Röda Korsets Högskola
1867
SVENSKA RÖDA KORSET

Examensarbete i omvårdnad, 15 hp, Grundnivå (G2E)
Sjuksköterskeprogrammet 180 hp
Slutseminarium: 2026-01-13
Examinerat och godkänt: 2026-01-20

Våldsutsatta kvinnors erfarenheter av vårdmötet när de söker vård inom hälso- och sjukvården.

En allmän litteraturstudie

Abused Women's Experiences of Healthcare Encounters When Seeking Care.

A general literature study

Författare: Aleksandra Stojadinovic

Maria Jacklyne Tuiu

Handledare: Mia Kraft, Adjunkt

Examinerande lärare: Birgitta Mc Ewen, Docent

SAMMANFATTNING

Bakgrund: Våld i nära relationer är ett omfattande folkhälso- och samhällsproblem som orsakar allvarliga fysiska, psykiska och sociala konsekvenser för kvinnor. Hälso- och sjukvården har ett centralt ansvar att identifiera och bemöta våldsutsatthet, där sjuksköterskans kompetens, bemötande och förmåga att skapa trygghet är avgörande. För att kunna ge adekvat stöd krävs kunskap, strukturerade arbetssätt och förståelse för våldets komplexitet.

Syfte: Att beskriva våldsutsatta kvinnors erfarenheter när de söker vård inom hälso- och sjukvården.

Metod: Studien utformades som en allmän litteraturstudie baserad på Polit och Becks niostegsmodell. Genom systematiska databassökningar i PubMed och CINAHL inkluderades tio kvalitativa originalartiklar, vilka analyserades med Braun och Clarks tematiska analys.

Resultat: I studien identifierades två teman och fyra sub-teman. Huvudtema Tillitens betydelse och huvudtema Bekräftelse skapar trygghet.

Slutsatser: Bemötandet i vårdmötet har en avgörande betydelse för våldsutsatta kvinnors upplevelse av trygghet, tillit och möjlighet till återhämtning i vårdmötet. Bristande trygghet och misstro riskerar att leda till fortsatt utsatthet, medan ett empatiskt och lyhört bemötande främjar tillit och återhämtning. För att stärka vårdens kvalitet krävs ökad kompetens, tydliga rutiner och utbildningsinsatser som stödjer sjuksköterskors handlingsberedskap vid misstanke om våld i nära relationer.

Nyckelord: Kvinnor, Sjuksköterskor, Upplevelser, Våld i nära relationer.

ABSTRACT

Background: Intimate partner violence is a serious public health issue with extensive physical, psychological, and social consequences for women. Healthcare plays a key role in identifying and responding to violence, where nurses' competence and ability to create safety are essential. Adequate support requires knowledge, structured approaches, and an understanding of the complexity of violence.

Aim: To describe the experiences of women exposed to violence when seeking care within the healthcare system.

Method: The study was designed as a general literature review based on Polit and Beck's nine-step model. Through systematic database searches in PubMed and CINAHL, ten qualitative original articles were included and analyzed by using Braun and Clarke's thematic analysis.

Results: Two main themes and four sub-themes were identified in the study. The main theme: The Omportance of Trust in the Care Encounter and the main theme: Validation Creates a Sense of Security.

Conclusion: The healthcare approach is crucial for women exposed to violence, as safety and trust influence recovery. Empathetic care promotes healing, while lack of safety risks continued victimization. Improved competence, clear routines, and education are essential to support nurses in addressing intimate partner violence.

Key words: Experiences, Intimate partner violence, Nurses, Women.

INNEHÅLLSFÖRTECKNING

INTRODUKTION 1

BAKGRUND 2

Definition av våld i nära relationer 2

Våld i nära relation som ett globalt folkhälso- och människorättsproblem 3

Närståendes betydelse och påverkan vid våld i nära relationer 3

Hälso- och sjukvårdens ansvar i att identifiera och möta våld i nära relation 3

Sjuksköterskans omvårdnadsansvar och kompetens 4

Sjuksköterskans erfarenheter av att möta våldsutsatta kvinnor 5

Utökade omvårdnadsåtgärder som en del av omvårdnadsprocessen 6

Våldets konsekvenser för kvinnors hälsa och livssituation 7

Teoretisk referensram 7

Problemformulering 8

SYFTE 9

METOD 10

Design 10

Urval 10

Datainsamling 11

Dataanalys 12

Etiska aspekter 14

RESULTAT 15

Tillitens betydelse i vårdmötet 15

Att uppleva misstro mot vården 15

Att uppleva bristande trygghet i vårdmötet 16

Bekräftelse skapar trygghet 16

Att erfara återhämtning genom stöd 16

Att uppleva att vårdpersonal lyssnar 16

DISKUSSION 17

Metoddiskussion 17

Resultatdiskussion 19

SLUTSATSER 23

REFERENSER 25

BILAGOR 1

Bilaga I. Sökmatris CINAHL 1

Bilaga II. Sökmatris PubMed 3
BILAGA III. Artikelmatris 5
BILAGA IV. SBU:s bedömningsmall för bedömning av studier med kvalitativ metod 9

INTRODUKTION

Våld i nära relationer (VNR) utgör ett omfattande globalt samhällsproblem som tar sig uttryck i olika former, såsom fysiskt, psykiskt, sexuellt och ekonomiskt våld. Den drabbar kvinnor i olika åldrar och förekommer oberoende av socioekonomisk, kulturell eller geografisk bakgrund. I vårdkontakten har sjuksköterskans stöd en central betydelse i och med att stödet kan påverka den våldsutsatta kvinnans upplevelse av trygghet, delaktighet och möjligheten att ta emot vård. Under vår studietid på sjuksköterskeprogrammet har vi fördjupat vår förståelse av betydelsen av ett professionellt bemötande i mötet med patienter. Våldsutsatta kvinnor har under utbildningen framstått som en särskilt utsatt grupp, vilket väckte intresse för hur kvinnor som utsatts för VNR bemöts inom sjukvården samt hur sådan kunskap kan bidra till bättre omvårdnad samt samhällsnytta. Vårdpersonalen och speciellt sjuksköterskan har en väsentlig roll i att möta och stödja våldsutsatta kvinnor, därför kan en förståelse för kvinnornas perspektiv på vårdmöten ha stor betydelse för utvecklingen av en kunskapsbaserat, trygg och lättillgänglig vård. Genom att belysa våldsutsatta kvinnors erfarenheter av vårdkontakten skapas förutsättningar för att stärka vårdpersonalens och sjuksköterskans kompetens. Detta kan även bidra till en ökad förståelse för vilka faktorer som främjar och hindrar upplevelsen av trygghet, förtroende och stöd i kontakten med vården.

BAKGRUND

Definition av våld i nära relationer

Våld i nära relation (VNR) definieras som handlingar som orsakar fysisk skada, psykiskt våld, sexuella övergrepp, rädsla, kontroll eller annan form av kränkning som begränsar den utsattas handlingsutrymme (Socialstyrelsen, 2024). Våldet kan ta sig uttryck genom exempelvis fysisk misshandel, sexuella övergrepp, hot, isolering, ekonomiskt utnyttjande och psykiskt våld. Syftet med våldet är ofta att skapa och upprätthålla makt och kontroll över den utsatta personen (Socialstyrelsen, 2024). Begreppet VNR omfattar våld utövat av både nuvarande och tidigare partner, familjemedlemmar och andra närstående. Mäns våld mot kvinnor är den vanligast förekommande formen av VNR, men våld förekommer även i samkönade relationer och i vissa fall där kvinnor utövar våld mot män. Barn som bevittnar eller indirekt påverkas av våld räknas också som utsatta, då sådan exponering kan få långsiktiga psykologiska konsekvenser (Socialstyrelsen, 2023). I den internationella forskningen används begreppet Intimate Partner Violence (IPV) för att beskriva våld som utövas av en nuvarande eller tidigare partner. Enligt Världshälsoorganisationen (WHO, 2022) innefattar IPV handlingar om fysisk aggression, sexuellt övergrepp, psykiskt våld samt kontrollerande beteenden, vilka alla fungerar som uttryck för maktutövning inom relationen. WHO understryker att IPV både är en folkhälsofråga och en fråga om mänskliga rättigheter. Utöver IPV används även begreppet gender-based violence (GBV), som beskriver våld riktat mot en individ på grund av kön eller könsrelaterade maktstrukturer. GBV är nära kopplat till sociala normer, ojämlikhet och patriarkala strukturer.

I artikeln av Miranda och Lange (2020) framhålls att GBV inte bara är individbaserat utan djupt förankrat i kulturella och samhälleliga normer som normaliserar mäns dominans i relationer. Artikelns jämförelse mellan Norge och Brasilien visar att ojämlika könsnormer påverkar både kvinnors benägenhet att söka hjälp och vårdpersonalens förmåga att identifiera och bemöta våld. Artikeln tydliggör därmed att VNR bör förstås som en form av könsbaserat våld, där maktobalanser och sociala normer spelar en avgörande roll i våldets uppkomst och fortlevnad. Enligt Socialstyrelsen (2023) visar forskning att kvinnor är särskilt utsatta för allvarligare och mer upprepande våld än män. Flera kvinnor utsätts för grovt och systematiskt våld som ofta förekommer i kombination med sexuella övergrepp och kontrollerande beteenden. Denna våldsform är nära kopplad till dominans och maktobalans, vilket kan göra det svårt för kvinnan att lämna relationen och kan leda till både fysiska och psykiska hälsokonsekvenser. Kvinnor är kraftigt överrepresenterade när det gäller dödligt VNR, en hög andel kvinnor som dödas i Sverige och internationellt har blivit dödade av en nuvarande eller tidigare partner (Socialstyrelsen, 2023). Detta visar att VNR inte enbart utgör ett individuellt problem, utan även speglar djupare strukturella ojämlikheter och könsmaktsordningar. Därför bör VNR förstås som en jämställdhetsfråga snarare än enbart ett relationsproblem.

I den svenska lagstiftning finns flera lagar och nationella riktlinjer som syftar till att förebygga, identifiera och åtgärda VNR. Grov kvinnofridskränkning omfattar upprepade gärningar såsom misshandel, hot, sexuellt våld och andra kränkande handlingar, vilket tydliggör allvaret i dessa handlingar (Brottsbalk, SFS 1962:700, 4, kap, 4a §). Lagstiftningen bygger på erkännandet att kvinnor i högre utsträckning utsätts för upprepat och kontrollerande våld av en manlig partner, vilket understryker våldets könsrelaterade natur. Socialtjänstlagen (SFS 2001:453, 5 kap, 11§) anger att socialnämnden har ansvar att erbjuda skydd och stöd till våldsutsatta, särskilt kvinnor och barn. Våldet betraktas därmed inte som ett individuellt problem utan som ett samhälleligt ansvar, vilket kräver samordnande insatser mellan myndigheter och professioner. Vidare tar socialtjänstlagen (SFS 2001) upp att arbetet mot mäns våld mot kvinnor ingår i de nationella jämställdhetspolitiska målen, där ett av delmålen är att mäns våld mot kvinnor ska upphöra. Detta utgår från att våldet är rotat i strukturell ojämlikhet, vilket kräver åtgärder på både individuell, organisatorisk och samhällelig nivå.

Våld i nära relation som ett globalt folkhälso- och människorättsproblem

Enligt Nationellt centrum för kvinnofrid (2025) har VNR historiskt betraktats som en privat angelägenhet, men denna syn har förändrats i takt med ökad internationell medvetenhet om våldets omfattning och konsekvenser. I dag erkänns våld mot kvinnor som en allvarlig kränkning av mänskliga rättigheter och ett globalt folkhälsoproblem. Våld förekommer i alla samhällen oavsett kulturell, etnisk eller socioekonomisk bakgrund och drabbar kvinnor i hög omfattning. År 2023 rapporterade United Nations Office on Drugs and Crime (UNODC) och United Nations Entity for Gender Equality and the Empowerment of Women (UN Women) att 85 000 kvinnor och flickor dödades av ren avsikt, varav 60 procent av dessa dödsfall begicks av en partner eller familjemedlem, dessa tal motsvarar en kvinna eller minderårig flicka som dödas varje tionde minut av någon i sin närhet (Nationellt centrum för kvinnofrid, 2025).

