Examensarbete i omvårdnad, 15 hp, Grundnivå (G2E)
Sjuksköterskeprogrammet 180 hp
Examinerat och godkänt: 2025-12-16

Sjuksköterskors erfarenheter av att möta våldsutsatta kvinnor inom primär- och akutsjukvård

En allmän litteraturstudie

Nurses' experiences of meeting women exposed to violence in primary and emergency care

A general literature review

Författare: Nadia Kedidi Aleyna Kucuk

Handledare: Merja Hietanen, Doktorand

Examinerande lärare: Petter Tinghög, Docent

SAMMANFATTNING

Bakgrund: Våld i nära relationer är ett stort globalt folkhälsoproblem och en kränkning av mänskliga rättigheter som drabbar kvinnor i alla åldrar och bakgrunder. Våldet kan vara fysiskt, psykiskt, sexuellt eller ekonomiskt och grundas ofta i makt, normer, kontroll och beroende inom relationen.
Syftet: Att beskriva sjuksköterskors erfarenheter av att möta våldsutsatta kvinnor inom primär- och akutsjukvård.
Metod: Studien är en allmän litteraturstudie baserad på systematiska sökningar i databaserna CINAHL och PubMed, det insamlade materialet analyserades med hjälp av kvalitativ innehållsanalys.
Resultat: Två kategorier och fyra subkategorier identifierades. Kategorier: tillit som grund för ett tryggt vårdande möte och Helhetssyn som förhållningsätt och professionellt perspektiv.
Subkategorier: Att skapa en trygg vårdrelation, att skapa ett gott möte, att utveckla kompetens och att hantera utmaningar. En trygg och empatisk vårdrelation främjar kvinnors öppenhet, medan tidsbrist, bristande utbildning och organisatoriskt stöd försvårar sjuksköterskans arbete med att möta och stödja våldsutsatta kvinnor.
Slutsats: För att stärka sjuksköterskans förutsättningar krävs kontinuerlig kompetensutveckling, tydliga riktlinjer och organisatoriskt stöd som främjar trygghet, reflektion och samverkan i mötet med våldsutsatta kvinnor.

Nyckelord: Akutsjukvård, erfarenhet, kvinna, primär vård, sjuksköterskor, sjukvård, våld i nära relation.

ABSTRACT

Background: Intimate partner violence is a major global public health problem and a violation of human rights that affects women of all ages and backgrounds. The violence can be physical, psychological, sexual, or economic and is often rooted in power, social norms, control, and dependency within the relationship.

Purpose: To describe nurses' experiences of meeting women exposed to violence in primary and emergency care.

Method: The study is a general literature review based on systematic searches in the databases CINAHL and PubMed. The collected material was analyzed using qualitative content analysis.

Results: Two categories and four subcategories were identified. Categories: trust as a basis for a safe caring encounter and Holistic approach as an approach and professional perspective. Subcategories: Creating a safe caring relationship, creating a good encounter, developing competence and managing challenges. A safe and empathetic caring relationship promotes women's openness, while lack of time, lack of training and organizational support make it difficult for nurses to meet and support women who are victims of violence.

Conclusion: In order to strengthen nurses' capabilities, continuous professional development, clear guidelines, and organizational support are required to promote safety, reflection, and collaboration when encountering women who have been subjected to violence.

Keywords: Emergency care, experience, nurse, primary care, violence in close relationships, woman.

INNEHÅLLSFÖRTECKNING

INTRODUKTION 1
BAKGRUND 2
Våld i nära relation 2
Normstyrd utsatthet och konsekvenser i våldsrelationer 3
Skillnader i sjuksköterskans uppdrag inom primär- och akut sjukvård 4
Sjuksköterskans omvårdnadsansvar och kompetens i komplexa vårdsituationer 5
Teoretisk referensram och bärande begrepp 6
Lidande 6
Vårdrelationer 6
Problemformulering 7
SYFTE 8
METOD 9
Design 9
Urval 9
Datainsamling 10
Dataanalys 11
Etiska aspekter 13
RESULTAT 14
Tillit som grund i vårdmötet 14
Att skapa en trygg vårdrelation 14
Att skapa ett gott möte 15
Helhetssyn som förhållningsätt 16
Kompetensen att möta våldsutsatthet 16
Att hantera olika utmaningar som relaterar till våldsutsatthetens komplexitet 17
DISKUSSION 18
Metoddiskussion 18
Resultatdiskussion 20
SLUTSATSER 23
REFERENSER 24
BILAGOR 1
BILAGA 1. Sökmatris PubMed 1
BILAGA 2. Sökmatris CINAHL 2

BILAGA 3. Sökmatris CINAHL 3
BILAGA 4. Artikelmatris 5
BILAGA 5. SBU: s checklista för kvalitetsgranskning av kvalitativa studier 10

INTRODUKTION

Sjuksköterskor möter patienter i många olika livssituationer där vårdbehovet kan vara både fysiskt och psykiskt. I dessa möten kan det finnas en bakomliggande utsatthet som inte syns vid första ögonblick men som påverkar hälsa och välbefinnande. Att möta kvinnor som lever i våldsutsatthet är en komplex uppgift som kan väcka både etiska och känslomässiga utmaningar i vårdandet. Under den verksamhetsförlagd utbildning uppmärksammades att kvinnors symtom ibland kunde ha en djupare bakomliggande orsak än vad som först framkom, men att frågan om våld sällan ställdes av sjuksköterskan. Detta väckte ett intresse för att fördjupa förståelsen för sjuksköterskors erfarenheter av att möta våldsutsatta kvinnor inom primär- och akutsjukvården. Sjuksköterskans bemötande är avgörande för att skapa förtroende och trygghet, vilket kan vara avgörande för om en kvinna vågar berätta att hon lever i en våldsutsatt relation. Att synliggöra våld i nära relationer är en viktig samhällsfråga då det påverkar folkhälsan, jämställdheten och tryggheten i samhället. Genom att belysa hur vården möter våldsutsatta kvinnor kan kunskap spridas som stärker både det förebyggande arbetet och samhällets gemensamma ansvar att skydda utsatta grupper.

BAKGRUND

Våld i nära relation

Våld i nära relationer, även benämnt Intimate Partner Violence (IPV) är ett allvarligt globalt folkhälsoproblem som förekommer i alla samhällen och kulturer enligt Nationellt centrum för kvinnofrid (Nationellt centrum för kvinnofrid, 2024; Kyle, 2023). I den svenska kontexten definieras våld i nära relationer som våld eller andra övergrepp som utövas av en nuvarande eller tidigare partner eller annan närstående person och omfattar även barn som bevittnar våld. Våldet sker ofta inom ramen för en relation som präglas av känslomässiga band, beroende och maktobalans vilket gör att den utsatta personen kan ha svårt att bryta sig ur relationen (NCK, 2025a).
Även om både kvinnor och män kan utsättas för våld i nära relationer visar forskning att kvinnor i högre grad utsätts för allvarligt upprepat och sexuellt våld samt för våld som syftar till att kontrollera och begränsa deras handlingsutrymme (NCK, 2025a; Kyle, 2023). Våld i nära relationer utvecklas ofta gradvis och följer ett mönster där förövaren successivt utökar sin makt genom isolering, hot, kontroll och psykisk nedbrytning. Inom forskningen beskrivs detta som ett mönster av kontrollerande beteenden, där syftet är att begränsa den utsattas handlingsutrymme och skapa beroende (Kyle, 2023). Detta innebär att våld i nära relationer inte enbart handlar om fysiska övergrepp utan även om systematiskt maktutövande. Våldet kan ta sig olika uttryck och innefattar flera former av övergrepp. Fysiskt våld kan exempelvis bestå av slag, sparkar eller strypgrepp, medan psykiskt våld kan inkludera hot, kränkningar, isolering och kontroll. Sexuellt våld innefattar alltifrån påtvingade sexuella handlingar till förnedrande eller gränsöverskridande beteenden. Även ekonomiskt våld, såsom att begränsa den utsattas tillgång till pengar eller hindra personen från att arbeta är en form av kontroll som förekommer i våldsrelationer (Ali & McGarry, 2018; Kyle, 2023). Dessa våldsformer uppträder ofta samtidigt och bidrar till ett mönster av makt och dominans som kan vara svårt för den utsatta att lämna (Ali & McGarry, 2018).

Våld i nära relation är både ett globalt folkhälsoproblem och en allvarlig kränkning av mänskliga rättigheter (NCK, 2025a). Enligt World Health Organization (WHO, 2022) senaste beräkningar har en av tre kvinnor globalt i åldern mellan 15–49 år någon gång utsatts för fysiskt eller sexuellt våld av en nuvarande eller tidigare partner. Förekomsten varierar mellan regioner i Afrika är andelen 33 procent, i Sydostasien 31 procent och i Östra Medelhavet 33 procent, medan motsvarande siffror i Amerika, Europa och Västra Stilla havet är 25, 20 respektive 21 procent (WHO, 2022). Våldet kan få dödliga konsekvenser, mellan 38 och 50 procent av alla kvinnor som mördas globalt dödas av sin nuvarande eller tidigare partner. Dessutom rapporterar en majoritet av de kvinnor som utsätts för våld att även deras barn påverkas antingen genom att bevittna våldet eller själva bli utsatta för övergrepp (WHO, 2019). Gashaw et al. (2020) betonar att våld i nära relationer har omfattande konsekvenser globalt för kvinnors fysiska, psykiska och reproduktiva hälsa. Under graviditet är våldet särskilt allvarligt eftersom det kan innebära risker både för modern och det ofödda barnet såsom intrauterin fosterdöd, prematur födsel och låg födelsevikt. Förekomsten är hög, och i flera länder i Afrika söder om Sahara rapporteras en betydande andel kvinnor ha erfarenhet av våld under graviditeten (Gashaw et al., 2020). Även i den svenska kontexten NCK (2024a) är våld i nära relationer ett betydande problem var fjärde kvinna i Sverige har erfarenhet av våld i en nära relation. Enligt Brottsförebyggande rådet (Brottsförebyggande rådet, 2021) anmäls årligen omkring 28 000 fall av misshandel mot kvinnor där förövaren ofta är en närstående eller partner. Mörkertalet är dock stort eftersom många kvinnor väljer att inte berätta om sin utsatthet på grund av rädsla, skam eller bristande förtroende för myndigheter (NCK, 2024a). Jämförelsen mellan WHO:s globala data och svenska förhållanden (NCK, 2024a; BRÅ, 2025) visar att våld i nära relationer är ett universellt problem som drabbar kvinnor oavsett geografi, religion eller socioekonomisk bakgrund (WHO, 2019). Samtidigt indikerar skillnaderna mellan länder att förekomsten kan påverkas genom

jämställdhetsfrämjande insatser, stärkta rättigheter för kvinnor samt en hälso- och sjukvård med goda förutsättningar att identifiera och stödja våldsutsatta (NCK, 2025a).

Normstyrd utsatthet och konsekvenser i våldsrelationer

Kvinnor som lever i våldsrelationer påverkas på flera nivåer, där individuella erfarenheter samspelar med samhälleliga strukturer och förstärker utsattheten. Våld i nära relationer medför både akuta och långvariga konsekvenser. Forskning visar tydliga samband mellan våldsutsatthet och symtom som smärta, psykisk ohälsa, fysiska skador och utveckling av kroniska sjukdomar (Elvin-Nowak et al., 2023). De fysiska skadorna kan omfatta frakturer, blåmärken, sår och inre skador som i vissa fall är livshotande. På längre sikt kan kvarstående problem såsom kronisk smärta, huvudvärk samt mag- och tarmbesvär utvecklas Jack et al., 2017). Den psykiska påverkan är ofta omfattande och kan yttra sig genom ångest, depression, posttraumatiskt stressyndrom (PTSD), sömnsvårigheter och självmordstankar (NCK, 2025a). Dessa individuella konsekvenser sker under förhållanden präglade av sociala, kulturella och strukturella faktorer som begränsar kvinnors handlingsutrymme. Traditionella könsnormer och patriarkala maktstrukturer bidrar till att våld normaliseras, där mannen tillskrivs makt och kontroll medan kvinnan förväntas vara lojal och undergiven (Nadeem & Malik, 2022; Murvartian et al., 2023). I sådana miljöer kan våld betraktas som ett medel för att upprätthålla kontroll, särskilt när kvinnan ifrågasätter partnerns beteende (Green et al., 2024; Onyango & Elliott, 2023). Forskning visar att dessa normer ofta är djupt kulturellt rotade och reproduceras genom familj och sociala nätverk, vilket gör att omgivningen kan förminska eller normalisera våldet. Kvinnor kan även uppmanas att bevara relationen för familjens eller barnens skull, vilket gör det svårare att söka stöd eller ta sig ur relationen. I vissa sammanhang bidrar religiösa eller traditionella ledare till att förstärka mannens auktoritet, samtidigt som kvinnans position kopplas till plikt och lydnad. Begränsat rättsligt stöd, ekonomiskt beroende och brist på tillgängliga samhällsresurser kan dessutom minska kvinnans handlingsutrymme och skapa en känsla av maktlöshet (Sardinha et al., 2022). Dessa strukturer bidrar till att kvinnan gradvis internaliserar föreställningar om våld som ett naturligt inslag i relationen, vilket i sin tur kan väcka känslor av skuld, skam och ansvar (Onyango & Elliott, 2023; Sardinha et al., 2022). Cervantes och Sherman (2021) visar hur normaliseringsprocessen grundläggs redan i barndomen för många av kvinnorna. En stor del hade själva utsatts för misshandel eller bevittnat våld mellan föräldrar, vilket gjorde att våld tidigt uppfattades som något vanligt och mindre allvarligt. När dessa kvinnor senare hamnade i våldsamma relationer som vuxna använde de liknande strategier för att nedtona partnerns våld, exempelvis genom att beskriva det som ”inte så farligt” eller ”något som går över”. Därför blev våldet sällan det skäl som fick dem att lämna relationen och andra faktorer som otrohet eller droganvändning vägde tyngre. Normaliseringsprocessen påverkar kvinnors toleransnivåer och gör det svårare att identifiera våld som ett tillräckligt allvarligt problem för att bryta en nära relation (Cervantes & Sherman, 2021).

