långa loppet.

REFERENSER

(* = resultatartikel)

Bacchus, L., Mezey, G., & Bewley, S. (2003). Experiences of seeking help from health professionals in a sample of women who experienced domestic violence. *Health & Social Care In The Community*, 11(1), 10-18.

*Battaglia, T. A., Finley, E. & Liebschutz, J. M. (2003). Survivors of intimate partner violence speak out: Trust in the patient-provider relationship. *Journal of General Internal Medicine*, 18(8), 617-623. Hämtad från databasen PubMed/MEDLINE.

*Belknap, R. A. & Sayeed, P. (2003). Te contaria mi vida: I would tell you my life, if only you would ask. *Health Care for Women International*, 24(8), 723-737.
doi:10.1080/07399330390227454

Bengtsson-Tops, A., & Tops, D. (2007). Self-reported consequences and needs for support associated with abuse in female users of psychiatric care. *International Journal Of Mental Health Nursing*, 16(1), 35-43. doi:10.1111/j.1447-0349.2006.00442

Björck, A., & Heimer, G. (2008). Hälso- och sjukvårdens ansvar. Ingår i G. Heimer (red.) & D. Sandberg (red.), *Våldsutsatta kvinnor – samhällets ansvar* (2:a uppl.). (s. 111-156). Lund: Studentlitteratur.

*Brykczynski, K. A., Crane, P., Medina, C. K., & Pedraza, D. (2011). Intimate partner violence: Advanced practice nurses clinical stories of success and challenge. *Journal Of The American Academy Of Nurse Practitioners*, 23(3), 143-152. doi:10.1111/j.1745-7599.2010.00594

*Chang, J. C., Cluss, P. A., Ranieri, L., Hawker, L., Buranosky, R., Dado, D., Scholle, S. H. (2005a). Health care interventions for intimate partner violence: What women want. *Women's Health Issues*, 15(1), 21–30. doi:10.1016/j.whi.2004.08.007

*Chang, J. C., Decker, M. R., Moracco, K. E., Martin, S. L., Petersen, R. & Frasier, P. Y. (2005b). Asking about intimate partner violence: Advice from female survivors to health care providers. *Patient Education and Counselling*, 59(2), 141-147. doi:10.1016/j.pec.2004.10.008

Eliasson, M. (2008). Hälso- och sjukvårdens ansvar. Ingår i G. Heimer (red.) & D. Sandberg (red.), *Våldsutsatta kvinnor – samhällets ansvar* (2:a uppl.). (s. 41-61). Lund: Studentlitteratur.

Fife, R.S. & Schrage, S. (red.) (2012). *Family violence: what health care providers need to know*. Sudbury, MA: Jones & Bartlett Learning.

Friberg, F. (red.) (2006). *Dags för uppsats: vägledning för litteraturbaserade examensarbeten*. Lund: Studentlitteratur.

Förenta Nationerna. (1993). Declaration on the Elimination of Violence against Women. (General Assembly resolution 48/104). Hämtad 2012-08-24 från <http://www.un.org/documents/ga/res/48/a48r104.htm>

Graneheim, U. & Lundman, B. (2004). Qualitative content analysis in nursing research: concepts, procedures and measures to achieve trustworthiness. *Nurse Education Today*, 24(2), 105-112. CINAHL with full text

Granskär, M. & Höglund-Nielsen, B. (eds.) (2008). *Tillämpad kvalitativ forskning inom hälso- och sjukvård*. (1. uppl.) Lund: Studentlitteratur.

Hathaway, J., Willis, G., & Zimmer, B. (2002). Listening to survivors' voices: addressing partner abuse in the health care setting. *Violence Against Women*, 8(6), 687-719. doi:10.1177/107780120200800605

Hradilova Selin, K. (2009). *Våld mot kvinnor och män i nära relationer: våldets karaktär och offrens erfarenheter av kontakter med rättsväsendet*. Stockholm: Brottsförebyggande rådet (BRÅ).