Enligt Globala målen för hållbar utveckling (2024) strider våld mot kvinnor mot de grundläggande principerna i Förenta nationernas (FN) allmänna förklaring om de människliga rättigheter, där varje människas rätt till liv, frihet, säkerhet och värdighet fastslås. FN framhåller även att våld mot kvinnor utgör en form av könsbaserad diskriminering som hindrar kvinnor från att åtnjuta sina mänskliga rättigheter fullt ut. Genom internationella styrdokument och konventioner från FN:s kvinnokonvention (CEDAW), tydliggörs staters skyldighet att förebygga, motverka och eliminera våld mot kvinnor. Sverige har, tillsammans med andra medlemsländer i FN, förbundit sig att arbeta mot våld. Detta genom att implementera Agenda 2030, där ett av de centrala målen är att uppnå jämställdhet och stärka kvinnors egenmakt. Trots internationella åtaganden kvarstår betydande globala och nationella ojämlikheter, där kvinnor ofta befinner sig i en underordnad maktposition som begränsar möjligheten till utbildning, arbete, självbestämmande och tillgång till trygg hälso- och sjukvård (Globala Målen, 2024). Dessa strukturella förhållanden påverkar i hög grad kvinnors hälsa och tillgång till adekvat vård vid våldsutsatthet och bidrar till att upprätthålla våldets konsekvenser över tid.

Närståendes betydelse och påverkan vid våld i nära relationer

Enligt Murvatian et al. (2023) är ett närståendeperspektiv centralt för att förstå VNR, då våldets konsekvenser inte enbart drabbar den utsatta kvinnan utan även påverkar hennes omgivning. Reaktioner från närstående och rådande sociala normer kan förstärka kvinnors känslor av skuld och utanförskap, vilket i sin tur kan påverka familjedynamiken och barns livssituation negativt. Jack et al. (2016) påpekar att hembesök kan ge vårdpersonal möjlighet att uppmärksamma familjedynamik som präglas av kontroll, rädsla och destruktiva relationer. Sådana förhållanden är ofta svåra att vid mottagningsbesök, vilket gör hembesök till ett viktigt verktyg i bedömningen av våldsutsatthet. Vårdpersonalens uppmärksamhet är således av stor vikt och ska riktas mot närståendes roll i den dynamiken som genomsyras av våld.

Murvatian et al. (2023) framhåller viken av att anlägga ett närståendeperspektiv för att skapa förståelse för den våldsutsatta kvinnan situation. Brist på stöd från familjemedlemmar eller ekonomiskt beroende kan försvåra möjligheten att lämna en våldsam relation och bidra till ökad utsatthet och isolering. Vidare skriver Maquibar et al. (2022) att sjuksköterskan ska i samband med vårdmötet ta hänsyn till kvinnans och eventuella barns behov av skydd och autonomi. Det är viktigt att sjuksköterskan identifierar maktkontroll i situationer då partnern är med under vårdmötet och försöker begränsa kvinnans handlingsutrymme, även närstående kan påverkar kvinnans möjlighet till att tala öppet om våldet som präglar relationen.

Hälso- och sjukvårdens ansvar i att identifiera och möta våld i nära relation

Socialstyrelsen (2023) betonar att hälso- och sjukvården har ett tydligt och reglerat ansvar att identifiera och bemöta personer som utsatts för VNR. Vården utgör en central funktion för upptäckt av

våld, eftersom kvinnor ofta söker vård för fysiska eller psykiska symtom som kan vara direkt eller indirekt relaterade till våldsutsatthet. Våldet drabbar inte enbart kvinnan, utan även eventuella barn som bevittnar eller på andra sätt påverkas av situationen. Detta förstärker vårdens ansvar att uppmärksamma, utreda och vid behov vidareförmedla stöd. Vårdpersonal möter dessa kvinnor i olika sammanhang, exempelvis vid behandling av akuta skador, somatiska besvär, oro, ångest, sömnsvårigheter eller andra symtom där våld kan vara en underliggande orsak. För att säkerställa att kvinnor får ett heltäckande stöd krävs ofta samarbete med andra samhällsaktörer, såsom socialtjänsten. Eftersom kontakten med vården i många fall är den första möjligheten en våldsutsatt kvinna har att berätta om sin situation, blir vårdpersonalens bemötande och handläggning avgörande för fortsatt hjälp (Socialstyrelsen, 2023). Våldet påverkar kvinnans fysiska, psykiska och sociala hälsa och därav har hälso- och sjukvården en viktig roll (Stöckl & Sorenson, 2024).

Identifiering och rapportering av VNR kan skilja sig mellan länder, trots att liknande lagkrav förekommer. I deras jämförande studie mellan Norge och Brasilien framkom att vårdpersonal i båda länderna var skyldiga att rapportera våld, men att praktiska hinder påverkade deras agerande. Vissa medarbetare valde att inte rapportera av rädsla för tvång eller påverkan från våldsutövaren eller för att de ville respektera kvinnans önskan att inte gå vidare. Skillnader observerades även i bemötandet, där vårdpersonal i Brasilien tenderade att inta ett mer dömande förhållningssätt gentemot kvinnan, medan personal i Norge i större utsträckning undvek att tillskriva kvinnan ansvar för våldssituationen. Dessa skillnader visar hur kulturella normer och institutionella förutsättningar kan påverka vårdpersonalens förmåga att agera vid misstanke om våld, trots liknande juridiska skyldigheter (Miranda & Lange, 2020).

Enligt hälso- och sjukvårdslagen ([HSL], SFS 2017:30, 3 kap, 1 §) ska vård ges med respekt för varje människans lika värde och värdighet. Socialstyrelsens (2022) föreskrifter om VNR (HSLF-FS 2022:39, kap 2, 4 §) tydliggör att vårdgivare är skyldiga att tillämpa rutiner som säkerställer att VNR identifieras och hanteras på ett effektivt sätt. Nationellt centrum för kvinnofrid framhåller att bemötandet ska präglas av tillit, integritet, trygghet och stöd, vilket är särskilt viktigt då många kvinnor inte spontant berättar om våld (NCK, 2024). Vårdpersonal behöver därför aktivt ställa frågor när symtom, beteenden eller skador väcker misstanke om våld (Socialstyrelsen, 2022). Om misstanken kvarstår ska personalen dels säkerställa att kvinnan får möjlighet att tala ostört i enrum och göra en samlad bedömning av både fysiska och psykiska vårdbehov. Kvinnan ska informeras om vårdalternativ och tillgängligt stöd, inklusive socialtjänst och ideella organisationer. Enligt Arora et al. (2023) är hälso- och sjukvårdens uppdrag inte enbart att upptäcka våld, utan även att erbjuda trygga vårdmiljöer där kvinnor vågar berätta. Studien visar att kvinnor i högre grad delar sina erfarenheter när de upplever att vårdpersonalen lyssnar aktivt, visar empati och skapar en atmosfär av respekt och förståelse. Utbildning i bemötande, traumamedveten kommunikation och kunskap om VNR kan stärka vårdpersonalens förmåga att tidigt identifiera våld och därmed bidra till förebyggande arbete och förbättrade vårdinsatser.

Sjuksköterskans omvårdnadsansvar och kompetens

Enligt International Council of Nurses (ICN) etiska kod ska omvårdnad ges med respekt för individens mänskliga rättigheter, värdighet och kulturella värderingar. Koden bygger på grundläggande principer såsom medkänsla, empati, rättvisa och respekt för patientens autonomi. Enligt Svensk sjuksköterskeförening, SSF (2021) syftar den etiska grunden inom omvårdnad till att värna om varje människas värdighet och säkerställa att vården ges utan diskriminering eller fördomar. Vidare förklaras sjuksköterskans professionella och självständiga ansvar i kliniska beslut med målet att främja, bevara och återställa hälsa (SSF., 2023). I mötet med våldsutsatta kvinnor innebär detta att sjuksköterskan behöver kombinera medicinsk kompetens med empati, lyhördhet och etisk medvetenhet. HSL (2017:30) understryker att vården ska ges med respekt för alla människors lika värde och att

vårdpersonal aktivt ska arbeta förebyggande för att motverka ohälsa. En god hälso- och sjukvårdsrespons kännetecknas av sekretess, konfidentialitet, icke-dömande bemötande och stödjande förhållningssätt, vilket enligt Goicolea et al. (2015) skapar förutsättningar för att förstå kvinnors livssituation samt de genusrelaterade faktorer som formar utsattheten.

Enligt Anderzén Carlsson et al. (2021) är sjuksköterskan ofta den första vårdgivaren som möter den våldsutsatta kvinnan i det kliniska arbetet, vilket medför ett omfattande ansvar att uppmärksamma tecken på våld och agera på ett adekvat sätt. Svenska sjuksköterskor betonar vikten av att snabbt agera och visa empati vid misstanke om våld. Den professionella relationen framhålls som avgörande för att skapa trygghet och förtroende, vilket kan underlätta och stödja kvinnans vilja att berätta om sin utsatthet. Sjuksköterskornas tidigare erfarenheter av att möta våldsutsatta kvinnor stärker tryggheten i bemötandet och bidrar till en mer stabil handlingsberedskap. Samtidigt påvisar studien att bristande organisatoriskt stöd, otydliga rutiner och avsaknaden samarbetsstrukturer försvårar arbetet och skapar emotionell belastning, något som understryker behovet av hållbara organisatoriska stödinsatser. Vidare påpekar Briones et al. (2021) att utbildning, tydliga rutiner och kontinuerlig kompetensutveckling är avgörande för sjuksköterskornas förmåga att tidigt identifiera våldsutsatthet, dokumentera korrekt och hantera situationen i enlighet med gällande riktlinjer. Flera sjuksköterskor uttrycker osäkerhet kring hur de ska gå till väga vid misstänkt våld, vilket ytterligare stärker behovet av strukturerade arbetssätt.

Fossum (2019, s. 32–35) beskriver bemötande som ett mångdimensionellt begrepp bestående av både verbala och icke-verbala uttryck, såsom kroppsspråk, ögonkontakt och tonfall. Ett respektfullt och professionellt bemötande är avgörande för att skapa trygghet och tillit i vårdmötet medan ett bristande bemötande kan leda till negativa upplevelser av vårdens kvalitet. Bemötandet påverkas bland annat av arbetsbelastning, resurser, organisatoriska förutsättningar och personalens värderingar, men kan stärkas genom utbildning, reflektion och etisk medvetenhet. Fossum framhåller även att bemötandet utgör en grundläggande del av omvårdnadens kärna, eftersom varje interaktion mellan sjuksköterska och patient bidrar till att forma vårdrelationen. I mötet med våldsutsatta kvinnor är detta särskilt betydelsefullt då många upplever skam, skuld och rädsla. Sjuksköterskans förmåga att förmedla trygghet och icke-dömande förhållningssätt kan vara avgörande för om kvinnan vågar berätta om sin utsatthet. Bemötandet blir därmed inte enbart ett kommunikativt moment, utan en central omvårdnadsinsats som påverkar vårdrelationens kvalitet och kvinnans möjlighet till stöd och återhämtning. Maquibar et al. (2022) lyfter sjuksköterskans viktiga uppdrag i identifieringen av våldsutsatta kvinnor, vilket ofta handlar om att uppmärksamma diskreta signaler som patienten inte uttrycker verbalt. Eftersom få kvinnor spontant berättar om våld sker identifieringen ofta stegvis, där vårdpersonalen uppmärksammar återkommande oro, nedstämdhet eller en partner som tar över samtalet. Flera möten i vården behövs vanligtvis för att bygga tillit hos kvinnan. I vissa fall kan hembesök ge särskilt värdefulla insikter. Jack et al. (2016) beskriver att hembesök kan synliggöra dynamik och interaktionsmönster inom familjen, exempelvis tecken på rädsla, osäkerhet eller dominans, som inte alltid blir tydliga i mottagningsmiljön. För att kvinnan ska våga berätta krävs därför ofta återkommande samtal om relationer, trygghet och säkerhet.

Sjuksköterskans erfarenheter av att möta våldsutsatta kvinnor

Anderzén Carlsson et al. (2021) visar att sjuksköterskors erfarenheter av att möta kvinnor som har blivit/blir utsatta för våld, präglas av flera utmaningar och dessa är på professionella, emotionella och etiska plan. Studien förklarar att sjuksköterskor tenderar att känna ett stort ansvar för att vidta åtgärder på ett snabbt och korrekt sätt, men i samband med detta kan de uppleva känslor av ovisshet kring hur de ska ingripa utan att orsaka mer skada. Briones et al. (2021) beskriver att brist på organisatoriskt stöd och riktlinjer utan tydlig vägledning kan resultera i ökad stress och förtvivlan, vilket leder till att de inte vidtar någon åtgärd trots att de misstänker att utövat våld sker. Maquibar et al. (2022) tar upp att många sjuksköterskor upplever att mötet med dessa kvinnor är känslomässigt

belastande. Sjuksköterskor kan i sådana fall uppleva känslor som maktlöshet eller frustration när de bevittnar utsatta kvinnors rädsla och skam. Vidare skriver Anderzén Carlsson et al. (2021) att dessa känslor kan ha en inverkan på arbetsbelastningen och måendet, i synnerhet då sjuksköterskor saknar forum för stöd inom organisationen. I samband med detta visar forskningen däremot att frekventa möten med våldsutsatta kvinnor kan bidra till att stärka sjuksköterskans förmåga att tolka signaler som anses vara komplexa och lära sig ett mer intuitivt arbetssätt över åren.