Socioekonomiska faktorer förstärker utsattheten ytterligare. Låg utbildningsnivå och ekonomiskt beroende begränsar möjligheten att lämna en destruktiv relation (Sardinha et al., 2022; Nadeem & Malik, 2022). Även i sammanhang där skilsmässa är möjlig kvarstår normer och förväntningar som skuldbelägger kvinnor som lämnar, vilket bidrar till kvarstannande (Green et al., 2024; Murvartian et al., 2023). Rädsla för social stigmatisering, förlust av familjens anseende och försämrad status skapar ytterligare hinder och kan leda till tystnad och isolering (Onyango & Elliott, 2023; Silva et al., 2022). För vissa blir våldet även en bidragande faktor till utveckling av riskbruk eller beroende av alkohol och droger som ett sätt att hantera trauma och även barn som bevittnar våld riskerar psykiska och utvecklingsmässiga svårigheter. En ökad dödlighet bland våldsutsatta kvinnor har också påvisats (Anderzén et al., 2021; NCK, 2025a). Våldet påverkar dessutom kvinnors sociala liv genom förlust av arbete, relationer och självständighet, vilket ytterligare ökar det emotionella och ekonomiska beroendet av partnern (NCK, 2025a). Särskilda livssituationer kan öka sårbarheten. Kvinnor med

funktionsnedsättning kan vara beroende av partnern för praktiskt stöd, vilket riskerar att utnyttjas genom kontroll, hot eller krav på sexuella handlingar. Kvinnor med missbruksproblematik har ofta svårare att söka hjälp, och gravida kvinnor löper ökad risk för komplikationer som påverkar både dem och det ofödda barnet (NCK, 2025a).
Migrerade kvinnor utgör en särskilt utsatt grupp. Hourani et al. (2022) beskriver att deras erfarenheter av våld kan förstås på tre nivåer: interpersonellt våld i form av fysiska och psykiska övergrepp, strukturellt våld genom begränsad tillgång till språkstöd, arbete och samhällsresurser, samt symboliskt våld som tar sig uttryck i diskriminering, rasism och patriarkala normer. Dessa faktorer samverkar och kan leda till långvarig psykisk ohälsa och social isolering. Även efter att relationen avslutats kan ekonomiska svårigheter, osäker vistelsestatus och social stigmatisering försvåra återhämtning, vilket gör självständighet central för läkningsprocessen (Hourani et al., 2022). I Sverige dödas varje år ett flertal kvinnor av en man som de har eller har haft en relation med, ofta efter en lång period av upprepat våld. Detta understryker våldets allvarliga och potentiellt livshotande konsekvenser (NCK, 2025a).

Skillnader i sjuksköterskans uppdrag inom primär- och akut sjukvård

Sjuksköterskans uppdrag skiljer sig tydligt mellan primärvård och akutsjukvård, eftersom verksamheterna har olika mål, arbetssätt och patientgrupper. Primärvården präglas av kontinuitet, långsiktighet och förebyggande arbete, medan akutsjukvården fokuserar på snabba insatser, stabilisering och hantering av livshotande tillstånd. Trots dessa skillnader är sjuksköterskans uppgift i båda verksamheterna central för att skapa trygghet, kvalitet och personcentrerad vård (Socialstyrelse, 2025; Kunskapsstyrning Vård, 2025).

Sjuksköterskans uppdrag i primärvården

I primärvården omfattar sjuksköterskans uppdrag ett brett ansvar som inkluderar kliniskt arbete, samordning och utveckling av vårdprocesser. Lukewich et al. (2025) beskriver hur sjuksköterskan bidrar till struktur och kvalitet genom att initiera rutinförbättringar, stödja teamets arbete och samordna vårdflöden. Sjuksköterskan har också en viktig pedagogisk profession där de sprider kunskap, utbildar kollegor och säkerställer att verksamheten vilar på evidens och riktlinjer. En annan central del är att identifiera vårdbehov, särskilt hos utsatta grupper, och att arbeta för jämlik hälsa. Samtidigt framhåller Lukewich et al. (2025) att sjuksköterskans kompetens inte alltid tas till vara i beslut och verksamhetsutveckling, trots att deras perspektiv är viktigt för kvalitet och kontinuitet inom primärvården.

Sjuksköterskans uppdrag i akutsjukvård

I akutsjukvård präglas sjuksköterskans uppdrag av snabb bedömning, avancerad omvårdnad och samarbete under tidspress. Trisyani et al. (2023) visar att sjuksköterskor ansvarar för triage, bedömning och stabilisering av patienter med akuta och kritiska tillstånd samt för att kommunicera effektivt med team med olika yrkeskompetenser för att säkerställa säkra vårdprocesser. Eftersom de ofta utgör första vårdkontakt krävs förmåga att snabbt prioritera och agera, baserat på väletablerad kunskap om akuta sjukdomsprocesser. Utöver det direkta patientarbetet deltar sjuksköterskan i kvalitetsutveckling genom att integrera ny evidens i det kliniska arbetet. Ledarskap är också centralt, då sjuksköterskan ofta koordinerar teamets arbete och säkerställer att akutmottagningen fungerar även vid hög belastning (Trisyani et al., 2023)

Sjuksköterskans omvårdnadsansvar och kompetens i komplexa vårdsituationer

Sjuksköterskans omvårdnadsansvar och kompetens beskrivs både i internationella och nationella riktlinjer. ICN:s etiska kod för sjuksköterskor fungerar som en global vägledning för professionen och lyfter sjuksköterskans grundläggande uppdrag att främja hälsa, förebygga sjukdom, återställa hälsa och lindra lidande. Dessa uppdrag ska utföras med respekt för varje människas rättigheter, värdighet och kulturella bakgrund International Council of Nurses (ICN, 2021). Agenda 2030, som antagits av (FN-förbundet, u.å.), är en global handlingsplan för hållbar utveckling med 17 mål som syftar till att skapa ett mer jämlikt och hälsosamt samhälle (FN-förbundet, u.å.). I sjuksköterskans yrkesutövning blir flera av dessa mål särskilt relevanta. Mål 3 God hälsa och välbefinnande betonar vikten av hälsofrämjande arbete, säker vård och förbättrad livskvalitet i alla åldrar. Mål 5 Jämställdhet understryker betydelsen av likvärdig vård och ett rättvist bemötande oavsett kön, medan Mål 10 minskad ojämlikhet handlar om att ge alla människor tillgång till god vård oberoende av bakgrund eller livsvillkor (FN-förbundet, u.å.).
Tillsammans bildar ICN:s etiska kod och Agenda 2030 ett gemensamt ramverk för sjuksköterskans professionella ansvar. Den etiska koden utgör den moraliska grunden för omvårdnadsarbetet, medan Agenda 2030 konkretiserar hur dessa värden kan omsättas i praktiken genom ett globalt perspektiv på jämlikhet, hållbarhet och hälsa. Genom att förena dessa perspektiv kan sjuksköterskan bidra till en vård som främjar både individens och samhällets välbefinnande (ICN, 2021; FN-förbundet, u.å.)
Även nationellt finns riktlinjer som tydliggör sjuksköterskans ansvar och kompetens.
Enligt svensk sjuksköterskeförening (2024) är omvårdnad sjuksköterskans specifika kompetens och omfattar både vetenskapligt och patientnära arbete. Sjuksköterskan har ett självständigt ansvar för att tillämpa ett etiskt och evidensbaserat arbetssätt samt kontinuerligt utveckla sin yrkeskompetens.
Svensk sjuksköterskeförening (2024) framhåller även kärnkompetenser som säker och personcentrerad vård, samverkan i team, förbättringskunskap, informatik, ledarskap och pedagogik vilka tillsammans utgör grunden för en trygg och jämlik vård (Svensk sjuksköterskeförening, 2024).

Samtidigt beskriver Kyrkjebø et al. (2017) hur sjuksköterskans kompetens och ansvar har förändrats i takt med ökade krav inom den kommunala hälso- och sjukvården, Kyrkjebø et al. (2017) framhåller att sjuksköterskans kompetens består av teoretisk kunskap, praktiska färdigheter, etiska värderingar samt förmågan att tillämpa dessa i olika vårdsituationer. Kompetens ses som något som utvecklas över tid genom erfarenhet, reflektion och samspel med andra yrkesverksamma. Sjuksköterskan beskrivs som en bärande funktion i vårdkedjan med ansvar för att planera, genomföra och samordna omvårdnaden samt samarbeta med patienter, anhöriga och andra professioner. Kyrkjebø et al. (2017) betonar att sjuksköterskan har ett etiskt omvårdnadsansvar att upprätthålla en hög yrkesmässig standard och kontinuerligt hålla sig uppdaterad inom sitt område. Detta överensstämmer med svensk lagstiftning, där sjuksköterskans yrkesutövning ska bygga på vetenskap och beprövad erfarenhet samt präglas av trygg, säker och respektfull vård enligt Hälso- och sjukvårdslagen (SFS 2017:30, 3 kap, 1 §) (Socialstyrelsen, 2022). Vidare framgår det i Patientsäkerhetslagen (SFS 2010:659) att hälso- och sjukvårdspersonal har ansvar för att arbeta på ett sätt som främjar patientsäkerhet och hög vårdkvalitet (Socialstyrelsen, 2020). Även Arbetsmiljölagen (SFS 1977:1160) betonar arbetsgivarens och arbetstagarens gemensamma ansvar för att upprätthålla en god och säker arbetsmiljö, vilket är en förutsättning för att kunna ge en säker och kvalitativ vård (Riksdagen, 2024). Dessutom betonar Anderzén et al. (2021) att vårdsituationer som präglas av komplexa livsvillkor ställer särskilda krav på sjuksköterskans omvårdnadsansvar. Den professionella relationen utgör en central del av omvårdnaden och kräver ett bemötande präglat av lyhördhet, etisk medvetenhet och respekt för den enskildes integritet. I möten där utsatthet kan förekomma behöver sjuksköterskan kunna skapa trygghet och samtidigt uppmärksamma subtila uttryck för behov och sårbarhet. Att hantera vårdsituationen innebär därför att anpassa sitt arbetssätt, initiera relevanta insatser och samordna stöd när flera faktorer samverkar eller påverkar varandra. Vidare förutsätter omvårdnaden en förmåga att förstå det

komplexa sammanhang som kan omge kvinnan och att beakta hur sociala, relationella och emotionella omständigheter påverkar både hälsa och möjligheten att ta emot stöd. Denna komplexitet innebär att sjuksköterskan ofta behöver väga olika behov och perspektiv parallellt samt säkerställa kontinuitet och struktur i vården. Därför betonas betydelsen av samverkan, tydliga stödstrukturer och ett tryggt organisatoriskt ramverk för att omvårdnaden ska kunna genomföras på ett säkert och sammanhållet sätt (Anderzén et al., 2021).

Teoretisk referensram och bärande begrepp

I denna studie används de vårdvetenskapliga begreppen lidande och vårdrelation som utgångspunkt.

Lidande

Lidande är en viktig del av vårdandet och kan förstås som en existentiell erfarenhet av att möta något ont, hotfullt eller ofrånkomligt i livet. Det är inte enbart en fysisk smärta utan också en psykologisk, social och existentiell dimension som berör hela människan. Upplevelsen av lidande är alltid personlig och subjektiv den kan aldrig helt förstås eller mätas utifrån, utan måste betraktas genom den lidandes egen berättelse och tolkning (Arman & Rehnsfeldt, 2011, s. 12–15). För vårdare innebär detta ett ansvar att med både teoretisk och klinisk kunskap kunna förstå och möta patientens lidande på ett fördjupat sätt. Det kräver en reflekterad hållning där vårdaren inte bara fokuserar på sjukdom eller symtom, utan också ser människans totala livssituation och existentiella behov. En öppenhet, lyhördhet och närvaro i mötet mellan vårdare och patient blir därför avgörande för att skapa lindring. Att lindra lidande innebär inte alltid att undanröja det, utan kan också handla om att dela det, ge mening eller skapa en känsla av hopp och sammanhang. Åhs et al. (2023) lyfter att lidande ofta är svårt för vårdpersonal att upptäcka, just eftersom det inte alltid syns utåt och sällan uttrycks direkt av patienten. I studien beskrev vårdare att patienters lidande kunde bli otydligt eller helt förbises när vårdmötet var kort, när relationen kändes distanserad eller när personalen inte hade tid att lyssna in patientens berättelse. Detta visar att lidande, även när det är starkt närvarande, kan förbli dolt om vårdaren inte ges möjlighet att vara närvarande och lyhörd. Arman och Rehnsfeldt (2011, s.12–15) lyfter även vikten av att förstå lidande i relation till människans livsförståelse, det vill säga hur individen tolkar och förhåller sig till sitt liv, sin situation och sin framtid. Genom detta synsätt blir vårdandet inte enbart en medicinsk handling, utan också ett existentiellt stöd. En viktig distinktion görs mellan begreppen ”lidandets värld” och ”patientens värld”. Lidandets värld omfattar alla människor, eftersom lidande är en universell del av mänsklig existens. Patientens värld däremot aktualiseras när en människa i lidande träder in i vården och blir patient. Här formas en specifik verklighet där lidandet möter professionell vård, vilket ställer särskilda krav på vårdarens ansvar och förhållningssätt (Arman & Rehnsfeldt, 2011, s.13–14).

Vårdrelationer

Vårdrelationer kan anta många olika former, från korta och tillfälliga möten till mer långvariga relationer som sträcker sig över tid. Det som förenar dessa möten är målet att stödja patienten och skapa förutsättningar för en förbättrad vårdupplevelse och en känsla av trygghet (Nyström, 2019, s. 467–469). En vårdrelation är inte bara en praktisk del av vårdandet, utan utgör själva grunden för en meningsfull interaktion mellan patient och vårdare betonar Nyström (2019, s. 467–469). För att relationen ska upplevas som meningsfull krävs att vårdaren är lyhörd och närvarande, samt skapar utrymme för patienten att uttrycka sina tankar, känslor och erfarenheter. Genom att på ett respektfullt och empatiskt sätt möta patientens berättelse får vårdaren en djupare förståelse för individens livsvärld och situation. Detta underlättar inte bara kommunikationen, utan möjliggör också att stödet och vårdinsatserna anpassas till patientens unika behov i vardagen (Nyström, 2019, s. 467–469). Samtidigt kan vårdarens professionella erfarenhet både vara en resurs och en utmaning. Den ger en grund för kliniskt kunnande och bedömningar, men kan också innebära en risk att vårdaren drar

förhastade slutsatser utifrån tidigare kunskap eller förutfattade meningar. Detta kan leda till att patientens individuella berättelse inte får fullt genomslag i vårdmötet (Nyström, 2019, s. 470–475). För att undvika detta behöver vårdaren inta en reflekterad och öppen hållning, där patientens ord och erfarenheter får ta plats utan att omedelbart tolkas eller dömas. Det handlar om att lyssna aktivt och skapa en relation byggd på respekt, tillit och ömsesidighet. När patienten får känna sig hörd och förstådd skapas förutsättningar för en mer individanpassad vård som inte bara adresserar sjukdom eller symtom, utan även stärker patientens känsla av delaktighet och egenmakt i vårdprocessen. På så sätt blir vårdmötet inte enbart en teknisk åtgärd, utan en mänsklig och existentiell erfarenhet (Nyström, 2019, s. 470–475).

Problemformulering

Trots att våld i nära relationer är ett omfattande samhällsproblem världen över fortsätter många kvinnor att leva i långvarig utsatthet. Våldet är komplext och påverkas av maktstrukturer, könsnormer och sociala faktorer som begränsar kvinnors handlingsutrymme och möjlighet att söka hjälp. Förövaren utövar ofta kontroll genom både psykiskt, fysiskt, sexuellt och ekonomiskt våld, vilket med tiden leder till normaliseringsprocesser och beroende. Konsekvenserna av våldet är omfattande och påverkar kvinnors fysiska, psykiska och sociala hälsa på djupet, samtidigt som det skapar hinder för självständighet och återhämtning. Det finns risk för att våldet blir dolt och underrapporterat, vilket ökar kvinnornas lidande. Sjuksköterskan och omvårdnaden som ämne har ett betydelsefullt uppdrag i att stödja kvinnorna i sin livssituation. Det innebär att kunna hantera vårdsituationen på ett professionellt sätt då kvinnan söker hälso- och sjukvård. Det är också viktigt att som sjuksköterska att kunna förstå det komplexa med våldsutsattheten och hur den kan förstås i den kontext där kvinnorna är patienter.