Kelly, U. (2006). "What will happen if I tell you?": Battered latina women's experiences of health care. *Clinical Journal of Nursing Research*, 38(4), 78-95. Hämtad från databasen PubMed/MEDLINE.

Leppäkoski, T., Paavilainen, E., & Åstedt-Kurki, P. (2011). Experiences of emergency care by the women exposed to acute physical intimate partner violence from the Finnish perspective. *International Emergency Nursing*, 19(1), 27-36. doi:10.1016/j.ienj.2010.02.006

*Liebschutz, J., Battaglia, T., Finley, E., & Averbuch, T. (2008). Disclosing intimate partner violence to health care clinicians - what a difference the setting makes: a qualitative study. *BMC Public Health*, 8229.

*Loke, A., Emma, & Hayter, M. (2012). The lived experience of women victims of intimate partner violence. *Journal Of Clinical Nursing*, 21(15/16), 2336-2346. doi:10.1111/j.1365-2702.2012.04159

London School of Hygiene and Tropical Medicine. Program for Appropriate Technology in Health. World Health Organization. Dept. of Gender, Women and Health. (2005). *WHO multi-country study on women's health and domestic violence against women: Initial results on prevalence, health outcomes and women's responses*. [Geneva, Switzerland]: World Health Organization.

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

Lutenbacher, M., Cohen, A., & Mitzel, J. (2003). Do we really help? Perspectives of abused women. *Public Health Nursing (Boston, Mass.)*, 20(1), 56-64. CINAHL with full text

Mayer, B. (2000). Female domestic violence victims: perspectives on emergency care. *Nursing Science Quarterly*, 13(4), 340-346.

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

*Peckover, S. (2003). "I could have just done with a little more help": An analysis of women's help-seeking from health visitors in the context of domestic violence. *Health and social Care in the Community*, 11(3), 275-282. Hämtad från databasen CINAHL with Full Text.

Reisenhofer, S., & Seibold, C. (2007). Emergency department care of women experiencing intimate partner violence: are we doing all we can? *Contemporary Nurse: A Journal For The Australian Nursing Profession*, 24(1), 3-14. doi:10.5172/conu.2007.24.1.3

Rodriguez, M.A., Sheldon, W.R., Bauer, H.M., & Pérez-Stable, E.J. (2001). The Factors Associated with Disclosure of Intimate Partner Abuse to Clinicians. *The Journal of Family Practice*, 50(4), 338-344.

Skoger, U., Edlund, K. & Leander, K. (2008). Omhändertagande av våldsutsatta kvinnor: handlingsprogram. (3. uppl.) Stockholm: Stockholms läns landsting.

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

Wester, W., Lo Fo Wong, S. & Lagro-Janssen, A. L. M. (2007). What do abused women expect from their family physicians?: A qualitative study among women in shelter homes. *Women & Health*, 45(1), 105-119. doi:10.1300/J013v45n01_07

*Yam, M. (2000). Seen but not heard: Battered women's perceptions of the ED experience. *Journal of Emergency Nursing*, 26(5), 464-470. doi:10.1067/men.2000.110432

Zink, T., Jacobson, C., Regan, S., & Pabst, S. (2004). Hidden victims: the healthcare needs and experiences of older women in abusive relationships. *Journal Of Women's Health (2002)*, 13(8), 898-908. Hämtad från databasen CINAHL with full text