Enligt Jack et al. (2016) kan vissa situationer ge upphov till en känsla av förtvivlan för sjuksköterskor, i och med att de kan behöva väga professionella krav mot etiska dilemman. Sjuksköterskans etiska omdöme spelar en betydande roll vid möten i kvinnans hem då rädsla eller maktstruktur blir särskilt tydliga i denna miljö. Det blir svårt att hitta balans mellan att respektera kvinnans handlingsfrihet och att agera ur ett perspektiv som sätter säkerhet i första hand. ICN:s etiska kod (SSF, 2021) framhäver sjuksköterskans ansvar att upprätthålla mänskliga rättigheter och således skydda kvinnans integritet. Detta vägleds i de flesta fall genom individuella bedömningar vid behovsanpassade möten. Möjligheten att arbeta med våldsutsatthet på ett sätt som anses vara kvalitativ kan påverkas av organisatoriska villkor och detta återfinns i sjuksköterskors erfarenheter. Briones et al. (2021) poängterar att saknad utbildning, tidsbrist och mindre möjligheter till interdisciplinärt samarbete kan minska sjuksköterskans utrymme för agerande. Dessa svårigheter hindrar dock inte många sjuksköterskors vilja att hjälpa våldsutsatta kvinnor och upplevelsen av själva bemötandet utgör en avgörande roll ifall en kvinna får modet att söka hjälp eller återkomma för kontinuerligt stöd.

Utökade omvårdnadsåtgärder som en del av omvårdnadsprocessen

I syfte att vidta omvårdnadsåtgärder gällande våldsutsatthet är det grundläggande med ett systematiskt och personcentrerat arbetssätt där sjuksköterskans roll beskrivs väsentlig. I enlighet med Socialstyrelsen (2022) föreskrifter och allmänna råd om VNR (HSLF-FS 2022:39, 7 kap, 1§) ska sjuksköterskan använda omvårdnadsprocessens olika steg för att kunna identifiera, bedöma samt stödja den utsatta kvinnan i fråga. Enligt Maquibar et al. (2022) ska en grundlig bedömning genomföras i arbetet med våldsutsatta kvinnor, där både fysiska och psykiska symtom beaktas. Detta är särskilt viktigt eftersom kvinnor ofta inte spontant berättar om våld, utan i stället söker vård för diffusa besvär såsom smärta eller sömnproblem. Subtila och kliniska tecken är därför viktiga för sjuksköterskan att uppmärksamma, eftersom sådana indikationer kan antyda på våldsutsatthet. Detta kan exempelvis yttra sig i vårdmöten där partnern, i detta fall förövaren, styr samtalet och inte ger den utsatta kvinnan tillräckligt utrymme att uttrycka sig fritt om sin situation. Det är således av stor vikt med en trygg vårdmiljö för att kvinnor ska kunna våga tala om situationen som de befinner sig i. Fossum (2019) understryker att själva bemötandet utgör en väsentlig beståndsdel i omvårdnaden och att kvinnans upplevelse av trygghet kan påverkas av både verbal och icke-verbal kommunikation.

När vårdpersonal uttrycker samt beter sig empatisk och icke-dömande tenderar våldsutsatta kvinnor att vara mer öppna om sina situationer (Arora et al., 2023). Goicolea et al. (2015) hävdar att det är viktigt att underlätta situationen och arbeta personcentrerat för kvinnan genom att vidta omvårdnadsåtgärder såsom sekretess, stödinsatser och att bekräfta kvinnans berättelse eftersom det fungerar som ett skydd. Enligt Anderzén Carlsson et al. (2021) påverkas omvårdnadsprocessen av sjuksköterskans tidigare erfarenheter vad gäller våldsutsatta kvinnor. Erfarenheter ger upphov till trygghet i bemötandet och främjar även kliniska bedömningar, medan avsaknad av utbildning och rutiner kan leda till ovisshet och utebliven identifiering. Detta tydliggör det faktum att omvårdnadsåtgärder inte endast berör kompetenser hos enskilda individer, utan även verksamheten som helhet behöver vara benägen att tillhandahålla stöd som anses vara strukturerat. Inom omvårdnadsåtgärder innefattas också riskbedömning och interaktion med övriga aktörer (Anderzén Carlsson et al., 2021). Vid indikation på ökande våld behöver sjuksköterskan snabbt tillämpa åtgärdsinsatser som skyddar kvinnan och eventuella barn samt informera om vilket stöd som finns att

tillgå via socialtjänsten (Socialstyrelsen, 2023). Hembesök utgör en värdefull möjlighet för vårdpersonal att identifiera mönster av kontroll och våld. Detta understryker vikten av att se kvinnans livssituation som en helhet, där fysiska, psykiska och sociala aspekter vägs samman snarare än att enbart fokusera på individuella symtom (Jack et al., 2016).

Våldets konsekvenser för kvinnors hälsa och livssituation

Socialstyrelsen (2024) konstaterar VNR medför omfattande fysiska, psykiska och sociala konsekvenser som påtagligt påverkar kvinnors hälsa och livssituation. Känslor av skam och skuld är en av de mest betydande orsakerna till att kvinnor avstår från att söka vård. Dessa känslor kan utvecklas som en följd av maktobalans, kontroll och internaliserade föreställningar om ansvar, vilket leder till att kvinnan felaktigt uppfattar sig som delaktig i sin egen utsatthet. Detta utgör ett betydande hinder för hjälpsökande och försvårar möjligheten att bryta våldets cykler. Murvatrian et al. (2023) visar att sociala normer och stigmatisering ytterligare förstärker kvinnors känslor av skuld, vilket ofta leder till isolering och försvårar återhämtningen. Studien belyser hur kvinnor internaliserar negativa omgivningsreaktioner, vilket påverkar deras självbild och minskar benägenheten att söka stöd. Detta understryker behovet av att vårdpersonal innehar adekvat kunskap om hur dessa mekanismer påverkar kvinnors upplevelser och att bemötandet präglas av lyhördhet, respekt och förståelse för våldets psykologiska konsekvenser. Enligt Perez-Nebra et al. (2023) kan VNR leda till en rad allvarliga psykiska symtom. Våldsutsatta kvinnor löper ökad risk för depression, ångest, fobier, posttraumatiskt stressyndrom och suicidförsök. Långvariga somatiska konsekvenser är vanliga såsom kronisk smärta, psykosomatiska symtom och en allmänt försämrad livskvalitet. I studien av Scheffer Lindgren och Renck (2008) framkom att tolv av fjorton kvinnor utvecklade posttraumatiskt stressyndrom efter våldsutsatthet, varav elva upplevde uttalade symtom som inträngande minnen, undvikande beteenden och stark vaksamhet. Dessa symtom kvarstod långt efter att relationen avslutats och flera kvinnor levde med kvarstående rädsla, förföljelsekänslor och omfattande stressreaktioner. Otryggheten påverkade även kvinnornas uppfattning om framtida relationer, vilket ledde till minskad tillit till andra och social isolering.

Våldets konsekvenser sträcker sig även till kvinnans socioekonomiska livsvillkor. Våldsutsatta kvinnor drabbas ofta av försämrad hälsa, lägre inkomst och begränsade möjligheter att delta i arbetsliv och utbildning. Dessa konsekvenser medför i sin tur betydande samhällskostnader, exempelvis genom sjukfrånvaro, förlorad arbetskraft och behov av insatser från hälso- och sjukvården och socialtjänst. Våldets långsiktiga effekter kan också leda till bristande tilltro till myndigheter och vårdsystem, vilket ytterligare minskar sannolikheten att kvinnan söker stöd vid framtida behov. Dessa sammanlagda konsekvenser visar att tidiga insatser inom hälso- och sjukvården är avgörande för att motverka våldets negativa följder. Ett professionellt, trygghetsskapande och stödjande bemötande är centralt för att främja återhämtning och motverka vidare ohälsa. Sammantaget framhålls att ett empatiskt och professionellt möte i vården inte enbart är betydelsefullt för kvinnans individuella återhämtning, utan även utgör en viktig del i det bredare folkhälsoarbetet mot VNR (Socialstyrelsen, 2023).

Teoretisk referensram

Joyce Travelbees omvårdnadsteori betonar den mellanmänskliga dimensionen i omvårdnaden och lyfter fram sjuksköterskans förmåga att etablera en empatisk och stödjande relation med patienten som en central del av professionen. Enligt Travelbee (refererad i Kirkevold, 2000, s. 130–133, 135–138) är en av sjuksköterskans huvudsakliga uppgifter att förstå och lindra patientens lidande genom att utveckla en ömsesidig och personlig relation, snarare än att enbart följa en formell patient-sjuksköteroll. Detta innebär att sjuksköterskan behöver kombinera sina professionella färdigheter med ett genuint mänskligt förhållningssätt där både verbal och icke-verbal kommunikation är avgörande för att förstå patientens lidande och skapa trygghet i relationen. Travelbee framhåller att interaktionen mellan sjuksköterska och patient inte enbart handlar om överföring av medicinsk information utan utgör

en process där båda parter aktivt bidrar till relationens utveckling. Lidande betraktas som en universell mänsklig erfarenhet, och hur det hanteras varierar beroende på individens livserfarenheter och tolkningsramar.

Travelbee beskriver fem faser som utgör grunden för det mellanmänskliga mötet: det första mötet; framväxt av identitet; empati; sympati samt ömsesidig förståelse och kontakt. Under dessa faser utvecklas relationen successivt i takt med att förutfattade meningar ersätts av en djupare förståelse av den andra personen. För våldsutsatta kvinnor, som ofta bär på ett komplext och djupt rotat lidande, blir dessa faser särskilt betydelsefulla eftersom de kan skapa förutsättningar för trygghet och tillit. Bristande kontakt mellan sjuksköterska och patient kan påverka omvårdnadens kvalitet negativt. Genom att möta kvinnan som en unik individ i stället för en generaliserad "patient" kan sjuksköterskan bevara den personliga dimensionen i vården. Travelbee betonar att om sjuksköterskans egna behov och känslor negligeras finns en risk att vården blir distanserad och opersonlig, vilket ytterligare synliggör betydelsen av ömsesidighet i relationen. Detta är särskilt relevant i mötet med våldsutsatta kvinnor, vars erfarenheter ofta präglas av skam, skuld, rädsla och förlorad tillit. Den teoretiska referensramen är därför väl lämpad för att undersöka våldsutsatta kvinnors upplevelser av vårdmötet inom hälso- och sjukvården. Travelbees fokus på kommunikation, empati och relationens utveckling ger en tydlig struktur för att förstå hur sjuksköterskan kan lindra lidande och stärka kvinnans egenmakt genom att möta hennes individuella behov och erfarenheter (Travelbee, refererad i Kirkevold, 2000, s. 131–133, 134–136, 135–138).

Problemformulering

Trots att VNR är ett omfattande samhälls- och folkhälsoproblem, och trots tydliga nationella och internationella riktlinjer, visar forskning att våldsutsatta kvinnor fortfarande har svårt att berätta om sin situation i mötet med hälso- och sjukvården. Våldets konsekvenser såsom skam, skuld, rädsla och kontrollerande relationer – kan kraftigt begränsa kvinnans förmåga att söka hjälp, medan sociala normer och maktstrukturer ytterligare bidrar till tystnad och isolation. Samtidigt är sjuksköterskan ofta den första vårdprofession som möter kvinnan och har därmed ett avgörande ansvar att identifiera, bemöta och stödja henne. Forskning visar dock att sjuksköterskor kan uppleva osäkerhet, emotionell belastning och bristande organisatoriskt stöd, vilket riskerar att påverka bemötandet och möjligheten att upptäcka våld. Mot bakgrund av dessa utmaningar är det angeläget att fördjupa förståelsen för hur våldsutsatta kvinnor själva upplever vårdmötet, då denna kunskap är central för att sjuksköterskor ska kunna utveckla ett tryggt, empatiskt och professionellt bemötande som främjar tillit, säkerhet och möjlighet till återhämtning. En ökad förståelse för kvinnors upplevelser kan även bidra till att stärka hälso- och sjukvårdens förmåga att tidigt identifiera våld och därmed förebygga långsiktiga fysiska, psykiska och sociala konsekvenser. Kunskapen kan dessutom ligga till grund för utveckling av mer verkningsfulla riktlinjer och utbildningsinsatser som förbättrar kvaliteten i vårdens omhändertagande av våldsutsatta kvinnor. På samhällsnivå kan förbättrade möten i vården minska våldets omfattande folkhälsoeffekter och därmed bidra till ökad jämlikhet, trygghet och välbefinnande för utsatta grupper.