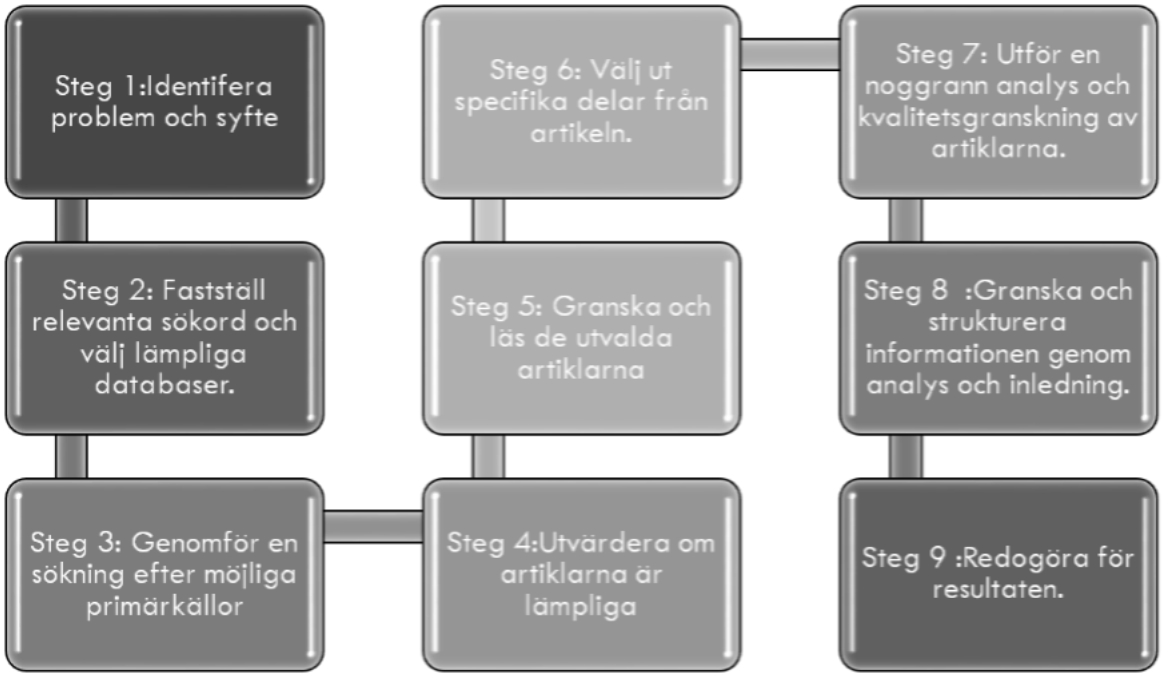
SYFTE

Syftet var att beskriva sjuksköterskors erfarenheter av att möta våldsutsatta kvinnor inom primär- och akutsjukvård.

METOD

Design

Studien utformades som en allmän litteraturstudie med kvalitativ ansats och fokuserades på kvalitativa forskningsartiklar. Denna metod valdes eftersom den ger möjlighet att samla och sammanställa tidigare forskning för att besvara studiens syfte, som var att beskriva sjuksköterskors erfarenheter av att möta våldsutsatta kvinnor inom primär- och akutsjukvård. Genom att analysera kvalitativa originalstudier kunde en djupare förståelse skapas för hur dessa erfarenheter framkommer i olika vårdmiljöer (Polit & Beck, 2021, s. 85). Arbetsprocessen följde de nio steg som presenteras i Polit och Becks (2021, s. 85–87) steg för litteraturstudier. **Steg 1** i modellen innebar att formulera studiens problemformulering och syfte. I denna litteraturstudie formulerades syftet till att beskriva sjuksköterskors erfarenheter av att möta våldsutsatta kvinnor inom primär- och akutsjukvård.



Figur 1. Niostegsmodellen (Polit & Beck, 2021 s. 85). *Fritt översatt till svenska av författarna.*

Urval

Urvalet genomfördes enligt steg 2 i Polit och Becks (2021, s. 85) niostegsmodell, där tydliga inklusions- och exklusionskriterier formulerades för att avgränsa det vetenskapliga materialet. Inklusionskriterierna var att artiklarna skulle vara vetenskapligt granskade originalstudier med kvalitativ ansats, peer reviewed, skrivna på engelska och tillgängliga i fulltext. En tidsavgränsning mellan åren 2015 och 2025 användes för att studien skulle spegla aktuell och relevant forskning. Studien skulle även utgå från sjuksköterskors erfarenheter av att möta våldsutsatta kvinnor inom primär- och akutsjukvård.

Exklusionskriterierna omfattade artiklar som berörde kvinnors erfarenheter av att leva i en våldsutsatt relation, studier med kvantitativ ansats, sekundära källor, kvinnor under 18 år, saknad fulltext eller utan tydlig koppling till syftet exkluderades för att säkerställa att litteraturstudien baserades på tillförlitlig och primär forskning.

Datainsamling

Datainsamlingen genomfördes i enlighet med steg 2–5 i Polit och Becks (2021, s. 85–87) niostegsmodell. Modellen användes som en vägledning för att systematiskt identifiera relevanta sökord, välja databaser, genomföra litteratursökningar och därefter granska det insamlade materialet. Arbetet inleddes med att sökorden formulerades utifrån studiens syfte (steg 2).

I steg 2 identifierades centrala sökord utifrån studiens syfte och nyckelbegrepp, och relevanta databaser valdes. Litteratursökningen genomfördes i databaserna Cumulative Index to Nursing and Allied Health Literature (CINAHL) och PubMed, som tillhandahålls av U.S. National Library of Medicine (NLM) vid National Institutes of Health (NIH). PubMed täcker ett brett spektrum av biomedicinsk och medicinsk forskning, medan CINAHL är särskilt inriktad på omvårdnadsforskning och vårdvetenskap. Kombinationen av dessa databaser gav därmed både en bred och fördjupad täckning av studiens syfte (Polit & Beck, 2021, s. 94–96). CINAHL använder CINAHL Headings, medan PubMed använder Medical Subject Headings (MeSH). De ämnesord som identifierades i CINAHL översattes till motsvarande MeSH-termer vid sökningarna i PubMed. Eftersom termen *intimate partner violence* finns både som fritextterm och MeSH-term användes båda för att säkerställa att inga relevanta studier uteslöts. Genom att kombinera ämnesord och fritexttermer kunde studier som berörde sjuksköterskors erfarenheter av att möta våldsutsatta kvinnor inom primär- och akutsjukvård inkluderas. **I steg 3**, som utgjorde själva sökningen, genomfördes systematiska litteratursökningar i båda databaserna. Sökningarna begränsades till vetenskapligt granskade originalartiklar publicerade mellan 2015 och 2025, skrivna på engelska och med vuxna deltagare. I CINAHL aktiverades filter för Full Text, Peer Reviewed, All Adult och English, medan PubMed-sökningen begränsades via filterfunktionen till 10 years, All Adult, Full Text och English. Dessa avgränsningar säkerställde att materialet var aktuellt, vetenskapligt relevant och i linje med studiens syfte. Samtliga sökningar dokumenterades i sökmatriser (Bilaga 1, 2 och 3) för att säkerställa transparens och spårbarhet i sökprocessen. Ett antal centrala begrepp identifierades som grund för sökningarna: nurse OR nurses OR nursing, intimate partner violence OR domestic violence OR partner abuse, primary care OR emergency department, experiences OR perceptions OR views samt health care. Dessa söktermer kombinerades med booleska operatorer (AND, OR) samt trunkering (*) för att skapa söksträngar som möjliggjorde ett brett men samtidigt avgränsat urval av studier. Genom att använda både fritextord och kontrollerade ämnesord formades söksträngar som kunde fånga publikationer som berörde sjuksköterskors erfarenheter av att möta våldsutsatta kvinnor inom både primär- och akutsjukvård. Hela sökprocessen dokumenterades i sökmatriser (Bilaga 1, 2 och 3). En inledande testsökning genomfördes dessutom för att bedöma tillgången till relevant forskning och få en överblick över det material som fanns i databaserna. **I steg 4** genomfördes en systematisk granskning av samtliga artiklar som framkom i sökningarna. Sökningen i CINAHL gav totalt 294 träffar och sökningen i PubMed 184 (se Bilaga 1 och 2). Under en kompletterande sökning i CINAHL identifierades ytterligare 35 träffar som granskades separat (se Bilaga 3). Titlar och sammanfattningar lästes därefter för att identifiera studier som var relevanta för studiens syfte. De artiklar som motsvarade inklusionskriterierna valdes ut för en mer fördjupad granskning av abstrakt och därefter fulltext. **I steg 5** Gick **s**ammanlagt 59 artiklar från sökningarna vidare till fulltextgranskning. Utöver detta identifierades fem ytterligare artiklar i den kompletterande sökningen i CINAHL, som granskades separat i fulltext.

I steg 6 granskades totalt 59 fulltextartiklar från den första databassökningen (se Bilaga 1 och 2). Efter en fördjupad kvalitets- och relevansbedömning exkluderades 51 artiklar eftersom de inte besvarade studiens syfte, hade metodologiska brister eller behandlade andra vårdkontexter, såsom psykiatri, beroendevård eller våld riktat mot andra kön. Åtta artiklar bedömdes uppfylla inklusionskriterierna och inkluderades därför i studien. Den kompletterande sökningen i CINAHL

genererade ytterligare fem fulltextartiklar se sökmatris (Bilaga 3). Efter granskning inkluderades två av dessa, medan tre exkluderades då de inte motsvarade syftet eller kvalitetskriterierna. De totalt tio inkluderade artiklarna sammanställdes därefter i artikelmatris (Bilaga 3), där information om författare, årtal, land, metod, syfte, resultat och kvalitetsbedömning redovisades för att skapa transparens inför analysen.

I Steg 7 genomförde författarna en systematisk kvalitetsgranskning av de tio inkluderade artiklarna med stöd av Polit och Beck (2021, s. 85–86) samt med hjälp av granskningsmallen från Statens beredning för medicinsk och social utvärdering (SBU, 2024) se (Bilaga 5). Granskningen omfattade bland annat forskarnas reflexivitet, validitet, metodologisk tydlighet och relevans i urvalet. Bedömningen genomfördes först individuellt och därefter gemensamt, där författarna diskuterade och jämförde sina resultat för att nå en slutlig gemensam bedömning. Samtliga tio artiklar bedömdes vara av hög kvalitet, och inga klassificerades som medelhög eller låg, vilket innebär att alla inkluderades i resultatet. Artiklarna kännetecknades av tydliga metodbeskrivningar, välgrundade analysprocesser och hög transparens i forskningsprocessen (SBU, 2024). Resultatet av kvalitetsgranskningen redovisades i en artikelmatris (Bilaga 3), vilket bidrog till ökad transparens och möjliggjorde för läsaren att följa granskningens genomförande.

Dataanalys

I **steg 8** analysfasen organiserades och bearbetades materialet från de tio vetenskapliga artiklarna med hjälp av kvalitativ innehållsanalys enligt Graneheim och Lundman (2004). Arbetet inleddes med en noggrann genomläsning av artiklarna för att skapa en övergripande förståelse av helheten innan det meningsbärande enheterna identifierades. Därefter kondenserades de meningsbärande enheterna översatt till svenska så text nära som möjligt. Vid översättningen av de kondenserade meningsbärande enheterna användes en textnära metod. De ursprungliga enheterna identifierades på engelska och kondenserades innan de översattes till svenska. Översättningen genomfördes manuellt av författarna och, vid behov, med stöd av översättningsverktyget DeepL för att säkerställa språklig tydlighet. Samtliga översättningar kontrollerades mot originaltexten för att säkerställa att innebörden bevarades. Eventuella skillnader diskuterades tills en samsyn uppnåddes. Varje kondenserad enhet försågs sedan med en kod som beskrev dess innehåll. För att skapa ordning i analysprocessen upprättades ett strukturerat arbetsdokument i tabellform där materialet sorterades och bearbetades kontinuerligt. Kodningen utfördes av båda författarna enskilt innan resultaten jämfördes. Eventuella skillnader diskuterades noggrant tills en gemensam tolkning uppnåddes. Därefter grupperades koder med liknande innebörd och sammanfördes till subkategorier. Genom ytterligare jämförelse och sammanställning utvecklades subkategorierna vidare och bildade övergripande kategorier som beskrev centrala mönster och erfarenheter i materialet. Dessa kategorier utgjorde slutligen grunden för resultatredovisningen. Analysen genomfördes huvudsakligen på manifest nivå, vilket innebär att fokus låg på det synliga och beskrivande innehållet i texten. I vissa fall förekom dock latenta inslag när innebörden i de meningsbärande enheterna krävde tolkning i relation till studiens syfte (Graneheim & Lundman, 2004).

Meningsbärande enheter	Kondensering	Kod	Subkategori	Kategori
Professionals in this study emphasized the importance of creating a bond, a realationship of	Vårdpersonal beskriver att en förtroendefull relation underlättar för	Tillit	Att skapa en trygg vårdrelation	Tillit som grund i vårdmötet

trust, with the women, so that the stigma and put into words the situation they are experiencing. (Visentin et al., 2015)	kvinnan att öppna upp och berätta om sin situation.			
The nurses managers observed that employees subjected to violence were more unconfident, tense and irritable. This state was reflected to other colleagues in the work environment and the individuals, they served (Alacam et al., 2025)	Sjuksköterskor uppvisade ökad osäkerhet, spänning och irritation av våldsutsatthet, vilket påverkade både kollegor och patienter.	Emotionell påverkan hos vårdpersonal	Att hantera olika utmaningar som relaterar till våldsutsatthetens komplexitet	Helhetssyn som förhållningsätt
To ask about potential victims being subjected to IPV. An increased awareness about interactions in the home environment led to them being more observant in their encounters with patients than before (Edberg Matei et al., 2025)	Ökat mod att fråga om våld och större uppmärksamhet i patientmötet.	Respektfullt bemötande	Att skapa ett gott möte	Tillit som grund i vårdmötet

Figur 2: Urklipp från innehållsanalysens förfarande.