BILAGOR

Bilaga 1. Litteraturmatris

Författare, årtal, land, tidsskrift	Titel	Syfte	Metod, urval	Resultat
1. Battaglia, T., Finley, E., & Liebschutz, J. (2003) USA Journal of General Internal Medicine	Survivors of Intimate Partner Violence Speak Out	Identifiera egenskaper som underlättar förtroendet mellan patient och vårdpersonal för de som utsatts för partnerrelaterat våld.	Kvalitativa intervjuer. 27 deltagare, kvinnor över 18 år, utvalda från ett härbärke eller genom att svara på en flyer skickat till alla vårdprogram om partnerrelaterat våld i Massachusetts.	Förtroende byggdes genom kommunikation, kompetens, omsorg och känslomässig jämställdhet.
2. Belknap, R., Sayeed, P. (2010) USA Health Care for Women International	Te contaria mi vida: I would tell you my life, if only you would ask	Att undersöka kvinnors upplevelser av att bli tillfrågade av vårdpersonal om våld i nära relationer.	Kvalitativ metod. Sju kvinnor intervjuades i djupintervjuer. Ålder: 19-38	Kvinnorna uttryckte betydelsen av engagemang, att vårdpersonalen tog sig tid att lyssna samt att de visade intresse.
3. Brykczynski, K., Crane, P., Medina, C., Pedraza, D. (2011) USA Journal of the American Academy of Nurse Practitioners	Intimate partner violence: Advanced practice nurses clinical stories of success and challenge	Att presentera sjuksköterskors kunskap och erfarenheter i arbetet med kvinnor som har upplevt våld i nära relationer.	Kvalitativ metod. 10 sjuksköterskor med erfarenhet av arbete med kvinnor som utsatts för våld i nära relationer intervjuades.	Våld mot kvinnor i nära relationer behöver lyftas fram i större utsträckning inom hälso- och sjukvården. Sjuksköterskors erfarenheter är en värdefull källa till kunskap samt en viktig grund för förbättring av vården.
4. Chang, J., Cluss, P., Ranieri, L., Hawker, L., Buranosky, R., Dado, D., McNeil, M., & Scholle, S. (2005) USA Women's Health Issues	Health care interventions for intimate partner violence: what women want	Att ta reda på vad kvinnor som utsatts för våld i nära relationer vill ha för hjälp från hälso- och sjukvården.	Kvalitativ metod. 21 kvinnor med erfarenhet av våld i nära relationer intervjuades.	Kvinnorna ville ha flera olika valmöjligheter att välja mellan för att kunna anpassa hjälpen till den individuella situationen. De poängterade vikten av trygghet, avskildhet och autonomi.
5. Chang, J., Decker, M., Moracco, E., Martin, S.,	Asking about intimate partner violence: advice from female	Att identifiera vilka råd kvinnor som upplevt våld i nära relationer skulle ge	Kvalitativ metod. Sju fokusgrupper med sammanlagt 41 deltagare. Kvinnorna valdes ut genom	Kvinnornas önskade att vårdpersonal skulle ange en orsak till frågan om våld för att minska stigma, skapa en trygg