SYFTE

Syftet med studien var att beskriva våldsutsatta kvinnors erfarenheter när de söker vård inom hälso- och sjukvården.

METOD

Design

Denna studie genomfördes som en allmän litteraturstudie där tidigare vetenskaplig forskning sammanställdes och analyserades. Genom insamling av relevant data, som därefter bedömdes utifrån kvalitet och granskades kritiskt, sammanställdes resultaten. Det valda ämnet presenterades och problematiserades utifrån författarnas egna teoretiska konstruktioner (Polit & Beck, 2021, s. 82–83). För att kunna beskriva våldsutsatta kvinnors erfarenheter när de söker vård inom hälso- och sjukvården genomfördes systematiska sökningar av kvalitativa vetenskapliga artiklar. Valet av kvalitativa studier bedömdes som lämpligt då metoden möjliggör analys, förståelse och tolkning av individers upplevelser och erfarenheter, vilket är centralt för studiens syfte (Polit & Beck, 2021, s. 54–55). Studien har en induktiv ansats, vilket innebär att analysen utgår från de inkluderade studiernas resultat för att identifiera mönster och teman utan att utgå från förutbestämda teorier. En induktiv metod möjliggör att data systematiskt sammanställs till en fördjupad förståelse av ett fenomen (Forsberg & Wengström, 2015. s. 44–45). Arbetsmetoden anpassades efter niostegsmodellen (se Figur 1) som beskrevs av Polit och Beck. Modellen användes för att säkerställa ett strukturerat och systematiskt genomförande av litteraturstudien. I steg ett identifierades studiens problemområde, vilket resulterade i formulering av ett avgränsat syfte, dock utan tillhörande frågeställning.

Figur 1. Illustration av Polit och Becks (2021, s. 85) niostegsmodell. Översatt till svenska av författarna.

Urval

I steg två av niostegsmodellen fastställdes inklusions- och exklusionskriterierna, vilka utgjorde en central del av urvalsprocessen. Forsberg och Wengström (2015, s. 174–175) skriver att dessa kriterier fungerade som en vägledning i urval av originalartiklar med relevans att besvara studiens syfte. Inklusionskriterierna omfattade peer-reviewed granskade originalartiklar, engelskspråkiga originalstudier som fokuserade på vuxna kvinnor som varit utsatta för VNR och som beskrev deras erfarenheter av bemötandet av vårdpersonal. Endast kvalitativa studier inkluderades, i och med att

dessa inkluderade våldsutsatta kvinnors erfarenheter av vårdkontakter nödvändiga för att besvara studiens syfte. För att basera resultatet på aktuell forskning har en av exklusionskriterier varit tidsperiod 2020-2025.12.01. Vidare exkluderades studier som inte hade relevans för studien eller där våld behandlades utan koppling till mötet med hälso- och sjukvården. Även litteraturöversikter utan primärdata det vill säga sekundär forskning.

Datainsamling

I steg två baserad på studiens syfte definierades ett antal inklusions- och exklusionskriterien och även nyckel- och sökord. Systematiska sökningar i databaser var steg tre från niostegsmodellen (Polit & Beck, 2021, s. 85). Två databaser har valts, Cumulative Index to Nursing and Allied Health Literature (CINAHL) och Public MEDLINE (PubMed). Dessa databaser valdes med anledning att de möjliggjorde en systematisk, bred samt varierad sökning för att belysa de olika aspekter av studiens syfte (Polit & Beck, 2021, s. 90–93). Databaserna kompletterar varandra genom att inkludera omvårdnadsforskning som innefattar bland annat omvårdnad, medicin samt odontologi (Forsberg & Wengström, 2015, s. 64–65).

Sökningarna byggde på fyra sökblock som först användes separat och därefter kombinerades med hjälp av de booleska operatorerna "OR" och "AND" i enlighet med Polit och Becks (2020, s. 89) beskrivning, för att både specificera och bredda sökningen. Översättning av sökorden genomfördes med stöd av svensk Medical Subject Headings (MeSH).

- Sökblock 1 (S1) "Violence OR Domestic violence"
- Sökblock 2 (S2) "Healthcare professionals OR Healthcare workers OR Healthcare providers OR Nurse"
- Sökblock 3 (S3) "Women OR Woman"
- Sökblock 4 (S4) "Encounter OR Meeting OR Experience"

I steg tre genomfördes sökningen i samtliga databaser. I CINAHL (Bilaga I) har samtliga fyra sökblock (S1-S4) kombinerades till en specifik sökning (S5) enligt: S1 AND S2 AND S3 AND S4. Därefter tillämpades fem begränsningar: peer-reviewed granskade artiklar, tillgängligt abstrakt, engelskspråkiga studier, publicerade mellan 2020–2025.12.01 samt studier med fokus på kvinnor. I steg fyra av niostegsmodellen genomfördes ett urval där artiklar som saknade relevans för studiens syfte exkluderades efter granskning av titlar (158 artiklar). Därefter exkluderades artiklar som inte var originalstudier (21 artiklar) samt artiklar där kvinnors upplevelser inte stod i fokus (6 artiklar). I steg fem granskades de kvarstående 11 artiklarna i fulltext. Av dessa valdes 5 artiklar ut, då de mest tydligt överensstämde med studiens syfte att belysa våldsutsatta kvinnors erfarenheter av bemötande inom hälso- och sjukvården. De artiklar som exkluderades saknade antingen ett tillräckligt fokus på kvinnors egna upplevelser av vårdmötet eller behandlade VNR utan tydlig koppling till vårdpersonalens bemötande. De 5 inkluderade artiklarna bedömdes därmed vara mest relevanta för att besvara studiens syfte.

I PubMed (Bilaga II) genomfördes sökningen med samma sökblock som användes i databasen CINAHL. Samtliga fyra sökblock (S1-S4) kombinerades till en specifik sökning (S5) enligt: S1 AND S2 AND S3 AND S4. Begränsningar tillämpades avseende engelskspråkiga artiklar, tillgängligt abstrakt, publicerade mellan 2020–2025.12.01 samt fokus på kvinnor. Eftersom databasen PubMed saknar ett filter för peer-reviewed granskade artiklar genomfördes en manuell kvalitetskontroll av tidskrifterna. I steg fyra av niostegsmodellen exkluderades artiklar som saknade relevans för studiens syfte (480 artiklar), därefter exkluderades icke-originalartiklar (21 artiklar) samt studier som inte fokuserade på

kvinnors erfarenheter (11 artiklar). Av de initiala 517 träffarna återstod 37 abstracts, varav 16 artiklar valdes ut för fulltextläsning i steg fem. Efter genomgång av dessa inkluderades 5 artiklar från PubMed då de tydligast belyste våldsutsatta kvinnors erfarenheter av bemötande inom hälso- och sjukvården och därmed bäst svarade mot studiens syfte. De artiklar som exkluderades hade antingen ett övergripande fokus på våld utan koppling till vårdmötet eller belyste andra perspektiv än kvinnors egna upplevelser.

I enlighet med steg sex i Polit och Becks (2021, s. 85) niostegsmodell upprättades en artikelmatris (Bilaga III) för att på ett strukturerat och överskådligt sätt sammanställa artiklar som identifierats som relevanta efter fulltextgranskning i steg fem. Artikelmatrisen användes som ett arbetsverktyg för att systematisk sammanfatta och jämföra studiernas syfte, metod, urval och centrala resultat samt för att säkerställa en tydlig koppling till studiens syfte. Inledningsvis inkluderades flera artiklar i artikelmatrisen än de som slutligen kom att ingå i litteraturstudien, vilket skapade en metodologisk marginal inför den efterföljande kvalitetsgranskningen. Artikelmatrisen möjliggjorde därmed ett flexibelt urval, där artiklar kunde exkluderas om de vid kvalitetsgranskning visade sig inte hålla tillräcklig vetenskaplig kvalitet. Efter genomförd kvalitetsgranskning i steg sju inkluderades totalt tio artiklar i den slutliga analysen.

I enlighet med Polit och Becks (2020, s. 85) steg sju genomfördes en systematisk kvalitetsgranskning av de inkluderade artiklarna. Granskningen utfördes med stöd av Statens beredning för medicinsk och social utvärderings (SBU, 2022) granskningsmall för kvalitativa studier (Bilaga IV). Syftet med kvalitetsgranskningen var att systematiskt bedöma risken för olika former av bias samt säkerställa artiklarnas vetenskapliga tillförlitlighet. SBU-mallen användes genom att varje artikel granskades utifrån mallen centrala bedömningsområden, vilka omfattar tydlighet i syfte, lämplighet i metodval. Urvalets relevans, beskrivning av datainsamling, analysens transparens samt forskarens roll och reflexivitet. Varje bedömningsområde värderades systematiskt för att identifiera eventuella metodologiska svagheter eller risk för bias. Granskningen genomfördes först enskilt av båda författarna och därefter gemensamt, där bedömningarna jämfördes och diskuterades tills samsyn uppnåddes. Detta tillvägagångssätt bidrog till en fördjupad och rättvis bedömning samt minskade risken för subjektiva tolkningar. För att en artikel skulle inkluderas i litteraturstudien krävdes att den bedömdes hålla tillräcklig vetenskaplig kvalitet enligt SBU:s granskningsmall, där artiklar med medelhög eller hög kvalitet bedömdes vara relevanta för studiens syfte. Artiklarnas kvalitet och trovärdighet bedömdes på ett systematiskt sätt genom att författarna besvarade samtliga underkategorier i SBU:s granskningsmall. Genom denna strukturerade genomgång inkluderades endast de artiklar som bedömdes hålla medelhög till hög vetenskaplig kvalitet enligt granskningsmallen, varav de slutlig inkluderade artiklarna uppvisade hög vetenskaplig kvalitet.

Dataanalys

I steg åtta av Polit och Becks niostegsmodellen analyserades och sammanställdes data från de inkluderade vetenskapliga artiklarna. Dataanalysen genomfördes med stöd av Braun och Clarkes (2006) tematisk analysmetod, vilken valdes eftersom metoden underlättar identifiering av mönster och teman ur datamaterial i relation till studiens forskningsfråga. Metoden ger tydlig och systematisk struktur som vidare tydliggör de mest relevanta aspekterna av forskningsfrågan som handlar om hur våldsutsatta kvinnor blir bemötta när de söker vård inom hälso- och sjukvården.

I fas ett av analysen bekantade sig författarna med materialet genom noggrann läsning av resultatdelarna i samtliga inkluderade artiklar. Detta gjordes upprepade gånger, både individuellt och gemensamt i syftet att skapa en helhetsförståelse av innehållet för att få en bättre förståelse av artiklarnas innehåll samt identifiera återkommande teman. Under denna fas fördes kontinuerliga

anteckningar kring relevanta delar av texterna, vilka låg till grund för den fortsatta analysen. Genom gemensamma diskussioner säkerställdes att båda författarna hade en gemensam förståelse av materialet innan analysen gick vidare till nästa steg. I fas två genomfördes en systematisk kodning av data från artiklarnas resultat. För att tydliggöra analysprocessen redovisas ett exempel på analysförfarandet i (Tabell I), där kodning och tematisering illustreras. Kodningen utfördes initialt individuellt, där meningar och stycken som bedömdes relevanta för studiens syfte markerades och tilldelades preliminära kodetiketter. Därefter jämfördes och diskuterades koderna gemensamt tills konsensus uppnåddes. För att strukturera analysprocessen användes ett arbetsdokument i form av en tabell (Tabell I), där textnära enheter, kodetiketter, subteman och huvudteman sammanställdes. Arbetsdokumentet fungerade som ett centralt analysverktyg genom hela processen. I fas tre jämfördes koderna och därefter diskuterades av författarna om hur dessa koder kunde grupperas till subteman som potentiellt kunde användas. Denna process präglades av återkommande dialog mellan författarna, där koder granskades i relation till originaltexten för att säkerställa att de var förankrade i data.

I fas fyra har ytterligare granskning utförts av koder samt subteman som har framkommit, varvid vissa teman justerades, slogs samman eller omformulerades. Detta gjordes för att säkerställa att temana var interna homogena, externa heterogena och tydligt relaterade till studiens syfte. I fas fem förfinades och definierades de slutliga temana och subtemana. Rubrikerna diskuterades noggrant för att spegla innehållet i datamaterialet på ett så textnära och beskrivande sätt som möjligt. Slutligen, i fas sex, sammanställdes och presenterades resultaten i strukturerad form, där teman och subteman redovisas i resultatdelen. Detta steg av Braun och Clarkes (2006) kopplas även tillsammans med steg nio i Polit och Becks (2021, s. 85) niostegsmodell, vilket innebär att analysens resultat sammanfattades och redovisades i relation till studiens syfte.

Tabell I. Exempel på analysförfarandet.