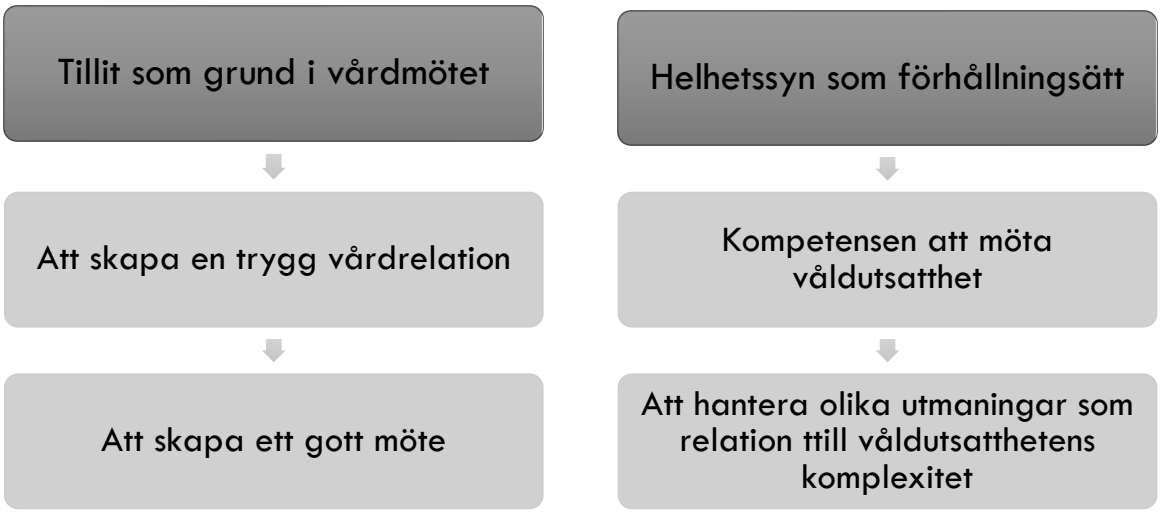
I steg 9 (Figur I) presenterades resultatet av innehållsanalysen. Kategorierna och subkategorierna som identifierats i materialet strukturerades och beskrevs i relation till studiens syfte. För att tydliggöra analysprocessen sammanställdes datamaterial, meningsbärande enheter, kondenserade enheter, koder samt framväxta kategorier (se Figur 2). Resultatet redovisades slutligen genom de framkomna kategorierna och subkategorierna, vilket tillsammans bidrog till en fördjupad förståelse av studiens syfte.

Etiska aspekter

Denna litteraturstudie har genomförts med ett forskningsetiskt förhållningssätt genom hela arbetet. Eftersom studien inte innefattade egen datainsamling från människor krävdes ingen etikprövning enligt etikprövningslagen (SFS 2003:460). Trots detta har etiska aspekter beaktats noggrant i enlighet med rekommendationer för vetenskapligt arbetssätt. Endast artiklar som genomgått peer review och som redovisade etiska överväganden inkluderades. Dessa artiklar följde grundläggande forskningsetiska principer såsom informerat samtycke, frivillighet, konfidentialitet och skydd av deltagarnas integritet (Vetenskapsrådet, 2017, s. 19–27). De etiska riktlinjer som betonas i Helsingforsdeklarationen (World Medical Association, 2013) har beaktats vid urvalet av artiklar. Deklarationen framhåller att forskning ska genomföras med respekt för människors värdighet och rätt till självbestämmande. Vidare har forskningsetiska principer från Belmontrapporten tillämpats, särskilt principerna om att inte skada, att göra gott och att behandla deltagare rättvist (The National Commission for the Protection of Human Subjects of Biomedical and Behavioral Research, 1979). Arbetet har utförts med strävan efter transparens och noggrann källhantering, vilket är centralt för att upprätthålla trovärdighet och undvika plagiat (Forsberg & Wengström, 2016, s. 59). Artiklar skrivna på engelska har översatts varsamt för att behålla originaltextens innebörd och undvika feltolkningar (Polit & Beck, 2021, s. 747). Referenshanteringen har utförts enligt APA 7 med stöd av Södertörns högskolas APA-guide, vilket säkerställer etisk och korrekt källredovisning samt respekt för tidigare forskares arbete (Södertörns högskola, 2021). Genom att följa dessa riktlinjer har studien genomförts på ett etiskt ansvarsfullt sätt och med vetenskaplig integritet.

RESULTAT

Syftet med studien var att beskriva sjuksköterskors erfarenheter av att möta våldsutsatta kvinnor inom primärvård- och akutsjukvård. Resultatet baseras på tio kvalitativa artiklar av hög kvalitet. Innehållsanalysen identifierade två kategorier (se Figur 3).



Figur 3: Kategorier och subkategorier.

Tillit som grund i vårdmötet

Denna kategori beskriver sjuksköterskors erfarenheter av att möta våldsutsatta kvinnor inom primär- och akutsjukvård, att skapa och upprätthålla tillit framträder som en viktig del av det professionella vårdandet. Att bygga tillit är en process som växer fram genom närvaro, respekt och ett konsekvent bemötande (Adams et al., 2021; Visentin et al., 2015; Saberi et al., 2024; Maruyama et al., 2024; Goicolea et al., 2017; Carneiro et al., 2022; Rizkalla et al., 2020).

Att skapa en trygg vårdrelation

Sjuksköterskors erfarenhet av att möta våldsutsatta kvinnor inom primär- och akutsjukvård visar att skapandet av en trygg vårdrelation är viktig och ofta utmanande del av mötet. Trygghet förutsätter stabilitet, respekt och en närvarande vårdpersonal, vilket beskrivs som ett medvetet arbete som tar tid och kräver engagemang och reflektion (Adams et al., 2021; Visentin et al., 2015; Saberi et al., 2024). I mötet framhålls betydelsen av ett medvetet bemötande där kroppsspråk, tonfall och verbal kommunikation påverkar relationen och kvinnans förmåga att uttrycka sina behov. Sjuksköterskor beskriver att lugn, empati och tydlighet är viktiga för att skapa en atmosfär där förtroende och öppenhet gradvis kan utvecklas (Adams et al., 2021; Visentin et al., 2015; Saberi et al., 2024; Maruyama et al., 2024; Goicolea et al., 2017; Carneiro et al., 2022; Rizkalla et al., 2020).

Trygghet i vårdrelationen formas inte enbart genom ord, utan även genom konsekvent och etiskt handlande. När sjuksköterskan är tillgänglig, håller löften och följer upp vårdinsatser förmedlas pålitlighet och struktur. Detta kan minska kvinnans oro och osäkerhet, vilket bidrar till att relationen kan byggas på en stabil grund (Visentin et al., 2015; Saberi et al., 2024; Maruyama et al., 2024). Den professionella tryggheten stärks när sjuksköterskor har kunskap och erfarenhet nog att fatta beslut, men också när de vågar reflektera över sina egna reaktioner och gränser (Visentin et al., 2015; Saberi et al., 2024; Maruyama et al., 2024; Goicolea et al., 2017; Carneiro et al., 2022; Rizkalla et al., 2020).Att skapa trygghet innebär också att sjuksköterskor inom akutsjukvård och primärvård behöver kunna möta osäkerhet och stress utan att tappa sin yrkesmässiga balans (Maruyama et al., 2024; Goicolea et al., 2017). Genom självmedvetenhet och reflektion kan de identifiera situationer som väcker känslomässig belastning och hantera dessa med stöd från kollegor eller handledning. Kollegialt samarbete blir därmed en viktig resurs för att bevara tryggheten både i relationen och i det professionella agerandet (Visentin et al., 2015; Saberi et al., 2024; Maruyama et al., 2024).

En trygg vårdrelation växer fram när sjuksköterskor kombinerar sin kunskap med lyhördhet, etik och omtanke. Tryggheten blir då inte bara en förutsättning för god omvårdnad, utan också ett uttryck för sjuksköterskans yrkesstolthet, ansvar och engagemang i det vårdande mötet (Adams et al., 2021; Visentin et al., 2015; Saberi et al., 2024; Maruyama et al., 2024; Goicolea et al., 2017; Carneiro et al., 2022; Rizkalla et al., 2020). Erfarenheter visar även att sjuksköterskors självkännedom, etiska medvetenhet och stabilitet i yrkesrollen påverkar möjligheten att skapa förtroende. En vårdrelation som präglas av tillit skapar trygghet både för sjuksköterskan och för vårdprocessen som helhet, då det möjliggör ett mer öppet samspel och tydligare ansvarsfördelning (Adams et al., 2021; Visentin et al., 2015; Saberi et al., 2024; Maruyama et al., 2024).

Att skapa ett gott möte

Sjuksköterskors erfarenheter av att möta våldsutsatta kvinnor inom primär- och akutsjukvård visar att ett gott möte formas i själva ögonblicket och att sjuksköterskans agerande blir avgörande för att kvinnan ska våga uttrycka sina behov. Forskning beskriver att mötena ofta är korta och uppdelade, vilket gör att sjuksköterskan behöver vara extra uppmärksam på subtila signaler som kan tyda på utsatthet (Aaregger Lundh et al., 2023). I dessa situationer blir ett respektfullt och professionellt bemötande centralt för att skapa trygghet och öppna upp för samtal (Adams et al., 2021; Visentin et al., 2015). Ett gott möte handlar därmed om att skapa ett direkt och tryggt utrymme, även när tiden är knapp, där kvinnan upplever att sjuksköterskan lyssnar och tar hennes uttryck på allvar (Adams et al., 2021; Saberi et al., 2024; Maruyama et al., 2024; Goicolea et al., 2017; Carneiro et al., 2022; Rizkalla et al., 2020).

Utifrån sjuksköterskors berättelser kännetecknas det goda mötet av lyhördhet, närvaro och förmåga att anpassa samtalet efter kvinnans tillstånd. Flera studier framhåller vikten av att tolka subtila tecken i kvinnans sätt att uttrycka sig, exempelvis emotionella reaktioner eller kroppsspråk som motsägs av det hon säger (Saberi et al., 2024; Maruyama et al., 2024; Goicolea et al., 2017; Carneiro et al., 2022; Rizkalla et al., 2020). I akutsjukvård beskriver sjuksköterskor ofta att de får en känsla av att ”något inte stämmer”, men att mötets korta karaktär gör det nödvändigt att snabbt skapa en trygg atmosfär som möjliggör att kvinnan vågar dela med sig (Aaregger Lundh et al., 2023). Detta ställer höga krav på intuition och professionell lyhördhet i stunden.

Sjuksköterskor beskriver att ett gott möte kräver ett icke-dömande förhållningssätt och ett bemötande präglat av respekt och medvetenhet om situationens känslighet. När våld misstänks blir det särskilt viktigt att balansera mellan att vara tydlig och att vara varsam så att kvinnan känner sig trygg även under press (Maruyama et al., 2024; Goicolea et al., 2017; Carneiro et al., 2022). Forskning betonar även betydelsen av att sjuksköterskan avsätter några ostörda minuter där full närvaro och fokus på

kvinnan kan upprättas, även om mötet i sig är kort (Aregger Lundh et al., 2023). Dessa korta sekvenser av närvaro och medkänsla kan vara avgörande för att kvinnan ska våga öppna sig.

I mötet med våldsutsatta kvinnor beskriver sjuksköterskor att tydlighet, öppenhet och anpassad information bidrar till att skapa struktur i en situation som ofta är osäker för kvinnan (Saberi et al., 2024; Maruyama et al., 2024). När sjuksköterskan lyckas etablera ett gott möte upplevs det inte bara som att kvinnan blir mer delaktig i stunden, utan också som att sjuksköterskan får bättre förutsättningar att hantera det akuta samtalet på ett professionellt sätt (Goicolea et al., 2017; Carneiro et al., 2022; Rizkalla et al., 2020). Forskningen visar samtidigt att många sjuksköterskor uttrycker osäkerhet kring hur de ska hinna skapa dessa korta, men viktiga, möten, vilket ytterligare understryker betydelsen av att de har tillräcklig kunskap och trygghet för att kunna agera i stunden (Aregger Lundh et al., 2023).

Helhetssyn som förhållningsätt

Denna kategori beskriver sjuksköterskors erfarenhet av att möta våldsutsatta kvinnor inom primär- och akutsjukvård, där de upplever ett behov av att utveckla och upprätthålla ett professionellt och reflekterande förhållningssätt i omvårdnadsarbetet (Amarijo et al., 2021; Goicolea et al., 2017; Carneiro et al., 2022; Rizkalla et al., 2020; Florido et al., 2020). Mötet med våld i arbetsmiljön skapar liknande krav på strukturerade arbetssätt och etisk medvetenhet, vilket ytterligare förstärker behovet av kontinuerlig kompetensutveckling i situationer där våld är närvarande.

Att arbeta med en helhetssyn innebär att sjuksköterskan betraktar vården som en sammanhängande process där teoretisk kunskap, klinisk kompetens och etisk medvetenhet vävs samman (Amarijo et al., 2021; Florido et al., 2020). Reflektion och kollegialt stöd är också centralt när personal möter våld i det omgivande samhället, vilket fördjupar förståelsen för vikten av ett reflekterande och etiskt grundat förhållningssätt i mötet med våldsutsatta patienter (Florido et al., 2020; Goicolea et al., 2017; Carneiro et al., 2022; Rizkalla et al., 2020).

Kompetensen att möta våldsutsatthet

Sjuksköterskors erfarenhet av att möta våldsutsatta kvinnor inom primär- och akutsjukvård visar att dessa möten i hög grad formar deras professionella kompetens. Många beskriver osäkerhet kring hur frågor om våld bör ställas och hur samtalet ska föras, vilket skapar behov av att utveckla ett mer strukturerat, reflekterande och lyhört förhållningssätt (Amarijo et al., 2021; Rizkalla et al., 2020). Liknande resultat återfinns i en studie om arbetsplatsrelaterat våld inom familjehälsovården, där sjuksköterskor och övrig personal uttrycker att mötet med våld i form av beväpnade konflikter, verbala kränkningar, rasism och våld i nära relationer hos patienter väcker osäkerhet och behov av tydliga rutiner för att hantera komplexa situationer (Florido et al., 2020).

I dessa möten utvecklas sjuksköterskors kompetens stegvis genom kontinuerligt lärande, reflektion och klinisk erfarenhet. Att utveckla sin professionella kompetens innebär att stärka förmågan att fatta självständiga beslut, hantera komplexa etiska och kliniska situationer samt agera utifrån evidens och etiska riktlinjer. Erfarenheter visar att både teoretisk kunskap och praktisk erfarenhet bidrar till ökad trygghet i yrkesrollen och förbättrar förmågan att identifiera subtila tecken på våldsutsatthet (Amarijo et al., 2021; Goicolea et al., 2017; Carneiro et al., 2022). I studien av Florido et al., (2020)

framkommer att erfarenhet av våldsutsatta patienter samt av våld i arbetsmiljön skapar ett behov av att sjuksköterskan kontinuerligt stärker sin analytiska förmåga och sin kliniska bedömningsförmåga, då våldet ofta är dolt eller normaliserat i patientens livssituation.

Utbildning, handledning och kollegialt lärande beskrivs som centrala stöd i kompetensutvecklingen. Genom att diskutera patientfall och egna reaktioner fördjupar sjuksköterskor sin förståelse för hur känslor av osäkerhet, frustration eller empati påverkar mötet med våldsutsatta kvinnor (Amarijo et al., 2021; Goicolea et al., 2017; Carneiro et al., 2022; Rizkalla et al., 2020). Betydelsen av kollegialt stöd, tydlig kommunikation och gemensamma strategier för att hantera våldsrelaterade situationer, där sjuksköterskan ofta fungerar som ledare, samordnare och stöd för teamet i pressade och emotionellt krävande situationer (Florido et al., 2020). Denna ledarroll bidrar i sin tur till att stärka den professionella identiteten.

Att kontinuerligt utveckla kompetensen beskrivs som avgörande för att upprätthålla kvalitet, patientsäkerhet och ett etiskt hållbart förhållningssätt i vårdandet (Goicolea et al., 2017; Carneiro et al., 2022). Erfarenheter visar att sjuksköterskan behöver hantera både praktiska och emotionella aspekter av arbetet och balansera empati med professionell distans för att bibehålla handlingsförmåga i pressade situationer. De emotionella utmaningar hos sjuksköterskor som möter våld: rädsla, maktlöshet och stress som måste bearbetas för att inte påverka bemötandet negativt. Genom denna process stärks sjuksköterskans förmåga att upprätthålla en helhetssyn och skapa struktur i vårdandet, vilket i sin tur bidrar till ökade förutsättningar att bemöta våldsutsatta kvinnor med trygghet, professionalism och kontinuitet (Amarijo et al., 2021; Goicolea et al., 2017; Carneiro et al., 2022; Rizkalla et al.,2020; Florido et al., 2020).