<p>Petersen, R., & Frasier, P.</p> <p>(2005) USA</p> <p>Patient Education and Counselling</p>	<p>survivors to health care providers</p>	<p>till vårdpersonal angående att fråga om samt diskutera ämnet.</p>	<p>att författarna hade kontakt med specifika program inom vården som kvinnorna deltog i.</p>	<p>och stödjande miljö, samt alltid informera om de möjligheter till stöd som finns, även när kvinnan inte medgivit att hon är utsatt för våld.</p>
<p>6. Liebschutz, J., Battaglia, T., Finley, E., Averbuch, T.</p> <p>(2008) USA</p> <p>BMC Public International</p>	<p>Disclosing intimate partner to health care clinicians - What a difference the setting makes: A qualitative study</p>	<p>Att förstå risker och fördelar med att avslöja våld i nära relationer.</p>	<p>Kvalitativ metod. 27 kvinnor i åldern 18-56 år intervjuades i djupintervjuer. Deltagarna hade rekryterats via ett program för kvinnor som utsatts för våld i nära relationer.</p>	<p>I de fall kvinnorna berättade fick de dåliga erfarenheter, vårdpersonalen uppmärksammade endast deras fysiska skador och vann inte kvinnornas förtroende. I vissa fall fick kvinnorna hjälp att lämna sin partner.</p>
<p>7. Loke, A., Wan, M., & Hayter, M.</p> <p>(2012) Kina</p> <p>Journal of Clinical Nursing</p>	<p>The lived experience of women victims of intimate partner violence</p>	<p>Att få en bättre förståelse av kvinnors lidande efter att ha upplevt våld i nära relationer.</p>	<p>Kvalitativa intervjuer. Nio deltagare, kinesiska kvinnor över 18 år. Urvalet har skett via kvinnor som kommit till akutmottagningar med skador av partnerrelaterat våld.</p>	<p>Hjälpsökande hindras ofta av osäkerhet och av tidigare erfarenheter. Fyra teman identifierades: skam, osäkerhet, ambivalens och tidigare erfarenheter av hjälpsökande.</p>
<p>8. Nemoto, K., Rodriguez, R., & Mkandawire-Valhmu, L.</p> <p>(2008) Japan</p> <p>Japan Journal Of Nursing Science</p>	<p>Battered Japanese women's perceptions and experiences of beneficial health care</p>	<p>Utforska slagna japanska kvinnors erfarenheter av sjukvårdens sätt att hantera partnerrelaterat våld.</p>	<p>Kvalitativa intervjuer. 15 deltagare, japanska kvinnor över 18 år, utvalda genom tre sjukhus spridda över Japan.</p>	<p>Det är viktigt att vårdpersonal förstår komplexiteten i partnerrelaterat våld så att de kan agera därefter. Kvinnorna önskade empati, professionalitet och flexibel hjälp.</p>
<p>9. Peckover, S.</p> <p>(2003) England</p> <p>Health and Social Care in the Community</p>	<p>'I could have just done with a little more help': an analysis of women's help-seeking from health visitors in the context of domestic violence</p>	<p>Att utforska kvinnornas möte med sjukvården när de utsatts för partnerrelaterat våld.</p>	<p>Kvalitativa intervjuer. 16 deltagare, kvinnor över 18 år utvalda från sexfrivilligorganisationer.</p>	<p>Alla deltagare uttryckte motvillighet att tala med sjukvården om det partnerrelaterade våldet. Många berättade men fick ingen hjälp.</p>
<p>10. Yam, M.</p> <p>(2000) USA</p> <p>Journal of Emergency Nursing</p>	<p>Seen but not heard: Battered women's perceptions of the ED experience</p>	<p>Beskriva våldsutsatta kvinnors upplevelser av deras besök på akutmottagningen.</p>	<p>Kvalitativa intervjuer. Kvinnor tillfrågades på härbärgen för våldsutsatta kvinnor.</p>	<p>Kvinnorna hade fördomar om vad vårdpersonalen tyckte om dem och upplevde att det var svårt att berätta.</p>

Bilaga 2: SBU:s granskningsmall för vetenskapliga artiklar (SBU, 2012)

	Ja	Nej	Oklart	Ej tillämpl
1. Syfte				
a) Utgår studien från en väldefinierad problemformulering/frågeställning?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Urval				
a) Är urvalet relevant?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b) Är urvalsförfarandet tydligt skrivet?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c) Är kontexten tydligt beskriven?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
d) Finns relevant etiskt resonemang?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
e) Är relationen forskare/urval tydligt beskriven?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Kommentarer syfte, patientkaraktäristika, kontext etc.				
3. Datainsamling				
a) Är datainsamlingen tydligt beskriven?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b) Är datainsamlingen relevant?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c) Råder datamättnad?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
d) Har forskaren hanterat sin egen förståelse i relation till datainsamlingen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Kommentarer urval, datainsamling, datamättnad etc.				
4. Analys				
a) Är analysen tydligt beskriven?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b) Är analysförfarandet relevant i relation till datainsamlingsmetoden?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c) Råder analysmättnad?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
d) Har forskaren hanterat sin egen förståelse i relation till analysen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Kommentarer analys, analysmättnad etc.				
5. Resultat				
a) Är resultatet logiskt?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b) Är resultatet begripligt?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c) Är resultatet tydligt beskrivet?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
d) Redovisas resultatet i förhållande till en teoretisk referensram?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
e) Genereras hypotes/teori/modell?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
f) Är resultatet överförbart till ett liknande sammanhang (kontext)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
g) Är resultatet överförbart till ett annat sammanhang (kontext)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Kommentarer resultatens tydlighet, tillräcklighet etc.				