Textnära enhet	**Kodetikett**	**Subtema**	**Tema**
"Dehumanizing entailed past poor treatment of women within the healthcare system that led them to feel they would not be believed if they disclosed an experience od SA"	Tidigare vårdmöten upplevdes som avhumaniserade	Att uppleva misstro mot vården	Tillitens betydelse i vårdmötet
"Women spoke to their healthcare providers about abuse, yet no action followed"	Frågan om VNR ställdes inte	Att uppleva bristande trygghet i vårdmötet	Tillitens betydelse i vårdmötet
"Women survivors often spoke of the support group sessions as helping them to become more cognizant of their own	Stödgruppers hjälp att förstå sin situation	Att erfara återhämtning genom stöd	Bekräftelse skapar trygghet

situations and beginning to recognize that they were victims of abuse”			
“Most of the participants expressed that disclosing violence to the nurse helped them in ventilating feelings”	Att berätta om våldsutsatthet hjälpte ventilera känslor	Att uppleva att vårdpersonal lyssnar	Bekräftelse skapar trygghet

Etiska aspekter

Etiska överväganden utgör en central del av all forskning, oavsett metod eller studiedesign. Enligt Kristensson (2024, s. 49) syftar forskningsetik till att skydda deltagarnas integritet genom att säkerställa att de behandlas med respekt och att deras personuppgifter hanteras på ett korrekt och ansvarsfullt sätt. I denna studie har de etiska principerna som formuleras i Helsingforsdeklarationen varit vägledande, vilka innefattar nyttoprincipen, icke-skadaprincipen, autonomiprincipen och rättviseprincipen. Dessa principer är särskilt relevanta i forskning som berör våldsutsatta kvinnor, då deltagarna ofta befinner sig i en utsatt position och riskerar att återuppleva trauma. Nyttoprincipen innebär att forskningen ska bidra till kunskap som kan förbättra bemötande, vård och stödinsatser, medan icke-skadaprincipen betonar att forskningen inte får orsaka ytterligare psykisk eller fysisk påfrestning. Autonomiprincipen avser deltagarnas rätt till informerat och frivilligt samtycke, och rättviseprincipen betonar att deltagare ska behandlas jämlikt och med respekt och inte utsättas för oacceptabla risker (Kristensson, 2014, s. 54).

Sandman och Kjellström (2013, s. 324) framhåller att forskning som involverar sårbara grupper kräver särskilda etiska överväganden, där forskare måste kunna motivera inkludering och samtidigt vidta åtgärder för att minimera risker för skada. Vid urvalet av vetenskapliga artiklar har författarna aktivt tagit hänsyn till dessa etiska principer. Endast studier där det tydligt framgick att forskningen hade genomgått etisk prövning och godkänts av en forskningsetisk kommitté eller motsvarande instans inkluderades. Vidare säkerställdes att artiklarna redovisade informerat och frivilligt samtycke samt beskrev hur deltagarnas integritet, konfidentalitet och välbefinnande hade beaktats. Särskild vikt lades vid att de inkluderade artiklarna redogjorde för ett varsamt och respektfullt förhållningssätt till kvinnors berättelser, med hänsyn till risken för retraumatisering. Under databearbetningen har författarna förhållit sig till principen om konfidentalitet genom att enbart använda anonymiserat material från redan publicerade studier. Eftersom litteraturstudien baseras på tidigare publicerad forskning och inte hanterar några personuppgifter direkt, har studien inte krävt något eget etisk godkännande.

RESULTAT

Syftet med litteraturstudien var att beskriva våldsutsatta kvinnors erfarenheter när de söker vård inom hälso- och sjukvården. Resultaten baseras på tio kvalitativa originalartiklar genomförda i USA, Australien, Kanada, Indien, Sri Lanka, Storbritannien. Den geografiska spridningen bidrar till en bred förståelse av hur kvinnor i olika kontexter upplever vårdmötet efter våldsutsatthet. Genom den tematiska analysen identifierades två teman: Tillitens betydelse i vårdmötet och Bekräftelse skapar trygghet. Fyra tillhörande sub-teman framkom: Att uppleva misstro mot vården, Att uppleva bristande trygghet i vårdmötet, Att erfara återhämtning genom stöd samt Att uppleva att vårdpersonal lyssnar (se Tabell II).

Tema	Sub-tema
Tillitens betydelse i vårdmötet	Att uppleva misstro mot vården Att uppleva bristande trygghet i vårdmötet
Bekräftelse skapar trygghet	Att erfara återhämtning genom stöd Att uppleva att vårdpersonal lyssnar

Tabell II: Resultat från tematisk analys med teman och sub-teman.

Tillitens betydelse i vårdmötet

Detta tema belyser hur kvinnors erfarenheter av vårdmötet i hög grad präglas av tillit eller brist på tillit till hälso- och sjukvården. Sammantaget visar resultaten att när våldsutsatthet inte uppmärksammas, erkänns eller tas på allvar, påverkas kvinnors benägenhet att söka och ta emot vård negativt. Bristande tillit ledde ofta till att kvinnorna drog sig undan vården, avbröt pågående kontakter eller helt undvek framtida vårdbesök. Vården upplevdes därmed i flera fall som ett hinder snarare än en resurs i processen att söka trygghet och stöd. Resultaten tydliggör att tillit är en grundläggande förutsättning för att kvinnor ska våga berätta om våldsutsatthet och kunna ta emot hjälp samt att bristande tillit riskerar att fördjupa utsattheten och försvara återhämtning (Aguillard et al., 2022; Hollingdrake et al., 2022; Bayla & Ostrach., 2021; Ruiz et al., 2023).

Att uppleva misstro mot vården

Kvinnors erfarenheter visar att misstro från vårdpersonal utgör ett centralt hinder i vårdmötet efter våldsutsatthet. Misstron tog sig uttryck genom ifrågasättanden, avvisande attityder eller diskriminerande bemötanden, vilket bidrog till att kvinnorna kände sig osedda och ogiltigförklarade. För vissa grupper, såsom afroamerikanska kvinnor, kvinnor med funktionsnedsättningar och urfolkskvinnor, förstärktes misstron ytterligare genom rasifierade bias och stereotypa föreställningar. Dessa erfarenheter beskrevs som en form av sekundär viktimisering, där vårdens bemötande i sig bidrog till ytterligare trauma. Sammantaget visar resultaten att upplevelser av misstro leder till att kvinnor avstår från att berätta om våldet, tvekar inför att söka vård eller helt undvika framtida vårdkontakter, vilket i sin tur riskerar att förlänga våldsutsattheten och minska möjligheten till skydd och stöd (Aguillard et al., 2022; Fitts & Soldatic., 2024; Ruiz et al., 2023; Silva et al., 2022).

Att uppleva bristande trygghet i vårdmötet

Resultaten visar att upplevelsen av trygghet i vårdmötet är starkt beroende av både vårdmiljöns utformning och vårdpersonalens bemötande. Bristande integritet, exempelvis när samtal genomfördes i närvaro av andra patienter, personal eller förövare, skapade känslor av otrygghet, skam och stress. Även emotionell distans, reducerad empati och tidsbrist bidrog till att kvinnorna inte upplevde vårdmötet som en säker plats att berätta om våldet. Dessa omständigheter förstärkte känslor av rädsla och sårbarhet och ledde i flera fall till att kvinnorna avstod från att söka vård trots behov. Sammantaget visar resultaten att bristande trygghet i vårdmötet utgör ett betydande hinder för kvinnors möjlighet att kommunicera sin utsatthet och ta emot stöd, samt att otrygga vårdmiljöer riskerar att fördjupa lidande och isolering (Fitts & Soldatic., 2024; McGarry & Hinsliff-Smith., 2021; Ruiz et al., 2023; Silva et al., 2022).

Bekräftelse skapar trygghet

Detta tema belyser hur bekräftelse och ett empatiskt, lyhört bemötande inom hälso- och sjukvården bidrog till kvinnors upplevelse av trygghet, tillit och möjlighet till återhämtning efter våldsutsatthet. Resultaten visar att när vårdpersonal mötte kvinnorna med respekt, mottaglighet och ett icke dömande förhållningssätt skapades förutsättningar för att dela erfarenheter och känna sig sedda och tagna på allvar. Bekräftelse av kvinnornas berättelser stärkte både förtroendet för vården och kvinnornas egen tilltro till sin förmåga att hantera situationen. Sammantaget framkommer att bekräftelse i vårdmötet är en central komponent för att skapa trygghet och stödja kvinnors återhämtningsprocess efter VNR (Poreddi et al., 2021; Mirlashari et al., 2022.; Hollingdrake et al., 2023; Page et al., 2021).

Att erfara återhämtning genom stöd

Kvinnors erfarenheter visade att återhämtning ofta inleddes genom möjligheten att få berätta om våldsutsattheten i en trygg och stödjande vårdrelation. Att bli lyssnad på med empati och respekt, utan att mötas av ifrågasättande eller dömande attityder, skapade känslor av lättnad och minskade det inre lidandet. Detta upplevdes som ett första steg bort från isolering och tystnad. Vidare framkom att långsiktiga stödinsatser, såsom kontinuerlig kontakt med vårdpersonal och deltagande i stödgrupper, hade stor betydelse för återhämtningen. Genom regelbundna samtal, delad förståelse och möjligheten att möta andra kvinnor med liknande erfarenheter stärktes självkänslan och motivationen att återta kontrollen över det egna livet. Sammantaget visar resultaten att återhämtning genom stöd förutsätter både emotionellt tillgänglig vårdpersonal och strukturerade, långsiktiga stödformer, vilka minskar upplevelsen av ensamhet och stärker kvinnors känsla av egenmakt (Hollingdrake et al., 2022; Mirlashari et al., 2022; Page et al., 2021; Poreddi et al., 2021).

Att uppleva att vårdpersonal lyssnar

Aktivt och lyhört lyssnande från vårdpersonal framträder som en avgörande faktor för att våldsutsatta kvinnor ska känna sig trygga och våga uttrycka sin utsatthet. När vårdpersonal avsatte tillräckligt med tid, ställde öppna frågor och följde upp tidigare samtal upplevde kvinnorna sig hörda, sedda och bekräftade. Detta bidrog till ökad tillit till vården och skapade förutsättningar för att kvinnorna i större utsträckning vågade berätta om sina erfarenheter. Vidare framkom att ett fördomsfritt lyssnande och respekt för kvinnornas integritet minskade rädslan för att bli ifrågasatta eller utpekade, vilket stärkte upplevelsen av jämlikt bemötande. I flera sammanhang betonades även betydelsen av att vårdpersonal först etablerade trygghet innan emotionellt utmanande frågor ställdes. Genom ett sådant bemötande skapades en vårdrelation som inte enbart främjade tillit, utan även lade grunden för fortsatt hjälpsökande och påbörjad återhämtning (Hollingdrake et al., 2022; Mirlasharis et al., 2022; Bayla & Ostrach., 2021; Poreddi et al., 2021; Silvia et al., 2022).

DISKUSSION

Metoddiskussion

För att besvara studiens syfte valdes en allmän litteraturstudie med kvalitativ ansats för att undersöka våldsutsatta kvinnors erfarenheter av mötet med vårdpersonal inom hälso- och sjukvården. Denna metod bedömdes lämplig eftersom studiens fokus ligger på kvinnors subjektiva upplevelser av bemötande, trygghet och tillit i vårdmötet. En kvalitativ ansats möjliggör en fördjupad förståelse av individers erfarenheter och tolkningar, vilket är centralt vid studier som berör våldsutsatthet och vårdrelationer (Alvesson & Sköldberg, 2017, s.18). Vidare beskriver Polit och Beck (2021, s. 82) att en allmän litteraturstudie innebär att befintlig forskning granskas, värderas och sammanställs för att belysa ett specifikt fenomen. För att strukturera forskningsprocessen användes Polit och Becks (2021, s. 85) nio-stegsmodell, som bedömdes vara särskilt användbar i och med att den erbjuder en tydlig, flexibel och systematisk struktur för forskningsprocesser inom kvalitativ forskning. Användning av denna modell bidrog till att säkerställa systematik och noggrannhet genom hela arbetsprocessen.

Ett alternativ till den valda metoden hade varit att genomföra en empirisk studie, exempelvis genom intervjuer med våldsutsatta kvinnor eller vårdpersonal. En sådan metod hade kunnat bidra med mer kontext nära och djupgående data. Samtidigt innebär empirisk forskning inom området VNR betydande etiska och praktiska utmaningar, såsom risk för återtraumatisering, svårigheter i rekrytering av deltagare samt krav på omfattande etiska överväganden. Mot bakgrund av detta, samt studiens tidsramar, bedömdes en allmän litteraturstudie vara den mest lämpliga metoden för att besvara studiens syfte.