Att hantera olika utmaningar som relaterar till våldsutsatthetens komplexitet

Sjuksköterskors erfarenhet av att möta våldsutsatta kvinnor inom primär- och akutsjukvård visar att arbetet formas av en rad komplexa utmaningar som påverkar både omvårdnadsarbetet och den professionella rollen. Dessa utmaningar kan vara emotionella, etiska och organisatoriska och kräver medvetna strategier för att kunna hanteras på ett professionellt och hållbart sätt (Goicolea et al., 2017; Carneiro et al., 2022; Rizkalla et al., 2020).

Erfarenheter visar att sjuksköterskor ofta möter känslomässigt krävande situationer, där kvinnors berättelser om våld kan väcka frustration, otillräcklighet eller stress. Sjuksköterskor beskriver därför behov av att reflektera över sina reaktioner, söka stöd i kollegiala samtal och använda återhämtning och handledning för att bearbeta svåra händelser (Goicolea et al., 2017; Carneiro et al., 2022; Rizkalla et al., 2020). I mötet med våldsutsatthet erfar sjuksköterskor även organisatoriska hinder, såsom tidspress, hög arbetsbelastning, resursbrist och begränsade möjligheter till uppföljning. Dessa faktorer gör det svårt att ge det emotionella stöd och den kontinuitet som kvinnorna ofta behöver. Under sådana förhållanden tvingas sjuksköterskor prioritera och fatta snabba beslut, samtidigt som de upprätthåller ett etiskt förhållningssätt och försöker skapa trygghet i mötet (Goicolea et al., 2017; Carneiro et al., 2022; Rizkalla et al., 2020; Amarijo et al., 2021)

Att hantera dessa utmaningar innebär inte enbart att lösa praktiska problem, utan också att bevara sin professionella identitet och balans i en komplex arbetssituation. Sjuksköterskor beskriver att de ständigt behöver omvärdera sin kapacitet, hantera känslomässigt engagemang och samtidigt bibehålla handlingskraft inför kvinnors utsatthet (Goicolea et al., 2017; Carneiro et al., 2022).Genom reflektion, kollegialt stöd och kontinuerlig kompetensutveckling upplever sjuksköterskor att deras motståndskraft

stärks, vilket gör det lättare att agera tryggt och etiskt även i utmanande vårdsituationer (Goicolea et al., 2017; Carneiro et al., 2022; Rizkalla et al., 2020; Amarijo et al., 2021).

DISKUSSION

Diskussionen består av två delar: metoddiskussion och resultatdiskussion.
I metoddiskussionen behandlas den valda metoden, där både styrkor och svagheter lyfts fram. I resultatdiskussionen presenteras och analyseras studiens resultat, vilka jämförs med tidigare forskning som redogjorts för i bakgrunden, samt med relevanta studier som inte tidigare inkluderats i arbetet.

Metoddiskussion

Studien genomfördes som en litteraturstudie med kvalitativ ansats för att skapa en översiktlig men samtidigt fördjupad bild av sjuksköterskors erfarenheter av att möta våldsutsatta kvinnor inom primär- och akutsjukvård. För att säkerställa en tydlig och upprepningsbar arbetsprocess användes den niostegsmodell som beskrivs av Polit och Beck (2021, s. 85). En styrka med denna design är att den möjliggör ett samlat underlag från flera kontexter, vilket breddar förståelsen av fenomenet och stärker trovärdigheten genom att synliggöra olika perspektiv (Graneheim & Lundman, 2004). Polit och Beck (2021, s. 569–570) lyfter fyra kriterier för kvalitativa studier – trovärdighet, pålitlighet, verifierbarhet och överförbarhet – vilka utgör grunden i denna metoddiskussion. Samtidigt kräver variationen i kontext en medvetenhet om skillnader som kan påverka tolkningen i en svensk vårdmiljö. Pålitligheten kan också påverkas då litteraturstudier bygger på forskarnas egna urval och tolkningsprocesser, vilket ställer krav på transparens och systematik för att säkerställa att arbetsprocessen kan följas och bedömas av andra (Polit & Beck, 2021, s. 569). Valet av litteraturstudie har också begränsningar när det gäller verifierbarhet. Eftersom studien bygger på redan publicerade artiklar går informationen genom tidigare forskares tolkningar innan den når oss. Det innebär att avståndet till deltagarnas egna upplevelser blir större. Forskarna i denna studie hade inte möjlighet att gå tillbaka till originalmaterialet för att kontrollera svar, ställa följdfrågor eller få mer information om sammanhanget. Detta kan öka risken för bias, eftersom resultaten påverkas av hur tidigare forskare har valt att tolka och presentera sitt material. Att använda kvalitativ ansats var ett medvetet val då syftet var att beskriva erfarenheter. Kvalitativ metod är särskilt lämpad för att undersöka människors levda erfarenheter (Graneheim & Lundman, 2004). Ett annat möjligt alternativ hade varit en empirisk kvalitativ intervjustudie, som hade kunnat ge ett mer djupt psykologiskt perspektiv, men på grund av tidsramar och etiska aspekter valdes en litteraturstudie som ett rimligt forskningsetiskt och praktiskt alternativ.
Urvalet genomfördes med tydliga inklusions- och exklusionskriterier, vilket stärker studiens transparens och möjliggör för läsaren att följa urvalsprocessen. Endast kvalitativa originalartiklar inkluderades eftersom dessa bygger på primärdata och därmed ger en djupare förståelse för sjuksköterskors upplevelser, vilket ökar trovärdigheten (Polit & Beck, 2021, s. 569). Samtidigt begränsades urvalet till artiklar skrivna på engelska, vilket kan ha lett till språkbias. Genom att exkludera forskning på andra språk kan viktig kunskap ha gått förlorad, vilket påverkar överförbarheten eftersom resultatet främst speglar kontexter där dessa språk används. Tidsavgränsningen till de senaste tio åren motiverades av målet att inkludera aktuell forskning. Detta stärker studiens relevans, men innebär samtidigt en risk att tidigare betydelsefulla studier exkluderats. Äldre forskning kan fortfarande vara teoretiskt värdefull, särskilt inom områden som förändras långsamt, vilket kan påverka pålitligheten i den bild som resultatet ger. Ett bredare tidsspann hade kunnat ge en mer historisk utveckling av ämnet och en djupare förståelse för förändringar i sjuksköterskors arbetssätt över tid.
Datainsamlingen genomfördes i databaserna PubMed och CINAHL, vilket var logiskt eftersom dessa är relevanta inom hälso- och sjukvårdsforskning. En styrka med detta val är att databaserna täcker både global medicinsk forskning och omvårdnadsforskning. En begränsning i studien är att endast artiklar som fokuserade på sjuksköterskans erfarenheter av att möta våldsutsatta kvinnor inom primär- och

akutsjukvård inkluderades. Detta innebär att erfarenheter från sjuksköterskan i andra vårdkontexter, såsom psykiatrisk vård, beroende mottagningar och hemsjukvård inte lyftes fram. Denna avgränsning kan ha medfört att vissa aspekter av sjuksköterskans möten med våldsutsatta kvinnor inte har synliggjorts. Att exkludera databaser som PsycINFO eller SocINDEX kan innebära att viktiga studier missats. Detta innebär en risk för urvalsbias, vilket påverkar studiens trovärdighet. En bredare databasanvändning hade möjligen kunnat bidra till ett mer varierat material och därmed en större bredd i resultatet, även om detta inte med säkerhet kan fastställas.
Kvalitetsgranskningen av artiklarna genomfördes systematiskt, vilket stärker studiens pålitlighet. Artiklarna bedömdes individuellt innan gemensam diskussion, vilket minskade risken för subjektiva beslut. Samtidigt är det viktigt att erkänna att kvalitetsgranskning i litteraturstudier alltid innebär risk för forskarpåverkan eftersom beslut om inkludering eller exkludering påverkas av forskarens erfarenheter och förståelse (Graneheim & Lundman, 2004). En potentiell svaghet är att kvalitetsgranskningen av artiklarna genomfördes enbart av författarna till denna studie, utan stöd av en extern granskare. Även om användningen av granskningsmall från SBU se (Bilaga 5) bidrog till att skapa struktur och transparens i bedömningen, saknades dubbelgranskning av artiklarna eftersom granskningen inte verifierades av en oberoende part. Detta kan ha påverkat objektiviteten då bedömningarna enbart baserades på författarnas egna tolkningar.
Analysen utfördes genom kvalitativ innehållsanalys baserad på Graneheim och Lundman (2004), vilket innebar att meningsbärande enheter identifierades, kondenserades, kodades och sorterades i kategorier. Detta arbetssätt gav struktur och tydlighet i analysen. Analysmetoden är lämplig för att organisera större textmängder och presentera erfarenheter systematiskt. En styrka är att analysen utfördes av båda författarna separat innan gemensam diskussion, vilket stärker trovärdigheten. Samtidigt finns risk att kondenseringen av meningsbärande enheter ledde till att viktiga nyanser gick förlorade, vilket Graneheim och Lundman (2004) lyfter som en svaghet i analysarbeten. En ytterligare aspekt som kan ha påverkat trovärdigheten är översättningen av de kondenserade meningsbärande enheterna från engelska till svenska. För att minska risken för feltolkningar genomfördes översättningen manuellt och, vid behov, med stöd av översättningsverktyget DeepL. Samtliga översättningar jämfördes med originaltexten för att säkerställa att innebörden bevarades, och diskuterades mellan författarna tills konsensus uppnåddes. Även om DeepL användes som ett språkligt stöd kan digitala översättningsverktyg medföra risk för systematiska fel, vilket är viktigt att beakta i bedömningen av studiens trovärdighet. Att huvudsakligen analysera manifest innehåll kan också ha begränsat djupet i resultatet, eftersom latent mening inte analyserades fullt ut. Alternativt hade tematisk analys kunnat användas, vilket möjliggör ett större fokus på tolkning och mönster, men kvalitativ innehållsanalys ansågs bättre lämpad då den behåller närhet till originaltexten och lämpar sig väl för litteraturstudier.

Etiska aspekter beaktades i urvalet genom att endast artiklar som redovisade etiskt godkännande eller etiska överväganden inkluderades. Detta är förenligt med Vetenskapsrådets (2017) forskningsetiska principer, där respekt för deltagarnas integritet, konfidentialitet och frivillighet betonas. Eftersom detta är en litteraturstudie har inga nya data samlats in, vilket minskar risken för etiska komplikationer. Samtidigt är det en begränsning att forskarna inte kan bedöma hur etiken faktiskt hanterades i originalstudierna i praktiken, utan får förlita sig på författarnas redovisning. Att tydliggöra detta stärker studiens objektivitet och transparens. När det gäller överförbarhet är resultatet i första hand applicerbart inom liknande vårdkontexter, eftersom erfarenheterna som analyserats baseras på artiklar från olika länder och vårdinstanser. Variation i materialet är en styrka, men skillnader mellan ländernas vårdsystem och riktlinjer innebär att resultatet måste tolkas med försiktighet. Överförbarheten stärks dock genom tydlig metodredovisning, vilket möjliggör för läsaren att avgöra om resultatet kan användas i andra sammanhang (Graneheim & Lundman, 2004).
Objektiviteten kan ha påverkats av att författarna hade en förförståelse om sjuksköterskors möten med våldsutsatta kvinnor och att ämnet är känslomässigt laddat. Det finns en risk att befintliga antaganden

om exempelvis sjuksköterskans ansvar eller kvinnors utsatthet kan påverka hur resultaten tolkas. Samtidigt stärktes objektiviteten genom att analysprocessen genomfördes systematiskt och tolkningarna diskuterades gemensamt för att undvika subjektiva slutsatser. Enligt Graneheim och Lundman (2004) är det omöjligt att vara helt objektiv i kvalitativ forskning, men genom medvetenhet om den egna förförståelsen kan forskaren sträva efter att låta resultatet bygga på data snarare än personliga åsikter.

Resultatdiskussion

Syftet med denna litteraturstudie är att beskriva sjuksköterskors erfarenheter av att möta våldsutsatta kvinnor inom primär- och akutsjukvård. Studien bygger på en analys och sammanställning av tio vetenskapliga artiklar som tillsammans ger en överblick över det aktuella kunskapsläget se (**Bilaga 4**).

Ett intressant återkommande fynd i studien var hur sjuksköterskor upplever att hög arbetsbelastning och tidsbrist skapar betydande hinder i mötet med våldsutsatta kvinnor. Den kliniska vardagen präglas av tidspress, resursbrist och otydliga organisatoriska strukturer, vilket begränsar möjligheterna att erbjuda en trygg, lyhörd och personcentrerad vård. Liknande utmaningar återkommer i tidigare forskning där organisatoriska påfrestningar beskrivs som en av de största barriärerna för att sjuksköterskor ska kunna agera vid misstanke om våldsutsatthet (Goicolea et al., 2017; Carneiro et al., 2022; Rizkalla et al., 2020; Amarijo et al., 2021).

Ett liknande mönster framkommer i studien av Al-Ghabeesh et al. (2023) där personalbrist, överbeläggning och ett högt patientflöde ledde till ökad stress och risk för misstag. Dessa resultat stödjer studiens fynd eftersom studien visar att organisatoriska faktorer direkt påverkar vårdkvaliteten och försvårar sjuksköterskors möjligheter att upprätthålla ett professionellt omvårdnadsansvar. En möjlig förklaring är att när tid och resurser är otillräckliga ökar både stressnivåerna och känslan av otillräcklighet, vilket i sin tur påverkar bemötandet av patienter som befinner sig i utsatta livssituationer. Liknande erfarenheter beskrivs även av Akboğa et al. (2024) där långa arbetspass och höga krav medförde minskad motivation och upplevelser av otillräcklighet. Sådana organisatoriska belastningar kan relateras till begreppet moralisk stress, vilket uppstår när sjuksköterskor vet vad som är etiskt rätt att göra men hindras av exempelvis tidsbrist eller otillräckliga resurser (Kallenberg, 2016). Detta kan sättas i relation till Dawson et al. (2019), som beskriver hur sjuksköterskor inom akutsjukvård möter våldsutsatta kvinnor i komplexa och känslomässigt krävande situationer. Studien visar att tidsbrist, hög arbetsbelastning och brist på avskildhet begränsar möjligheten att skapa en förtroendefull vårdrelation, trots sjuksköterskans vilja att ge stöd. Detta begränsade handlingsutrymme bidrar till frustration och moralisk stress, vilket överensstämmer med föreliggande resultat där organisatoriska brister framträder som centrala hinder i mötet med våldsutsatta kvinnor. Detta kan leda till frustration och samvetsstress, men också till en försämrad arbetsglädje och minskad möjlighet att erbjuda personcentrerad vård.Samtidigt visar andra studier att organisatoriska strukturer inte enbart utgör hinder Maquibar et al., (2023) beskriver hur tydliga riktlinjer, återkommande patientkontakter och interprofessionellt stöd i stället kan skapa goda förutsättningar för att identifiera och följa upp våldsutsatthet. I deras studie upplevde sjuksköterskor att kontinuitet och stödstrukturer ökade tryggheten i den professionella rollen och möjliggjorde ett mer individanpassat bemötande. Detta visar att organisatoriska förutsättningar kan bidra till, snarare än hindra möjligheten att stödja våldsutsatta kvinnor.