För att stärka studiens metodologiska kvalitet användes kvalitetskriterierna tillförlitlighet, giltighet, verifierbarhet och överförbarhet som tillsammans ökar trovärdigheten i studien, dessa tillämpades i enlighet med Lincoln och Guba (1985), refererat i Polit och Beck (2021). Kriterierna valdes i syfte att bedöma och säkerställa kvaliteten hos de inkluderade primärstudierna. Lincoln och Guba (1985) refererat i Polit och Beck (2021, s. 570–571) beskriver att tillförlitlighet handlar om i vilken grad resultatet speglar deltagarnas upplevelser utan att forskarna påverkat innehållet. Det andra kriteriet är giltighet som avser grad av realitet i studien genom att dyka in i stabiliteten och förhållandena över tid samt se om resultaten hade varit detsamma ifall den upprepas med liknande deltagare. Vidare beskrivs verifierbarhet vilket motsvarar det tredje kriteriet. Detta kriterium avser representationen av deltagarnas egna tolkningar och synpunkter, samt att dessa inte vilseleds av forskarnas fördomar, perspektiv och antaganden. Överförbarhet beskrivs som det sista kriteriet och står för generaliserbarheten, vilket motsvarar i vilken utsträckning resultaten kan vara relevanta i andra miljöer eller grupper vilket kräver noggrann beskrivande data. Studiens vetenskapliga trovärdighet stärks därmed när de fyra kriterierna upprätthålls genom hela forskningsprocessen.

Tillförlitligheten (Credibility) i studien stärktes genom tydlig redovisning av metodologiska steg som bidrar till trovärdighet genom transparens, då det skapar möjligheten att följa hur resultaten togs fram av författarna. Detta genomfördes genom att följa en tydligt beskriven struktur där studiens design, urval, datainsamling, dataanalys och resultat redovisades noggrant, vilket skapade möjligheten att följa processen och kunna granska den. Forskningsprocessen genomfördes i enlighet med Polit och Becks (2021) niostegsmodell, vilket bidrog till ett systematiskt och konsekvent tillvägagångssätt. Ett syfte och en problemformulering skapades av författarna där de sedan samlade information om området för att skapa mer förståelse för ämnet. Polit och Beck (2021, s.82) förklarar vikten av att skapa en översiktlig bild av litteraturen för att få kunskap om forskningsområdet. Datainsamlingen utfördes genom

systematiska sökningar i databaserna CINAHL och PubMed vilka fungerar som ett komplement till varandra eftersom de kan generera olika resultat men behandlar aspekter inom medicin och hälsovetenskap (Polit och Beck 2021, s.90). Utöver tillförlitlighet stärktes även verifierbarheten genom att endast använda primärkällor baserade på deltagarnas egna utsagor, vilket ökar trovärdigheten då resultaten grundas i deltagarnas egna perspektiv utan andrahandstolkningar. Stegen möjliggör även reproducerbarhet av strategin för sökningen som är viktig för tillförlitligheten. Inklusions- och exklusionskriterier fastställdes gemensamt av författarna och tillämpades konsekvent genom hela urvalsprocessen, dessa underlättade att hitta artiklar som var relevanta till syftet under sökningsprocessen. För att tydliggöra kopplingen mellan datamaterial, analys och resultat upprättades en artikelmatris samt en tematisk analys, vilket möjliggjorde spårbarheten i hur varje inkluderad artikel bidrog till resultatet. Vidare användes bilagor och figurer för att visualisera analysprocessen och resultatet som underlättar extern granskning och minskar risken för att resultaten påverkas av forskarnas egna antaganden. Sammantaget bidrar dessa åtgärder till att stärka studiens tillförlitlighet. Vidare redovisades metodologiska begränsningar öppet, såsom valet av databaser, vilket ökade studiens transparens. Åtgärderna bidrar sammanfattningsvis till att stärka studiens tillförlitlighet genom redovisningen av en stabil och spårbar forskningsprocess.

Giltighet (dependability) står för att se stabiliteten över tid, vilket innebär om resultaten hade varit detsamma med liknande deltagare vid andra tillfällen (Lincoln och Guba, 1985 refererat i Polit och Beck 2021, s. 569) I denna studie stärktes giltigheten bland annat genom att tydligt visa hur författarna redovisat de olika sökningarna i CINAHL och PUBMED genom en sökmatris för vardera databas (se Bilaga I & Bilaga II), detta gör det möjligt för läsaren att följa och replikera varje steg i studien. För att minska risken för feltolkningar har författarna arbetat strategiskt samt bekantat sig med studierna i sin fulltext med syftet att skapa en gemensam förståelse av studierna som skulle belysa våldsutsatta kvinnors bemötanden inom hälso- och sjukvården. Totalt användes tio artiklar varav fem identifierades i vardera databasen.

Studierna genomgick kvalitetsgranskning med SBU:s kvalitetsgranskningsmall (se Bilaga IV) som säkerställer att endast studier med tillräckligt hög vetenskaplig kvalitet inkluderas. Eftersom kvalitetsgranskningen säkerställer att de valda studierna som analysen baseras på är tillförlitliga och giltiga ökar giltigheten. Noggrann dokumentation fördes genom hela analysprocessen, vilket är viktigt för att göra processen spårbar och möjlig att granska samt bidrar till studiens giltighet. Etiska överväganden beaktades genom att endast inkludera artiklar där deltagarna lämnat informerat samtycke, vilket är en central etisk förutsättning inom kvalitativ forskning.

Verifierbarhet (confirmability) är en viktig aspekt av studien då den visar i vilken utsträckning deltagarnas egna tolkningar inte vilseletts av författarnas egna antaganden. Verifierbarheten beskrivs som god när författarna genom ansträngning samlar data och fastställer att den representerar deltagarnas egna synpunkter, samt att dessa inte är påhittade av den som utför studien. Forskarens fördomar och villkor får inte spegla deltagarnas åsikter eller undersökningens villkor (Lincoln & Guba, 1985, refererad i Polit & Beck s.570). Verifierbarheten i studien stärktes genom ett systematiskt tillvägagångssätt i urval och analysdelen. Dataanalysen genomfördes av författarna med hjälp av Braun och Clarkes tematiska analysmetod, denna möjliggjorde identifiering och tolkning av mönster och teman genom en systematiskt och tillförlitlig analysprocess. Genom att tillsammans analysera och kontinuerligt diskutera uppnådde forskarna samsyn. Detta ökade även den gemensamma förståelsen för texterna under processens sex olika faser av modellens gång. Detta utgjorde att författarna tillsammans kunde identifiera textnära enheter, för att sedan tolka dessa och bilda subteman och

teman som sedan presenterades i Tabell II. Genom den här processen minskades risken för bias under kodning och temabildning, vilket ytterligare ökar verifierbarheten då det minskar subjektiv påverkan.

De inkluderade artiklarna var publicerade på engelska, vilket inte är författarnas modersmål. För att säkerställa korrekt förståelse och minska risken för feltolkningar användes digitala översättningsverktyg som stöd. Samtliga översättningar granskades därefter noggrant av båda författarna för att säkerställa att innehållet återgavs så korrekt och textnära som möjligt. Denna arbetsprocess bidrog till ökad transparens och minskad risk för tolkningsojämlikheter, vilket stärker studiens verifierbarhet. Vidare har korrekt referenshantering säkerställts genom konsekvent användning av American Psychological Association-systemet (APA) i enlighet med riktlinjer från Röda Korsets Högskola och Södertörns högskola (2021). En tydlig och systematisk referenshantering möjliggör för läsaren att följa, granska och värdera studiens källor och resultat, vilket ytterligare bidrar till studiens verifierbarhet och transparens.

Överförbarhet (Transferability) visar på hur studiens resultat kan vara relevanta i andra grupper eller miljöer. I denna studie stärks överförbarheten genom att inkludera artiklar från flera olika länder och världsdelar, detta bidrar till att studien får en bredare och mer mångsidig förståelse av hur kvinnorna kan uppleva vårdmötet i olika kontextuella sammanhang. Fyra av de inkluderade artiklarna i studien var genomförda i USA, två i Australien samt en vardera från Kanada, Indien, Sri Lanka och Storbritannien. Den internationella bredden skapade möjlighet för författarna att jämföra skilda vårdsystem, organisatoriska förutsättningar och resurstillgång mellan de olika länderna vilket ger läsaren förutsättningar att bedöma resultatens relevans i andra miljöer eller populationer. Samtidigt redovisades kontextuella skillnader som en potentiell begränsning då de olika variationerna mellan vårdsystemen kan påverka i vilken utsträckning resultaten är överförbara till en specifik nationell kontext. Denna transparens bidrar till en mer nyanserad bedömning av studiens överförbarhet.

Resultatdiskussion

Denna litteraturstudies syfte var att beskriva våldsutsatta kvinnors erfarenheter av vårdmötet när de söker vård inom hälso- och sjukvården. Resultaten diskuteras i relation till Joyce Travelbees omvårdnadsteori som utgör studiens teoretiska referensram tillsammans med centrala aspekter som identifierats i studiens resultat. Resultaten av studien visar genomgående att vårdpersonalens bemötande och förmåga att skapa en trygg relation är helt avgörande för våldsutsatta kvinnors hälsa och deras vilja att berätta om sin situation.

I denna resultatdiskussion belyses studiens huvudfynd, med fokus på betydelsen av tillit, trygghet, bekräftelse och vårdpersonalens bemötande utifrån ett teoretiskt perspektiv där Joyce Travelbees omvårdnadsteori används för att tolka och problematisera resultaten. Vidare diskuteras resultaten i relation till tidigare forskning som presenteras i bakgrunden, för att tydliggöra likheter, skillnader och kunskapsluckor inom området.

Resultaten i denna studie visar att våldsutsatta kvinnor ofta upplever att de inte kan berätta om sin våldsutsatthet på grund av misstro och ifrågasättanden från vårdpersonal. Dessa erfarenheter framkom i studier genomförda i flera olika länder, vilket visar att problematiken är närvarande på internationell nivå och inte begränsad till en enskild vårdkontext. Kvinnor beskrev hur vårdpersonalens bemötande i form av ifrågasättanden, bristande tilltro och stereotypa föreställningar påverkade deras möjlighet att berätta om våldet. Vårdpersonal kan omedvetet utgå från stereotyper kopplade till kvinnornas bakgrund, eller medvetet skambelägga kvinnor som blivit utsatta för våld på grund av

kulturella normer och könsstereotyper. Detta leder till att kvinnorna drabbas av sekundär viktimisering där interaktionen i stället återskapar känslan av maktlöshet hos kvinnan. Vårdpersonal som antyder att kvinnan bär skulden leder till känslor av värdelöshet och stigmatisering. Upplevelserna fungerar som en barriär som hindrar kvinnorna att söka hjälp från vården, vilket medför att kvinnan stannar kvar i den våldsdrabbade relationen. Detta resultat ligger i linjer med tidigare forskning som visar att negativa vårdmöten kan bidra till sekundär viktimisering och fördjupad utsatthet hos våldsutsatta kvinnor. Ur Joyce Travelbees omvårdnadsteoretiska perspektiv kan detta resultat förstås som ett misslyckande i den mellanmänskliga relationen, där brist på empati och ömsesidighet och att sjuksköterskan inte ser patienten som en individ bakom patientrollen leder till att omvårdanden avhumaniseras (refererad i Kirkevold, 2000, s. 134). En brist på kontakt och empati kan bidra till sekundär viktimisering då kommuniktationen mellan kvinnan och vårdpersonal blockeras vilket leder till att kvinnan inte får det stöd hon behöver, vårdpersonal står i många fall i en maktposition vilket leder till att kvinnans känsla av maktlöshet och stigmatisering förvärras. Positiva aspekter i resultatet av vårdmötet beskrivs vara när vårdpersonal skapar förtroende, visar ett genuint intresse för att lyssna och agerar för kvinnors säkerhet och välbefinnande. Kvinnorna upplevde att centrala aspekter för ett gott bemötande är att bli trodd och få sina erfarenheter validerade med respekt och värdighet. Enligt Okenwa Emegwa och Jansson (2021) införde Sverige år 2017 obligatoriska kurser i åtta utbildningsprogram runt om i landet för att utbilda bland annat studenter i våld mot kvinnor och VNR, en utav högskolorna som tagit del av utbildningsprogrammet är Röda Korsets Högskola, som är känd för sin sjuksköterskeutbildning.

Resultatet av studien belyser att vårdpersonalens ageranden under vårdmötet var avgörande för utfallet av kvinnornas psykiska och fysiska hälsa. I denna studie framkom att bemötanden som präglades av empati, respekt och närvaro skapade förutsättningar för tillit och möjliggjorde kvinnors berättande om våldsutsatthet. Betydelsefulla möten beskrevs vara sådana där vårdpersonal visade medkänsla och humanisering genom tydliga förklaringar, valmöjligheter och empati. Empatiska samtal bidrar till enklare återhämtningsprocess eftersom det underlättar reflektion, bearbetning och känslomässig stabilitet efter våldshändelser. Detta kan tolkas av Travelbees omvårdnadsteori (refererad i Kirkevold, 2000, s. 136), där etableringen av en ömsesidig relation ses som en förutsättning för att patienten ska känna trygg och våga dela sitt lidande genom tankar, känslor och attityder. Enligt studiens resultat är en god vårdrelation viktig för att kvinnan ska finna trygghet och tillit för att prata om utsattheten, det kan vara viktigt att vårdpersonal är den första partnern som lyfter ämnet om våld och tar initiativ att fråga om våldsutsatthet. När vårdpersonal är den första partnern som lyfter ämnet skapas en normalisering kring det vilket minskar stigmatiseringen, det visade sig även vara en effektiv metod för att skapa en trygg och förtroendefull miljö mellan patienten och vårdpersonalen. I många fall kan det vara svårt för sjuksköterskan att lyfta ämnet på grund av rädslan att ta del av svår information, i studien av Maquibar et al. (2022) framkom att mötet mellan sjuksköterskan och den våldsutsatta kvinnan kan kännas påfrestande för båda parterna. Även sjuksköterskan kan känna känslomässig belastning av kvinnans berättelse, vilket kan påverka sjuksköterskans mentala hälsa och ses som ett av de hinder som kan förekomma som hindrar sjuksköterskan att diskutera kvinnans händelser.

Ett centralt fynd i denna studie var att bristande trygghet i vårdmötet utgjorde ett betydande hinder för kvinnor att etablera en förtroendefull relation till vårdpersonal. I resultatet framkom att vårdpersonal inte lyssnade och framstod som ointresserade, vilket skapar otrygghet i mötet. Enligt Travelbees omvårdnadsteori (refererad i Kirkevold, 2000, s. 135–136) är etableringen av empati en central fas i den mellanmänskliga relationen, där sjuksköterskan aktivt försöker förstå patientens lidande. När empati och aktiv närvaro uteblir, riskerar vårdmötet enligt Travelbee att stanna vid en ytligt kontakt. Detta kan i stället förstärka kvinnans lidande och känsla av utsatthet. Dessa ageranden

som förekom i resultatet strider mot centrala och grundläggande principer för vårdpersonal vilket leder till att tilliten till vården sänks och bidrar till att den drabbade blir mer benägen att avstå eller skjuta upp hjälp från hälso- och sjukvården. I studien av Anderzen Carlsson et al. (2021) framkom att en trygg vårdrelation mellan patient och sjuksköterska underlättar kvinnans vilja att berätta, den bristande tryggheten som identifierades i denna studie visar därmed hur ett otryggt bemötande leder till motsatt effekt, att kvinnan inte har förtroende för att berätta om sin våldsutsatthet till vårdpersonalen. Upplevelser av otrygg vård riskerar i stället att förstärka patientens utsatthet snarare än att bidra till en trygg och förtroendefull vårdrelation. Resultatet stärks av Berg och Lepps (2022) studie då de nämnda agerandena av vårdpersonalen står i direkt kontrast till studiens centrala fynd som visar att en vårdrelation utvecklas först när den vårdande partnern bemöter patienten med empati, lyhördhet och närvaro. Resultatet visar genomgående att utsatthet minskar när patientens röst tas på allvar och när vården stödjer patienten med olika hjälpinsatser och att skapa mening i sina erfarenheter. Lyhördhet och bekräftelse bidrog till en minskad känsla av övergivenhet samt bidrog till ökade möjligheter att återta kontroll över sin återhämtningsprocess.

Resultaten visade att kvinnor ofta inte ges möjlighet att berätta om sin våldsutsatthet, trots att de uppvisar tydliga tecken på utsatthet, vilket i flera fall beror på vårdpersonalens personliga hinder, strukturella begränsningar inom vården samt förekomst av fördomar. Dessa faktorer beror på okunskap eller tveksamhet att ställa frågan och hur ärendet hanteras vidare. I flera länder framkom att vårdpersonal inte fick genomgå utbildning om våldsutsatthet, genom utbildning hade hanteringen av våldsutsatta patienter underlättats genom flera aspekter. I studien av Briones et al. (2021) framkom vikten och behovet av utbildning och rutiner som ett sätt att stärka vårdpersonalens kompetens i hantering av VNR, vilket hade underlättat att situationen hanteras korret och enligt nationella riktlinjer. I studien framkom att vårdpersonal ofta inte ställde frågan om VNR på grund av brist på kunskap om hur ärendet skall hanteras vidare. Resultatet visar därmed att det förekommer brister i hur nationella riktlinjer omsätts i klinisk praktik, där trots att Socialstyrelsen (2023) tydligt betonar hälso- och sjukvårdens ansvar att rutinmässigt uppmärksamma och identifiera våldsutsatthet. Ur ett teoretiskt perspektiv kan detta förstås utifrån Joyce Travelbee omvårdnadsteori (refererad i Kirkevold, 2000, s. 134), som betonar vikten av en stödjande relation där sjuksköterskan aktivt försöker förstå patienten och dess lidande genom olika element. Resultatet stärks också i studien av Hall och Örmon (2025) som lyfter flera bakomliggande faktorer som bidrar till att frågan om VNR aldrig ställs av vårdpersonal, dessa beror främst på att vårdpersonal saknar kompetens eller upplever rädsla inför att fråga kvinnorna om våldsutsatthet, vilket är anledningen till att ämnet aldrig introduceras. Vidare förklaras att rädslan är kopplad till oro av att ta del av svår och känslomässigt tung information som skulle skada den egna psykiska hälsan.

Våldsutsatta kvinnor är en känd patientgrupp runt om i världen som befinner sig i en särskild utsatt situation och kräver omfattande vårdbehov i form av personcentrerade insatser och medicinska, sociala och psykologiska åtgärder. Sjuksköterskan ska enligt ICN (2021, s. 7) vara medmänsklig och visa empati, respekt, lyhördhet, omtanke samt vara pålitlig och skydda patientens integritet. Denna studies resultat visar att det ännu förekommer brister i dessa principer inom hälso- och sjukvården vilket skapar lidande för de våldsutsatta kvinnorna. Inom vårdmöten bemöts denna patientgrupp med skambeläggning och sekundär viktimisering. Detta stärks av Travelbee (1972, s. 115–116) som beskriver att sjuksköterskor ibland skuldbelägger patienter för situationen som denne har hamnat i och agerar därmed ointresserade eller empatilösa. Enligt ICN (2021, s. 8) ska alla patienter bemötas med personcentrerad vård, vilket står i kontrast med vad våldsutsatta kvinnor blir bemötta med runt om i världen. Kvinnor som får vård och blir bemötta enligt riktlinjerna får god effekt i sin återhämtning och finner egenmakt för att lämna den våldsutsatta relationen och det förflutna, vilket minskar riskerna för

att den psykiska och fysiska hälsan skadas. Sammantaget visar denna studie att avsaknad av empati, lyhördhet och respekt i vårdmötet riskerar att fördjupa kvinnors lidande, medan ett personcentrerat och bekräftande bemötande kan stärka både egenmakt och återhämtning.

SLUTSATSER

Denna studie belyser betydelsen av sjuksköterskans bemötande i mötet med våldsutsatta kvinnor och hur vårdmötet kan påverka kvinnors upplevelse av trygghet, tillit och möjlighet till återhämtning. Resultaten visar att ett empatiskt, lyhört och icke dömande förhållningssätt är centralt för att kvinnor ska våga berätta om sin utsatthet och ta emot stöd inom hälso- och sjukvården. Studien kan fungera som ett praktiskt stöd i den kliniska verksamheten genom att stärka sjuksköterskors handlingsberedskap vid misstanke om VNR, exempelvis genom att normalisera samtal om våld och anpassa omvårdnaden utifrån kvinnans individuella behov och livssituation. Vidare kan resultaten användes inom utbildning och fortbildning för att öka kunskap om VNR, kulturella aspekter och etiska överväganden i vårdmötet. För fortsatt forskning finns behov av att undersöka hur organisatoriska förutsättningar, tydliga riktlinjer och riktade utbildningsinsatser kan stärka sjuksköterskors kompetens och förutsättningar att identifiera och bemöta våldsutsatta kvinnor.

Slutsatserna bör dock tolkas med hänsyn till studiens metodologiska begränsningar. Studien baseras på analys av tio kvalitativa vetenskapliga artiklar, begränsade till två databaser och engelskspråkiga publikationer, vilket kan ha påverkat bredden i det inkluderade kunskapsunderlaget. Den tematiska analysen bygger dessutom på författarnas tolkning av resultaten, vilket kan påverka överförbarheten till andra kontexter. Trotts detta bedöms studien bidra med värdefull kunskap om våldsutsatta kvinnors erfarenheter av vårdmötet och kan utgöra ett underlag för vidare utveckling av klinisk omvårdnad.

REFERENSER

Referenser markerade med asterisk (*) avser de vetenskapliga artiklar som inkluderats i litteraturstudiens resultat och analys.

*Aguillard, K., Hughes, R., Gemeinhardt, G. L., Schick, V., & McCurdy, S. (2022). "They Didn't Ask." Rural Women With Disabilities and Experiences of Violence Describe Interactions With the Healthcare System. *Sage Journals, 32(4)*. https://doi-org.till.biblextern.sh.se/10.1177/10497323211059142

Alvesson, M. & Sköldberg, K. (2017). *Tolkning och reflektion* (3 uppl., s. 18) studentlitteratur.

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), 1–12. https://doi-org.till.biblextern.sh.se/10.1080/17482631.2021.1988043

Arora, S., Padma, B., Sangeeta, R., Avni, A., & Sarah, R. (2023). Healthcare Providers´ Perceptions and Experiences of Training to Respond to Violence against Women: Result from a Qualitative Study. *International Journal of Enviromental Research and Public Health, 20(4)*. https://doi.org/10.3390/ijerph20043606

*Bayla, M., & Ostrach, M. (2021). "I'll tell you what's important to me...": Lessons for women's health screening. *BMC Women's Health, 21,* 73. https://doi.org/10.1186/s12905-021-01220-9

Berg, L., & Lepp, M. (2022). Den vårdande relationen. I L. Wiklund Gustin &. Asp (Red.), *Vårdvetenskapliga vegrepp i teori och praktik* (3 uppl., s. 379-383). Studentlitteratur.

Braun, V., & Clarke, V. (2006). Using thematic analysis in psychology. *Qualitative Research in Psychology, 3*(2), 77-101. https://doi.org/10.1191/1478088706qp063oa

Briones, V. E., Otero, G. L., Gea, S. M., De Fuentes, S., Garcia, Q. M., Vives, C. C., & Maquibar, A. (2021). A qualitative content analysis of nurses' perceptions about readiness to manage intimate partner violence. *Journal of Advanced Nursing, 78*(5), 1448-1460. https://doi-org.till.biblextern.sh.se/10.1111/jan.15119

*Fitts, M., & Soldatic, K. (2024). Temporalities of emergency: the experiences of Indigenous women with traumatic brain injury from violence waiting for healthcare and service support in Australia. *Health Sociology Review, 33,* 160–174. https://doi.org/10.1080/14461242.2024.2345596

Fossum, B. (red.). (2019). *Kommunikation: Samtal och bemötande i vården.* Studentlitteratur.

Forsberg, C. & Wengström, Y. (2015). Att göra systematiska litteraturstudier: värdering, analys och prestation av omvårdnadsforskning. (4. Uppl.). Natur & Kultur.

Globala Målen. (2024). *Jämställdhet: Uppnå jämställdhet och alla kvinnors och flickors egenmakt.* Hämtad 15 mars 2025 från: https://globalamalen.se/om-globala-malen/mal-5-jamstalldhet/

Goicolea, I., Vives-Cases, C., Hurtig, A. K., Marchal, B., Briones-Vozmediano, E., Otero-García, L., García-Quinto, M., & San Sebastian, M. (2015). Mechanisms that Trigger a Good Health-Care Response to Intimate Partner Violence in Spain. Combining Realist Evaluation and Qualitative

Comparative Analysis Approaches. *PloS one, 10*(8), e0135167. https://doi.org/10.1371/journal.pone.0135167

Hall, A., & Örmon, K. (2025). Affective Aspects of Screening for Intimate Partner Violence: The Impact of Emotions on the Implementation of Routinely Asking Questions About Violence in Women's Health Care. *Women's Reproductive Health, 12*(2), 393–414. https://doi-org.till.biblextern.sh.se/10.1080/23293691.2025.2460640

*Hollingdrake, O., Saadi, N., Alban, A., & Currie, J. (2022). Qualitative study of the perspectives of women with lived experience of domestic and family violence on accessing healthcare. *Journal of Advanced Nursing, 79*(4). https://doi-org.till.biblextern.sh.se/10.1111/jan.15316

International Council of Nurses. (2021). The ICN code of ethics for nurses. Hämtad 8 maj 2025 från https://www.icn.ch/sites/default/files/2023-06/ICN_Code-of-Ethics_EN_Web.pdf

Jack, S. M., Ford, G. M., Davidov, D., MacMillan, H. L., O'Brien, R., Gasbarro, M., Olds, D., Johnston, C., Coben, J., Scribano, P., Stevens, J., Wathen, N., & McNaughton, D. (2017). Identification and assessment of intimate partner violence in nurse home visitation. *Journal of Clinical Nursing, 26*(15–16), 2215–2228. https://doi-org.till.biblextern.sh.se/10.1111/jocn.13392

Kirkevold, M. (2000). *Omvårdnadsteorier: Analys och utvärdering*. Studentlitteratur.