Denna kontrast blir tydlig i jämförelsen med studiens resultat där brist på organisatoriskt stöd, otydliga riktlinjer och begränsad tid var starkt kopplade till upplevelser av otillräcklighet. En möjlig förklaring till skillnaderna mellan studierna är att olika vårdkontexter ställer olika krav. Akutsjukvården som i

resultatets studie kännetecknas av högt tempo och korta, uppdelade vårdmöten, vilket begränsar kontinuitet och förtroendebyggande. Primärvården som i Maquibars studie, erbjuder däremot längre vårdrelationer där tid för uppföljning och fördjupning finns. Detta tyder på att organisatoriska faktorer inte fungerar som universella hinder eller möjliggörare utan att deras betydelse påverkas av vårdmiljöns struktur och arbetsvillkor. Det belyser även behovet av att utveckla tydliga riktlinjer och organisatoriskt stöd specifikt anpassade för akutsjukvårdens förutsättningar för att underlätta sjuksköterskors arbete med att identifiera och bemöta våldsutsatta kvinnor.

Ett annat viktigt fynd var betydelsen av att etablera en trygg och tillitsfull vårdrelation i mötet med våldsutsatta kvinnor. Sjuksköterskorna beskrev hur tid, empati och närvaro utgjorde grundläggande förutsättningar för att kvinnan skulle våga öppna sig och berätta om sin utsatthet. Dessa resultat överensstämmer med tidigare forskning av Goicolea et al., (2017) och Carneiro et al., (2022), som betonar att tillit och kontinuitet är avgörande för att skapa en trygg vårdmiljö där våld kan synliggöras. När dessa relationella förutsättningar saknades tenderade vårdmötet att bli ytligt och uppdelade, vilket i sin tur ökade risken för att våldsutsatthet förblev oupptäckt. Att våldsutsatthet inte alltid synliggörs i vårdmötet kan även förstås utifrån kvinnors egna erfarenheter och normaliseringsprocesser. Cervantes och Sherman (2021) visar att kvinnor som tidigt i livet exponerats för våld ofta utvecklar en ökad tolerans för våld i nära relationer, vilket påverkar hur våld uppfattas och om det betraktas som tillräckligt allvarligt för att söka hjälp. Detta kan bidra till att våldet inte alltid uttrycks explicit i vårdmötet, vilket ställer särskilda krav på sjuksköterskans förmåga att skapa tillit, kontinuitet och ett tryggt samtalsklimat.

Att mötet med våldsutsatta kvinnor är emotionellt krävande framkom tydligt i studiens resultat, detta bekräftas även av Van der Wath et al., (2016) som beskrev hur dessa erfarenheter kan bidra till sekundär traumatisering, vilket sjuksköterskor försökte hantera genom emotionell reglering, kollegialt stöd och reflektion även avsaknad av organisatoriskt stöd ökade dock risken för utmattning. Liknande resultat presenteras av Leppäkoski et al., (2013) som framhöll att handledning och stöd var viktiga resurser för att hantera dessa emotionella påfrestningar. Arbetet med våldsutsatta kvinnor kräver därför organisatoriska förutsättningar i form av tid, utbildning och stöd, men även ett etiskt och relationellt förhållningssätt. Detta speglar sjuksköterskans professionella ansvar att bemöta varje individ med respekt och empati (ICN, 2021). Samtidigt måste sjuksköterskan kunna hantera sina egna känslor för att kunna agera professionellt, vilket innebär en balans mellan yrkesmässig distans och medmänsklighet (Dawson et al., 2019). Tillsammans visar dessa fynd att sjuksköterskans arbete i mötet med våldsutsatta kvinnor är komplext och påverkas av både organisatoriska och emotionella faktorer, när organisatoriska strukturer brister ökar risken för moralisk stress och otillräcklighet, vilket i sin tur kan försämra vårdrelationen och vårdkvaliteten (Dawson et al., 2019). När stödstrukturer däremot är på plats kan de bidra till att stärka relationen, förbättra vårdens kvalitet och öka sjuksköterskans handlingsutrymme. Detta understryker vikten av att utveckla och implementera organisatoriska strategier som skapar förutsättningar för sjuksköterskan att erbjuda en trygg, etisk och personcentrerad vård till våldsutsatta kvinnor (Dawson et al., 2019).

Tredje intressanta fyndet betonar att sjuksköterskan ständigt behöver balansera mellan empati och professionell distans för att upprätthålla en hållbar vårdrelation och samtidigt värna både patientens och den egna hälsan. Denna balans är viktig för att kunna möta våldsutsatta kvinnor på ett etiskt medvetet sätt utan att själv bli emotionellt överbelastad (Nyström, 2019).

Dessa erfarenheter kan också förstås i relation till patientens lidande, enligt Arman & Rehnsfeldt (201, s.12–15) är lidande en subjektiv och existentiell erfarenhet som inte enbart rör fysisk smärta, utan också psykiska och sociala dimensioner. I mötet med våldsutsatta kvinnor innebär detta att sjuksköterskor behöver vara lyhörd och närvarande för att kunna uppfatta och bekräfta kvinnans lidande, även när det inte är uttalat. Att lindra lidande handlar inte alltid om att ta bort det, utan om att ge stöd, skapa trygghet och hjälpa kvinnan att återfå en känsla av mening och kontroll. Dessa perspektiv knyter an till sjuksköterskors ansvar att främja trygghet och tillit i mötet med våldsutsatta kvinnor, vilken tidigare forskning också betonar som en förutsättning för att våld ska kunna synliggöras (Adams et al., 2021). För att detta ska vara möjligt krävs dock att sjuksköterskan ges tillräckliga organisatoriska förutsättningar, så att den professionella kompetensen kan omsättas i praktiken.

Enligt Dawson et al., (2019) i mötet med kvinnor som utsatts för våld i nära relation ställs akutsjuksköterskan inför komplexa och känslomässigt krävande situationer, där förtroende och trygghet är avgörande för att våldet ska kunna uppmärksammas. Arbetet kräver både professionell kompetens, empati och en förmåga att balansera mellan närhet och distans. Dawson et al., (2019) beskriver att akutsjuksköterskor ofta vill ge stöd och skapa trygghet, men att den akuta vårdmiljön försvårar detta. Många upplever tidsbrist, hög arbetsbelastning och brist på avskildhet, vilket gör det svårt att bygga en förtroendefull relation med patienten.

Dawson et al., (2019) lyfter att organisatoriskt stöd och en trygg arbetsmiljö är avgörande för att akutsjuksköterskan ska kunna omsätta sin kunskap i praktiken. Dawson et al., (2019) framhåller att "*supportive workforce environments improve staff understanding, reduce stigma, enhance appropriate trea tment, and counsel health professionals experiencing violence*" detta innebär att akutsjuksköterskan behöver både strukturella och emotionella resurser för att kunna ge god och säker vård, samtidigt som de själv behöver stöd för att orka möta patienter som befinner sig i trauma och utsatthet. Sjuksköterskor som arbetar inom vården har ett professionellt ansvar vilket innefattar att möta varje individ med respekt, empati och lyhördhet (ICN, 2021). Det är ofta i det första samtalet som våldet kan synliggöras, vilket gör bemötandet centralt för att kvinnan ska våga berätta.

Enligt HSL (SFS 2017:30, 3 kap, 1 §) ska vården bygga på respekt för patientens värdighet och integritet, och vårdaren har ett ansvar att skapa trygghet och förtroende i vårdmötet. Detta ställer samtidigt krav på att sjuksköterskan kan hantera sina egna känslor och reaktioner något som Dawson et al. (2019) beskriver som en balans mellan professionell distans och medmänsklig närvaro. För att en vårdrelation ska bli meningsfull behöver sjuksköterskan ha tillgång till både kunskap, tid och organisatoriskt stöd.En vårdande miljö där etiska värden, interprofessionellt samarbete och tydliga organisatoriska strukturer samverkar skapar förutsättningar för att akutsjuksköterskan ska kunna agera professionellt, uppmärksamma tecken på våld och erbjuda trygg, individanpassad vård till kvinnor i kris.
Resultatet kan även förstås i relation till gällande lagstiftning och professionella riktlinjer som betonar respekt, delaktighet och integritet som grund för en säker vårdrelation. Enligt HSL (SFS 2017:30, 3 kap, 1 §) och Patientlagen (SFS 2014:821, 2 kap, 2 §) ska vården utformas så att patientens värde, självbestämmande och behov av trygghet främjas. ICN:s etiska kod (2021) understryker dessutom sjuksköterskans ansvar att genom empati, kommunikation och närvaro skapa en vårdmiljö präglad av tillit och respekt. Även Arbetsmiljölagen (SFS 1977:1160) framhåller betydelsen av att förebygga psykisk belastning, vilket är en förutsättning för att sjuksköterskan ska kunna upprätthålla en stabil och trygg relation till patienten.

SLUTSATSER

Att möta kvinnor som lever i en våldsutsatt relation omfattar både stort ansvar och betydande utmaningar, studien visar att tillit, empati och professionellt stöd är avgörande för att skapa en trygg vårdrelation och möjliggöra att våldet upptäcks. Arbetet innebär en komplex balans mellan att vara närvarande och medkännande samtidigt som den professionella stabiliteten och etiska medvetenheten måste upprätthållas. Resultatet visar att mötet med våldsutsatta kvinnor präglas av emotionella etiska och organisatoriska utmaningar vilket kan väcka känslor av otillräcklighet och stress, en stödjande arbetsmiljö med tydliga rutiner fortbildning och handledning framträder därför som central för att stärka trygghet och handlingsförmåga. För att möjliggöra ett professionellt och etiskt bemötande krävs organisatoriska satsningar som minskar den emotionella belastningen och skapar förutsättningar för kontinuerlig kompetensutveckling inom området att möta våldsutsatta kvinnor inom sjukvården.

Sjuksköterskans uppgift är central för att synliggöra våld, skapa förtroende och bidra till kvinnans väg mot trygghet och återhämtning. För att ytterligare stärka denna förmåga bör framtida forskning fokusera på att utveckla och utvärdera utbildningsprogram och stödstrukturer som underlättar identifiering och bemötande i olika vårdkontexter. Det finns även behov av forskning som belyser kvinnors egna erfarenheter av bemötande i vården samt hur organisatoriska faktorer påverkar möjligheterna att erbjuda en trygg och personcentrerad vård. Genom ökad kunskap, strukturellt stöd och ett reflekterat förhållningssätt kan vården på ett mer effektivt sätt uppmärksamma och stödja kvinnor som lever i en våldsutsatt relation. Resultaten är även relevanta för omvårdnaden eftersom de tydliggör sjuksköterskors profession i att upptäcka våld, skapa trygghet och ge stöd. Studierna betonar dessutom att tydliga rutiner och kontinuerlig kompetensutveckling behövs för att stärka sjuksköterskors handlingsförmåga i mötet med våldsutsatta kvinnor.

REFERENSER

*= Ingår i resultatet

*Adams, C., Hooker, L., & Taft, A. (2021). Threads of Practice: Enhanced Maternal and ChildHealth Nurses Working With Women Experiencing Family Violence. Global qualitative nu rsing research, 8, 23333936211051703. https://doi.org/10.1177/23333936211051703

Al-Ghabeesh, S. H., Thabet, A., Rayan, A., & Abu-Snieneh, H. M. (2023). Qualitative study of challenges facing emergency departments nurses in Jordan. *Heliyon*, *9*(3), e14141. https://doi.org/10.1016/j.heliyon.2023.e14141

Ali, P., & McGarry, J. (2018). Supporting people who experience intimate partner violence. *Nursing standard (Royal College of Nursing (Great Britain) : 1987)*, *32*(24), 54–62. https://doi.org/10.7748/ns.2018.e10641

*Amarijo, C. L., Silva, C. D., Acosta, D. F., Cruz, V. D., Barlem, J. G. T., & Barlem, E. L. D. (2021). POWER DEVICES USED BY NURSES TO FIGHT DOMESTIC. VIOLENCE AGAINST WOMEN. *Texto & Contexto - Enfermagem*, *30*. https://doi.org/10.1590/1980-265x-tce-2019-0389

Anderzén Carlsson, A., Bäccman, C., & Almqvist, K. (2021). The professional relationship forms the base: Swedish child health care nurses' experiences of encountering mothers exposed to intimate partner violence. *International journal of qualitative studies on health and well-being*, *16*(1), 1988043. https://doi.org/10.1080/17482631.2021.1988043

*Aregger Lundh, A., Tannlund, C., & Ekwall, A. (2023). More support, knowledge and awareness are needed to prepare emergency department nurses to approach potential intimate partner violence victims. *Scandinavian journal of caring sciences*, *37*(2), 397–405. https://doi.org/10.1111/scs.13123

Arman, M., & Rehnsfeldt, A. (2011). Teoretiskt perspektiv. C. Brynolfsson(red.), *Vårdande som lindrar lidande: Etik i vårdandet* (2. Uppl., s 12–17). Liber.

Akboğa, Ö. Ş., & Gelin, D. (2024). Experiences of Registered Nurses in Overcrowded Emergency Departments: A Qualitative Study: Journal of Education & Research in Nursing / Hemşirelikte Eğitim ve Araştırma Dergisi. *Journal of Education & Research in Nursing / Hemşirelikte Eğitim ve Araştırma Dergisi*, *21*(2), 167–173. https://doi.org/10.14744/jern.2024.29938

Brottsförebyggande rådet. (2025). *Risk för våld i partnerrelation: En statistisk analys av sociodemografiska faktorer* (Kortanalys 2025:1). Brottsförebyggande rådet Hämtad

4 september 2025 från https://bra.se/rapporter/arkiv/2025-02-06-risk-for-vald-i-partnerrelation

*Carneiro, J. B., Gomes, N. P., Estrela, F. M., da Silva, A. F., Carvalho, M. R. D. S., & Webler, N. (2022). Care Provided to Women Victims of Intimate Partner Violence From the Perspective of Health Professionals. *Inquiry : a journal of medical care organization, provision and financing*, *59*, 469580211064105. https://doi.org/10.1177/00469580211064105

Cervantes, M. V., & Sherman, J. (2021). Falling for the Ones That Were Abusive: Cycles of Violence in Low-Income Women's Intimate Relationships. *Journal of interpersonal violence*, *36*(13-14), NP7567–NP7595. https://doi.org/10.1177/0886260519829771

Dawson, A. J., Rossiter, C., Doab, A., Romero, B., Fitzpatrick, L., & Fry, M. (2019). The Emergency Department Response to Women Experiencing Intimate Partner Violence: Insights From Interviews With Clinicians in Australia. *Academic emergency medicine: official journal of the Society for Academic Emergency Medicine*, *26*(9), 1052–1062. https://doi.org/10.1111/acem.13721

Elvin-Nowak, Y. M. S., Backman-Enelius, M. M., Jonas, W. C., Eriksson, J. A., Åhlund, D. S., & Barimani, M. M. (2023). Intimate partner violence and negative health consequences: A cross-sectional study among women in a regional sample in Sweden. *Scandinavian journal of public health*, *51*(4), 636–643. https://doi.org/10.1177/14034948221148056

Etikprövningslag (SFS 2003:460). Hämtad den 20 oktober från https://www.riksdagen.se/sv/dokument-och-lagar/dokument/svensk-forfattningssamling/lag-2003460-om-etikprovning-av-forskning-som_sfs-2003-460/

FN-förbundet (u.å.) *Agenda 2030 och de globala målen för en hållbar utveckling*. Hämtad 20 mars 2025 från https://fn.se/globala-malen-for-hallbar-utveckling/

Forsberg, C & Wengström, Y (2017). Att göra systematiska litteraturstudier: Olika typer av literaturstudier. Natur & Kultur

Gashaw, B. T., Schei, B., Solbraekke, K. N., & Magnus, J. H. (2020). Ethiopian Health Care Workers' Insights into and Responses to Intimate Partner Violence in Pregnancy-A Qualitative Study. *International journal of environmental research and public health*, *17*(10), 3745. https://doi.org/10.3390/ijerph17103745

Green, J., Satyen, L., & Toumbourou, J. W. (2024). Influence of Cultural Norms on Formal Service Engagement Among Survivors of Intimate Partner Violence: A Qualitative Meta-

synthesis. *Trauma, violence & abuse*, *25*(1), 738–751. https://doi.org/10.1177/15248380231162971

*Goicolea, I., Mosquera, P., Briones-Vozmediano, E., Otero-García, L., García-Quinto, M., & Vives-Cases, C.
(2017). Primary health care attributes and responses to intimate partner violence in Spain. *Gac eta sanitaria*, *31*(3), 187–193. https://doi.org/10.1016/j.gaceta.2016.11.012

Graneheim, U. H., & Lundman, B. (2004). Qualitative content analysis in nursing research: concepts,
procedures and measures to achieve trustworthiness. Nurse education today, 24(2), 105–112. https://doi.org/10.1016/j.nedt.2003.10.001

*Guimarães Flórido, H., da Costa Machado Duarte, S., Menengat Corrêa Floresta, W., Miranda da Fonseca Marins, A., Valladares Broca, P., & Rezende Montenegro Medeiros de Moraes, J. (2020). Nurse's Management of Workplace Violence Situations in the Family Health Strategy. *Texto & Contexto Enfermagem*, *29*(1), 1–13. https://doi-org.till.biblextern.sh.se/10.1590/1980-265X-TCE-2018-0432

Hourani, J., Jarallah, Y., Murray, L., Chen, J., Hack, M. & Vaughan, C.
(2022). How structural and symbolic violence during resettlement impacts the social and mental wellbeing of forced migrant women:
the lived experiences of Arabic speaking survivors of IPV settled in Melbourne, Australia. *Conflict and Health, 16*(59), 2-9. https://doi.org/10.1186/s13031-022-00494-6

International Council of Nurses. (2021). *The ICN code of ethichs för nurses*. Hämtad 5 oktober 2025 från https://www.icn.ch/sites/default/files/inline-files/ICN_Code-of-Ethics_EN_Web.pdf

Jack, S. M., Ford-Gilboe, M., Davidov, D., MacMillan, H. L., & NFP IPV Research Team (2017). Identification and assessment of intimate partner violence in nurse home visitation. Journal of clinical nursing, 26(15-16), 2215–2228. https://doi.org/10.1111/jocn.13392

Kallenberg, K., Hyllengren, P., Larsson, G., & Nilsson, S. (2016). *Moralisk stress och ledarskap*. Studentlittratur.

Kunskapsstyrning Vård (2025).*Nationellt programområde akut vård*. Hämtad från: https://kunskapsstyrningvard.se/kunskapsstyrningvard/programomradenochsamverkansgrupper/nationellaprogramomraden/npoakutvard.56422.html

Kyle J. (2023). Intimate Partner Violence. *The Medical clinics of North America*, *107*(2), 385–395. https://doi.org/10.1016/j.mcna.2022.10.012

Kyrkjebø, D., Søvde, B. E., & Råholm, M.-B.
(2017). Sjukepleiarkompetanse i kommunehelse=tenesta: Er det rom
for fagleg oppdatering? *Sykepleien Forskning*, *64027*,
e- 64027. https://doi.org/10.4220/sykepleienf.2017.64027

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

Lukewich, J., Ryan, D., Mathews, M., Hedden, L., Marshall, E. G., Vaughan, C., Idrees, S., Bulman, D., Renaud, L. R., Cusack, C., Martin-Misener, R., Bruneau, J., Wickett, J., Asghari, S., Meredith, L., Spencer, S., & Young, G. (2025). Nurses Leading the Way: A Qualitative Study of Nursing Leadership, Innovation and Opportunity in Primary Care During a Public Health Crisis. *Nursing leadership (Toronto, Ont.)*, *37*(SP), *77–95*.
https://doi.org/10.12927/cjnl.2025.27551

*Maruyama, N., & Horiuchi, S. (2024). Views from midwives and
perinatal nurses on barriers and facilitators in responding to perinatal intimate partner violenc
e in Japan: baseline interview before intervention. *BMC health services research*, *24*(1),
1234. https://doi.org/10.1186/s12913-024-11737-y

Maquibar, A., Estalella, I., Romero-Serrano, R., Macías-Seda, J., Gil-García, E., & Lancharro-Tavero, I.
(2023). Primary healthcare nurses' experiences of addressing intimate partner violence in supp
ortive legal and health system contexts. *Journal of advanced nursing*, *79*(4), 1399–
1413. https://doi.org/10.1111/jan.15406

Murvartian, L., Matías-García, J. A., Saavedra-Macías, F. J., & Crowe, A. (2024).
A Systematic Review of Public Stigmatization Toward Women Victims of Intimate Partner Viole
nce in Low- and Middle-Income Countries. *Trauma, violence & abuse*, *25*(2), 1349–
1364. https://doi.org/10.1177/15248380231178756

Nadeem, M., & Malik, M. I. (2021). The Role of Social Norm
in Acceptability Attitude of Women Toward Intimate Partner Violence in Punjab,
Pakistan. *Journal of interpersonal violence*, *36*(21-22), NP11717–
NP11735. https://doi.org/10.1177/0886260519889942

Nationellt centrum för kvinnofrid (2024). Om särskild sårbarhet. Hämtad 1 Oktober 2025 från
https://www.uu.se/centrum/nck/kunskapsbank-om-vald/fakta-och-forskning-om-vald/vald-i-nara-relationer

Nationellt centrum för kvinnofrid (2025). *Våld i nära relationer* .Hämtad 1 Oktober 2025 från
https://www.uu.se/centrum/nck/kunskapsbank-om-vald/fakta-och-forskning-om-vald/va

ld-i-nara-relationer

Nyström, M. (2019). Vårdrelationer. I F. Friberg & J. Öhlén (red.), *Omvårdnadens grunder: Perspektiv och förhållningssätt* (3. uppl., 465–485). Studentlitteratur.

Onyango, E. O., & Elliott, S. J. (2023). Victims or perpetrators, agency, and politics of intimate partner violence in the social construction of health and wellbeing: a qualitative study from Kenya. Sexual and reproductive health matters, 31(1), 2272762. https://doi.org/10.1080/26410397.2023.2272762

Polit, D., & Beck, C. T. (2021). *Nursing research:* Generating and assessing evidence for nursing practice (11:e uppl.). Wolters Kluwer.

Regeringen. (2024). *Arbetsmiljölagen.* Hämtad 5 oktober 2025 från https://www.riksdagen.se/sv/dokument-och-lagar/dokument/svensk-forfattningssamling/arbetsmiljolag-19771160_sfs-1977-1160/

*Rizkalla, K., Maar, M., Pilon, R., McGregor, L., & Reade, M. (2020). Improving the response of primary care providers to rural First Nation women who experience intimate partner violence: a qualitative study. *BMC women's health*, *20*(1), 209. https://doi.org/10.1186/s12905-020-01053-y

*Saberi, E., Hutchinson, M., & Hurley, J. (2024). Rising to the challenge: The motivation to champion routine intimate partner violence screening in rural emergency departments. *The Australian journal of rural health*, *32*(5), 1018–1030. https://doi.org/10.1111/ajr.13176

Sardinha, L., Maheu-Giroux, M., Stöckl, H., Meyer, S. R., & García-Moreno, C. (2022). Global, regional, and national prevalence estimates of physical or sexual, or both, intimate partner violence against women in 2018. *Lancet (London, England)*, *399*(10327), 803–813. https://doi.org/10.1016/S0140-6736(21)02664-7

Silva, T., Agampodi, T., Evans, M., Knipe, D., Rathnayake, A., & Rajapakse, T. (2022). Barriers to help-seeking from healthcare professionals amongst women who experience domestic violence - a qualitative study in Sri Lanka. *BMC public health*, *22*(1), 721. https://doi.org/10.1186/s12889-022-13116-w

Statens beredning för medicinsk och social utvärdering (SBU). 2024. *Granskningsmallar*. Hämtad 5 oktober 2025 från https://www.sbu.se/sv/granskningsmallar/

Socialstyrelsen. (2025). *Nytt kunskapsstöd ska se till att vården upptäcker fler våldsutsatta.* Hämtad 24 september 2025 från https://www.socialstyrelsen.se/aktuellt/nytt-kunskapsstod-ska-se-till-att-varden-upptacker-fler-valdsutsatta/
Socialstyrelsen. (2020). *Patientsäkerhetslagen*. Hämtad 7 Oktober 2025 från https://patientsakerhet.socialstyrelsen.se/lagar-och-foreskrifter/centrala-lagar/patientsakerhetslagen/
Socialstyrelsen. (2022). *Hälso – och sjukvårdslagen*. Hämtad 7 Oktober 2025 från https://patientsakerhet.socialstyrelsen.se/lagar-och-foreskrifter/centrala-lagar/halso--och-sjukvardslagen/

Socialstyrelsen.(2016) *Primärvårdens uppdrag:En kartläggning av hur landstingens uppdrag till primärvården är formulerade*.Hämtad 26 november 2025.från https://www.socialstyrelsen.se/publikationer/primarvardens-uppdrag--en-kartlaggning-av-hur-landstingens-uppdrag-till-primarvarden-ar-formulerade-2016-3-2/

Svenska sjuksköterskeförening. (2022). *ICN:s etiska kod för sjuksköterskor*. Hämtad 1 oktober 2025
från https://swenurse.se/download/18.7104a0bd1817fce0092f0132/1656659417909/A4%20ICN%20Etiska%20kod%20enkelsidor.pdf
Svensk sjuksköterskeförening (2024). *Kompetensbeskrivning för legitimerad sjuksköterska*. Hämtad 5 oktober 2025
från https://www.socialstyrelsen.se/publikationer/vald-i-nara-relationer--handbok-for-socialtjansten-halso--och-sjukvarden-och-tandvarden-2023-6-8592/

Södertörns Högskola. (2021). Referenser enligt APA-systemet: Guide för Röda Korsets Högskola och Södertörns Högskola. Hämtad den 20 oktober 2025
från https://www.sh.se/appresource/4.46ffb4bf1643b6f9fb01182/12.381e53831924c4b83fa1909/download?documentId=01UQV6L7TE6C2OLFFROJHKGSQHYKGQ7T52&documentLibrary=b!Sd1kcrT5VEWkwO4W9o1_Vwa-wTMWsXxGqWL6EvVaM-KbHzFMgn4VS7D9r9tD0Hoo&name=Referenser%20enligt%20APA-systemet.pdf

Trisyani, Y., Emaliyawati, E., Prawesti, A., Mirwanti, R., & Mediani, H. S. (2023). Emergency Nurses' Competency in the Emergency Department Context: A Qualitative Study. *Open access emergency medicine : OAEM*, *15*, 165–175. https://doi.org/10.2147/OAEM.S405923

Vetenskapsrådet. (2017). God forskningssed (ISBN 978-91-7307-352-3). Vetenskapsrådet. https://www.vr.se/download/18.5639980c162791bbfe697882/1555334908944/God-forskningssed_VR_2017.pdf
Van der Wath, A., Van Wyk, N., & Van Rensburg, E. J.
(2016). Emergency nurses' ways of coping influence their ability to empower women to move b eyond the oppression of intimate partner violence. *African journal of primary health care & fami ly medicine*, *8*(2), e1–e7. https://doi.org/10.4102/phcfm.v8i2.957

*Visentin, F., Becker Vieira, L., Trevisan, I., Lorenzini, E., & da Silva, E. F. (2015). Women's primary care nursing in situations of gender violence. *Investigacion & Educacion En Enfermeria*, *33*(3), 556–564. https://doi-org.till.biblextern.sh.se/10.17533/udea.iee.v33n3a20

World Health Organization (2019) *Respect women preventing violence against women*. Hämtad 6 oktober 2025 från https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/312261/WHO-RHR-18.19-eng.pdf?sequence=1

World Health Organization. (2022). Violence: intimate partner violence prevalence among ever partnered women in their lifetime. World Health Organization. Hämtad 5 Oktober 2025 från https://www.who.int/data/gho/data/indicators/indicator-details/GHO/intimate-partner-violence-lifetime

World Medical Association (2013). World Medical Association Declaration of Helsinki: ethical principles for medical research involving human subjects. JAMA, 310(20), 2191-2194.https://doi.org/10.1001/jama.2013.281053

Åhs, J. W., Ranheim, A., Eriksson, H., & Mazaheri, M. (2023). Encountering suffering in digital care: a qualitative study of providers' experiences in telemental health care. *BMC health services research*, *23*(1), 418. https://doi.org/10.1186/s12913-023-09367-x

BILAGOR

BILAGA 1. Sökmatris PubMed

Databas, datum, sökning	Sökord	Begränsningar	Antal träffar	Antal lästa titlar	Antal lästa abstract	Antal lästa artiklar	Antal valda artiklar	Artikel #
PUBMED 02//10–2025 S1	Nurse OR Nursing OR Nurses	Inga	1,161,098	0	0	0	0	.
PUBMED 02/10–2025 S2	Experience OR Perspective	Inga	1,691,291	0	0	0	0	.
PUBMED 02/10-2025 S3	IPV	inga	10,863	0	0	0	0	
PUBMED 02/10-2025 S4	Health care	inga	2,956,837	0	0	0	0	
PUBMED 02/10–2025 S5	Primary care OR IPV	Inga	270,433	0	0	0	0	.
PUBMED 02/10-2025 S6	Emergency care OR IPV	Inga	566,885	0	0	0	0	
PUBMED 02/10 -2025 S5	S1 AND S2 AND S3 AND S4 AND S5 AND S6	- Full text - Publicerade senast 10 år - Peer-reviewed - Engelska	184	184	75*	25**	5***	#4 #6 #7 #8

*109 artiklar svara ej på syftet, utan handlar om våldsutövare i stället för omvårdnad av våldsutsatta
** 50 artiklar exkluderades då de inte besvarade studiens syfte, samt på grund av förekomst av dubletter i CINAHL och kvantitativ studiedesign.
*** 20 artiklar handla inte om IPV

BILAGA 2. Sökmatris CINAHL

Databas, datum, sökning	Sökord	Begränsningar	Antal träffar	Antal lästa titlar	Antal lästa abstract	Antal lästa artiklar	Antal valda artiklar	Artikel #
CINAHL 02//10–2025 S1	Nurse OR Nursing OR Nurses	Inga	1,055,472	0	0	0	0	.
CINAHL 02/10–2025 S2	Intimate partner violence OR Domestic violence OR Partner abuse	Inga	27,685	0	0	0	0	.
PUBMED 02/10-2025 S3	IPV screening	inga	256	0	0	0	0	
CINAHL 02/10-2025 S4	Primary care	inga	109,344	0	0	0	0	
CINAHL 02/10–2025 S5	Emergency department	Inga	88,772	0	0	0	0	.
CINAHL 02/10-2025 S6	Experiences or preceptions	Inga	80,336	0	0	0	0	
CINAHL 02/10-2025 S7	Health care	Inga	835,190	0	0	0	0	
CHINAL 02/10 -2025	S1 AND S2 AND S3 AND S4 AND S5 AND S6 S7	- Full text	294	294	144*	34**	5***	#1 #3

S8		- Publicerade senast 10 år - Peer-reviewed - Engelska						#9 #10

*150 artiklar svara ej på syftet, utan handlar om generellt våld eller andra typer av våld än i nära relation
** 110 artiklar handlade inte om sjuksköterskans upplevelse i mötet med våldsutsatta kvinnor och exkluderades därför.
*** 29 artiklarna handla inte om våld i nära relation utan andra typer av misshandel

BILAGA 3. Sökmatris CINAHL

Databas, datum, sökning	Sökord	Begränsningar	Antal träffar	Antal lästa titlar	Antal lästa abstract	Antal lästa artiklar	Antal valda artiklar	Artikel #
CHINAL 21/11-2025 S1	intimate partner violence or domestic violence or partner abuse	Inga	27,940	0	0	0	0	.
CHINAL 21/11-2025 S2	emergency department or primary care	Inga	196,227	0	0	0	0	.
CHINAL 21/11-2025 S3	nurse or nurses or nursing	inga	1,078,297	0	0	0	0	
CHINAL 21/11-2025 S4	S1 AND S2 AND S3 AND S4	- Full text - Publicerade senast 10 år - Peer-reviewed - Engelska	35	35	*15	**5	***2	#2 #5

*20 artiklar svara ej på syftet, utan handlar om generellt våld med sekundär källa.
** 10 artiklar exkluderades då de inte fokuserade på sjuksköterskors erfarenheter samt saknade relevans för studiens kontext inom primär- och akutsjukvård.
*** 3 artiklar handla inte om domestic violence.

BILAGA 4. Artikelmatris

Författare, årtal, tidskrift, land	Titel	Syfte	Metod (Design, urval, datainsamling, analys)	Resultat	Kvalitet
#1Adams, C., Hooker, L., & Taft, A.2021 Global Qualitative Nursing Research. Australien	Threads of Practice: Enhanced Maternal and Child Health Nurses Working With Women Experiencing Family Violence	Att utforska hur sjuksköterskor inom mödra- och barnhälsovård arbetar med kvinnor som utsätts för våld i nära relation och vilka utmaningar de möter i praktiken	*Design*: Kvalitativ studie *Urval*: 25 Sjuksköterskor Inom *Enhanced Maternal and Child Health (EMCH)* i Victoria *Datainsamling* : Semistrukturerade intervjuer *Analys:* Tematisk analys	Resultatet visade att sjuksköterskorna använde flexibla strategier för att identifiera och stötta kvinnor utsatta för våld, där tre teman framkom: bekräfta och omformulera, stöd utan att döma samt att växla mellan att följa och leda	**Hög**
#2 Aregger Lundh, A., Tannlund, C., & Ekwall, A. (2023). Scandinavian Journal of Caring Sciences. Sverige.	More support, knowledge and awareness are needed to prepare emergency department nurses to approach potential intimate partner violence victims	Att beskriva akutsjuksköterskors erfarenheter av att vårda vuxna patienter som utsatts för våld i nära relation (IPV) i en akutmottagningskontext.	*Design:* Kvalitativ studie *Urval:* 9 specialistsjuksköterskor inom akutsjukvård i södra Sverige. *Datainsamling* : Semistrukturerad intervjuer *Analys:* Kvalitativ innehållsanalys enligt Graneheim & Lundman.	Resultatet visade två huvudteman: hur subtila tecken på våld i nära relation kan upptäckas i den korta och pressade akutmottagningsmiljön samt hur bristande kunskap, tid och resurser skapar känslor av otillräcklighet och påverkar sjuksköterskornas förmåga att identifiera	**Hög**

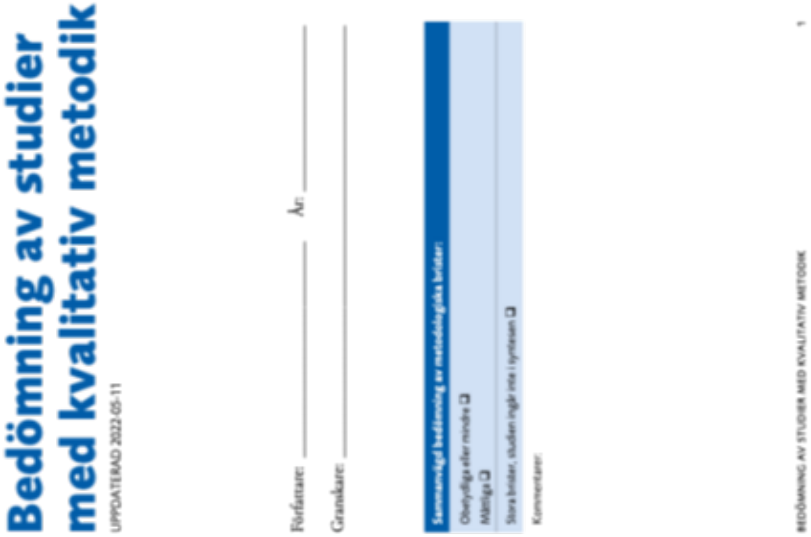
				och stödja utsatta patienter.	
#3 Amarijo, C. L., Ferreira, C. L. S., Silva, E. B., & Gonçalves, A. V. F. 2021. *Texto &Contexto Enfermagem* Brasilien	Power devices used by nurses to fight domestic violence against women	Att identifiera vilka maktredskap sjuksköterskor använder i primärvården för att bemöta och bekämpa våld i nära relation mot kvinnor	*Design:* Kvalitativ studie *Urval* 20 sjuksköterskor från 13 primärvårdenheter i Rio Grande , Brasilien *Datainsamling:* Semistrukturerade intervjuer *Analys:* Diskursiv analys	Resultatet visade att sjukskötersko r i primärvården använde kunskapsmässiga och institutionella redskap för att identifiera och stötta kvinnor utsatta för våld	**Hög**
#4Carneiro, J. B., Vasconcelos, M. N., Rocha, A. L., Nascimento, E. F., & Pereira, A.2022. *The Journal of Health Care Organization,*Brasilien	Care Provided to Women Victims of Intimate Partner Violence From the Perspective of Health Professionals	Att förstå hur primärvårdspersonal ger vård till kvinnor som är utsatta för våld i nära relation	*Design*: Kvalitativ studie *Urval:* 31 vårdprofessionella från 22 primärvårdsinstitutioner i nordöstra Brasilien *Datainsamling:* Djupintervjuer med semistrukturerad guide. *Analys:* Grounded Theory	Resultatet visade att vårdpersonal identifierade våld genom förtroendefulla relationer och frågor om kvinnans situation, samt gav stöd, uppföljning och remisser – men hinder var brist på riktlinjer och utbildning	**Hög**
#5 Flórido, H. G., Duarte, S. C. M., Floresta, W. M. C., Marins, A. M. F., Broca, P. V., & Moraes, J. R. M. M. (2020). Texto & Contexto	Nurse's Management of Workplace Violence Situations in the Family Health Strategy	Att identifiera olika typer av våld som vårdpersonal inom Family Health Strategy (primärvård) utsätts för i sitt dagliga arbete och	*Design*: Kvalitativ studie *Urval*: 18 vårdprofessionella (bl.a. sjuksköterskor, läkare, undersköterskor, tandvårdspersonal,	Resultatet visade tre teman: vilka våldssituationer personal möter, hur våldet påverkar deras hälsa och arbete, samt vilka strategier –	**Hög**

Enfermagem. Brasilien.		att beskriva vilka strategier och åtgärder de använder för att hantera dessa våldssituationer.	community health agents) som arbetar i en Family Clinic i ett riskområde i Rio de Janeiro. *Datainsamling*: Semistrukturerade intervjuer *Analys:* Kvalitativ innehållsanalys	särskilt sjuksköterskans ledarroll – som används för att hantera våldet.	
#6 Goicolea, I., Vives-Cases, C., Briones-Vozmediano, E., Öhman, A., & Minvielle, F.2017. *Gaceta Sanitaria*.Spanien	Primary health care attributes and responses to intimate partner violence in Spain	Att undersöka hur primärvårdens arbetssätt och organisatoriska förutsättningar i Spanien påverkar vårdens respons på våld i nära relation	*Design*: Kvalitativ studie *Urval*: 160 vårdprofessionella, 16 primärvårdenheter i fyra reginoner i Spanien *Datainsamling*: Semistrukturerade individuella intervjuer *Analys*: Kvalitativ innehållsanalys	Resultatet visade att primärvårdens ideal kunde underlätta upptäckt av våld, men att resursbrist, arbetsbelastning och svagt teamarbete försvårade responsen	**Hög**
#7 Maruyama, S., & Horiuchi, S.2024. *BMC Health Services Research*. Japan	Views from midwives and perinatal nurses on barriers and facilitators in responding to perinatal intimate partner violence in Japan: baseline interview before intervention	att identifiera barriärer och möjliggörande faktorer för hur barnmorskor och perinatalsjuksköterskor kan bemöta våld i nära relation under	*Design*: Kvalitativ studie *Urval:* 6 deltagare (5 barnmorskor 1 sjuksköterska) från perinatala vårdenheter i Tokyo *Datainsamling*:	resultatet visade att vårdpersonalen såg barriärer som brist på kunskap, tid, utbildning och kulturella normer samt möjliggörare som graviditet,	**Hög**

		graviditet i Japan	Semistrukturerade intervjuer *Analys: Tematisk analys*	ökad medvetenhet och teamarbete	
#8 Rizkalla, K., Scott, N., Alsaad, S., & Siemieniuk, R. A.2020.BMC Women`s Health. Kanada	Improving the response of primary care providers to rural First Nation women who experience intimate partner violence: a qualitative study	Att undersöka hinder och möjligheter för primärvårdspersonal att möta och stötta kvinnor från i Kanada som utsätts för våld i nära relation, samt föreslå strategier för förbättrad beredskap.	*Design*: Kvalitativ studie *Urval:* 31 primärvårdsaktörer *Datainsamling*: 4 fokus grupper och två semistrukturerade intervjuer *Analys:* Grounded Theory enligt Charmaz	Resultatet visade flera hinder för primärvårds personal i mötet med våldsutsatta kvinnor: underrapportering pga. stigma och skam, brist på utbildning, begränsade resurser, sekretessproblem i små samhällen, fragmenterade remissvägar och risk att relationen med patienten skadas.	**Hög**
#9 Saberi, E, M., Hutchinson & J., Hurley. Australian Journal of Rural Health.2024 Australien	Rising to the challenge: The motivation to champion routine intimate partner violence screening in rural emergency departments	Att undersöka vad som motiverar vårdpersonal att införa rutinscreening för våld i nära relation i akutmottagningar i landsbygden.	*Design*: Kvalitativ studie *Urval*: 23 sjuksköterskor *Datainsamling*: Semistrukturerade intervjuer *Analys*: Tematisk analys	Resultatet visade att screening för våld i nära relation ökade och motivationen hos champions byggde på identitet, social rättvis och kvalitativ vård	**Hög**

#10 Visentin, F., Becker Vieira, L., Trevisan, I., Lorenzini, E., & da Silva, E. F. 2015. Investigación & Educación en Enfermería, Colombia.	Women's primary care nursing in situations of gender violence.	Att identifiera de åtgärder som primärvårdssjuksköterskor vidtar för kvinnor i situationer av könsrelaterat våld.	*Design*: Explorativ-deskriptiv studie med kvalitativ ansats. *Urval*: 17 sjuksköterskor som arbetade vid primärvårdsenheter i en stad i södra Brasilien. *Datainsamling*: Semistrukturerade intervjuer. *Analys*: Innehållsanalys av intervjudata.	Sjukskötersko rna använde strategier som empati, att bygga förtroendefulla relationer, dialog och aktivt lyssnande för att identifiera och hantera könsrelaterat våld. Begränsning a	**Hög**

BILAGA 5. SBU: s checklista för kvalitetsgranskning av kvalitativa studier



Bedömning av studier med kvalitativ metodik

UPPDATERAD 2022-05-11

Författare: _____ År: _____

Granskare: _____

Sammantagen bedömning av metodiskt goda brister:
Obetydliga eller mindre ☐
Måttliga ☐
Stora brister, studien ingår inte i syntesen ☐

Kommentarer:

BEDÖMNING AV STUDIER MED KVALITATIV METODIK 1

4. Analys

Vilka metoder användes för analys?

Stödfrågor för bedömning av brister i analysstegET:	Ja	Nej	Oklart
Är vald analysmetod lämplig och genomförd på ett lämpligt sätt?	❑	❑	❑
Var forskarna reflexiva vid tolkning av data?	❑	❑	❑
Validerades tolkningarna?	❑	❑	❑
Finns det allvarliga brister i analysen som kan påverka tillförlitligheten?	❑	❑	❑

Kommentarer:

5. Forskaren

Vilken bakgrund och kompetens hade forskarna?

Stödfrågor för bedömning av brister:	Ja	Nej	Oklart
Har forskarna någon relation till studiedeltagarna som kan påverka datainsamlingen?	❑	❑	❑
Har forskarna hanterat sin förförståelse på ett acceptabelt sätt?	❑	❑	❑
Var forskarna oberoende av finansiella eller andra förutsättningar som kunde påverka analysen?	❑	❑	❑
Finns det allvarliga brister som kan påverka tillförlitligheten?	❑	❑	❑

Kommentarer:

Gör en total bedömning av risken för att metodproblem påverkar resultaten.
För in det på sidan 1.

1. Överensstämmelse mellan filosofisk hållning/teori och syfte och metodik i studien[1]

Vilken teori eller filosofisk hållning utgick författarna från?

Hänger syfte och frågeställning med teori/filosofisk hållning?	Ja	Nej	Oklart
	❑	❑	❑

Kommentarer:

2. Deltagare

Hur gjordes urvalet?

Stödfrågor för bedömning av brister i urvalsförfarandet:	Ja	Nej	Oklart
Är urvalet lämpligt för att besvara frågan?	❑	❑	❑
Är rekryteringsmetoden lämpligt vald och genomförd?	❑	❑	❑
Finns det allvarliga brister som kan påverka tillförlitligheten?	❑	❑	❑

Kommentarer:

3. Datainsamling

Vilka metoder användes för datainsamling?

Finns det allvarliga brister i datainsamlingen som kan påverka tillförlitligheten?	Ja	Nej	Oklart
	❑	❑	❑

Kommentarer:

Box 1059 | 141 21 Huddinge
Besöksadress Hälsovägen 11
Telefon 08 587 516 00 | www.rkh.se