Kristensson, J. (2024). *Handbok i uppsatsskrivande och forskningsmetodik: För studenter inom hälso- och vårdvetenskap*. Natur & Kultur.

Maquibar, A., Estalella, I., Romero-Serrano, R., Macias-Seda, J., Gil-García, E., & Lancharro-Tavero, I. (2022). Primary Healthcare nurses´ experiences of addressing intimate partner violence in supportive legal and health system contexts. *Journal of advanced nursing, 79*(4),1399-1413. https://doi.org/10.1111/jan.15406

*McGarry, J., & Hinsliff-Smith, K. (2021). Silent Voices: Exploring Narratives of Women's Experiences of Health Care Professional Responses to Domestic Violence and Abuse. *The Journal of medical humanities, 42*(2), 245–252. https://doi.org/10.1007/s10912-020-09621-x

Miranda, R., & Lange, S. (2020). Domestic violence and social norms in Norway and Brazil: A preliminary, qualitative study of attitudes and practices of health workers and criminal justice professionals. *PLOS ONE, 15*(12). https://doi.org/10.1371/journal.pone.0243352

*Mirlashari, J., Brotto, L. A., Lyons, J., & Pederson, A. (2022). The experiences of women and healthcare providers in assessing the history of gender-based violence during perinatal care. *Violence Against Women, 28*(14), 3291–3310. https://doi.org/10.1177/10778012221077125

Murvartian, L., Matias-Garcia, J., Saavedra-Macias, F., & Crowe, A. (2023). A Systematic Review Of Puplic Stigmatization Toward Victims Of Intimate Partner Violence in Low- and Middle Income Countries. *Trauma, Violence, & Abuse, 25*(2) https://doi-org.till.biblextern.sh.se/10.1177/15248380231178756

Nationellt centrum för kvinnofrid. (2024). *Hälso- och sjukvårdens ansvar för våldsutsatta*. Hämtad 13 mars 2025 från: https://www.uu.se/centrum/nck/for-yrkesverksamma/webbstodforvarden/halso--och-sjukvardens-ansvar/halso--och-sjukvardens-ansvar-for-valdsutsatta-patienter

Nationellt centrum för kvinnofrid. (2025). *Ett globalt perspektiv på våld mot kvinnor*. Hämtad 15 mars 2025 från: https://www.uu.se/centrum/nck/kunskapsbank-om-vald/fakta-och-forskning-om-vald/ett-globalt-perspektiv

Okenwa Emegwa, L. & Jansson, B. (2021). Utbildning inom högskolor, universitet ich kriminalvården om mäns våld mot kvinnor och våld i nära relationer. *Socialmedicinsk Tidskrift*. 98(4), 554-560. https://rkh.diva-portal.org/smash/get/diva2:1706626/FULLTEXT03.pdf

*Page, R. L., Montalvo-Liendo, N., Nava, A., & Chilton, J. (2021). "Now My Eyes are Open": Latina women's experiences in long-term support groups for intimate partner violence survivors. *International Journal of Mental Health Nursing, 30,* 715–723. https://doi-org.till.biblextern.sh.se/10.1111/inm.12840

Pérez-Nebra, A. R., Silva, A. J. G. P. da, Couto, C., Costa, M. T. P., Homonnai, C. T., & Modesto, J. G. (2023). Advertising and psychology: Strategies to reduce violence against women. *Paidéia, 33,* e3306. https://doi.org/10.1590/1982-4327e3306

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

*Poreddi, V., Sai Nikhil Reddy, S., Gandhi, S., Marimuthu, P., & BadaMath, S. (2021). 'Unheard voices': Perceptions of women with mental illness on nurses screening routinely for domestic violence: A qualitative analysis. *Investigacion y educacion en enfermeria*, *39*(3), e03. https://doi.org/10.17533/udea.iee.v39n3e03

*Ruiz, A. M., Moore, K. M., Woehrle, L. M., Kako, P., Davis, K. C., & Mkandawire-Valhmu, L. (2023). Experiences of dehumanizing: Examining secondary victimization within the nurse-patient relationship among African American women survivors of sexual assault in the Upper Midwest. *Social Science & Medicine, 329*. https://doi-org.till.biblextern.sh.se/10.1016/j.socscimed.2023.116029

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

SBU. (2022). *Vägledning för granskning av studier med kvalitativ metodik*. Hämtad 27 mars 2025 från https://www.sbu.se/globalassets/ebm/vagledning_granskning_studier_kvalitativ_metodik.pdf

Scheffer Lindgren, M., & Renck, B. (2008). "It is still so deep-seated, the fear": psychological stress reactions as consequences of intimate partner violence. *Journal of Psychiatric & Mental Health Nursing, 15*(3), 219–228. https://doi-org.till.biblextern.sh.se/10.1111/j.1365-2850.2007.01215.x

SFS 2017:30. *Hälso-och sjukvårdslag*. Stockholm: Socialdepartementet. Hämtad från: https://www.riksdagen.se/sv/dokument-och-lagar/dokument/svensk-forfattningssamling/halso-och-sjukvardslag-201730_sfs-2017-30/

SFS 1962:700. *Brottsbalken*. Stockholm: Socialdepartementet. Hämtad från: https://www.riksdagen.se/sv/dokument-och-lagar/dokument/svensk-forfattningssamling/brottsbalk-1962700_sfs-1962-700/

SFS 2001:453. *Socialtjänstlagen*. Stockholm: Socialdepartementet. Hämtad från: https://www.riksdagen.se/sv/dokument-och-lagar/dokument/svensk-forfattningssamling/socialtjanstlag-2001453_sfs-2001-453/

*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*, 721. https://doi.org/10.1186/s12889-022-13116-w

Socialstyrelsen. (2022). Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd om våld i nära relationer. Hämtad 21 mars 2025 från https://www.socialstyrelsen.se/contentassets/6c7c93da93594dac963298b3b0f03a92/2022-6-7967.pdf

Socialstyrelsen. (2023). *Våld i nära relationer: Handbok för socialtjänsten, hälso- och sjukvården och tandvården*. Hämtad 12 mars 2025 från: https://www.socialstyrelsen.se/globalassets/sharepoint-dokument/artikelkatalog/handbocker--juridisk-handbok/2023-6-8592.pdf

Socialstyrelsen. (2024). *Våld i nära relationer och hedersrelaterat våld: Ett utbildningsmaterial*. Hämtad 12 mars 2025 från: https://www.socialstyrelsen.se/globalassets/sharepoint-dokument/artikelkatalog/ovrigt/2021-11-7619.pdf

Stöckl, H., & Sorenson, S. B. (2024). Violence Against Women as a Global Public Health Issue. *Annual review of public health, 45*(1), 277–294. https://doi.org/10.1146/annurev-publhealth-060722-025138

Svensk sjuksköterskeförening. (2021). *ICN:s etiska kod för sjuksköterskor*. Hämtad 15 mars 2025 från: https://swenurse.se/download/18.7104a0bd1817fce0092f0132/1656659417909/A4%20ICN%20Etiska%20kod%20enkelsidor.pdf

Svensk sjuksköterskeförening. (2023). *Kompetensbeskrivning för legitimerad sjuksköterska*. Hämtad 16 mars 2025 från: https://swenurse.se/download/18.5b9522411887c8d873d5c38a/1686557116681/Kompetensbeskrivning%20legitimerad%20sjuksko%CC%88terska.pdf

Södertörns Högskola (2021). Referenser enligt APA-systemet: Guide för Röda Korsets Högskola och Södertörns Högskola. Hämtad den 15 januari 2026 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

Travelbee, J. (1971). *Interpersonal aspects of nursing*. (2 uppl.) Davis Company, Philadelphia.

World Health Organization. (2022). *Intimate Partner Violence*. Hämtad 5 november 2025 från https://apps.who.int/violence-info/intimate-partner-violence/

BILAGOR

Bilaga I. Sökmatris CINAHL

Databas, datum, sökning	Sökord	Begränsningar	Antal träffar	Antal lästa titlar	Antal lästa abstract	Antal lästa artiklar	Antal valda artiklar	Artikel #
CINAHL 6/11-2025 S1	Violence OR Domestic Violence	Inga	79 245	0	0	0	0	.
CINAHL 6/11-2025 S2	Healthcare professionals OR Healthcare workers OR Healthcare providers OR Nurse	Inga	724 778	0	0	0	0	.
CINAHL 6/11-2025 S3	Women OR Woman	Inga	557 829	0	0	0	0	.
CINAHL 6/11-2025 S 4	Encounter OR Meeting OR Experience	Inga	630 333	0	0	0	0	.
CINAHL 6/11-2025 S5	S1 AND S2 AND S3 AND S4	- Tillgänglig abstract - Peer Reviewed - Kvinnor - Publicerad mellan 2020-2025 - Engelskaskrivna	190	190*	32**	11***	#5	#1 #2 #3 #4 #5

* 158 artiklar exkluderades efter titelgranskning eftersom de saknade tydlig relevans för studiens syfte, exempelvis de behandlade andra former av våld eller fokuserade på män, barn.

** 21 artiklar exkluderades efter abstractgranskning eftersom de inte var originalartiklar, exempelvis litteraturöversikter, eller saknade fokus på kvinnors egna upplevelser av vårdmötet, vilket var centralt i studiens syfte.

*** 6 artiklar exkluderades efter fulltextgranskning eftersom de inte uppfyllde inklusionskriterierna. Dessa studier berörde exempelvis våldsutsatthet i sammanhang som inte rörde hälso- och sjukvården, saknade kvalitativa data eller fokus på våldsutsatta kvinnors erfarenheter av vårdmötet.

Bilaga II. Sökmatris PubMed

Databas, datum, sökning	Sökord	Begränsningar	Antal träffar	Antal lästa titlar	Antal lästa abstract	Antal lästa artiklar	Antal valda artiklar	Artikel #
PubMed 1/12-2025 S1	Violence OR Domestic Violence	Inga	160 354	0	0	0	0	.
PubMed 1/12 S2	Healthcare professionals OR Healthcare workers OR Healthcare providers OR Nurse	Inga	1 251 467	0	0	0	0	.
PubMed 1/12-2025 S3	Women OR Woman	Inga	1 908 033	0	0	0	0	.
PubMed 1/12-2025 S4	Encounter OR Meeting OR Experience	Inga	1 664 384	0	0	0	0	.
PubMed 1/12-2025 S5	S1 AND S2 AND S3 AND S4	-Tillgänglig abstract -Kvinnor -Publicerad mellan 2020-2025 -Engelskaskrivna	522	522*	54**	14***	#5	#6 #7 #8 #9 #10

* 468 artiklar exkluderades efter titelgranskning eftersom de inte hade någon tydlig koppling till studiens syfte. Dessa artiklar behandlade exempelvis våld i mer generella sammanhang, fokuserade på annat än våldsutsatta kvinnor, eller handlade om åtgärder och effekter som inte berörde kvinnors erfarenhet av vårdmötet.
** 40 artiklar exkluderades efter abstractgranskning eftersom de inte var originalartiklar, såsom litteraturöversikter. Utöver detta saknade flera av dem fokus på kvinnors subjektiva upplevelser, vilket var avgörande för att kunna besvara studiens syfte.

*** 9 artiklar artiklar exkluderades efter fulltextgranskning eftersom de inte uppfyllde inklusionskriterierna. Dessa studier behandlade exempelvis andra grupper än våldsutsatta kvinnor, hade en annan huvudfokus än erfarenheter av vårdmötet eller bedömdes inte hålla vetenskaplig kvalitet.

BILAGA III. Artikelmatris

Författare, land och år	Titel	Syfte	Metod	Resultat	Kvalitet
Aguillard et al USA 2022 # 4	"They Didn't Ask." Rural Women With Disabilities and Experiences of Violence Describe Interactions With the Healthcare system.	Beskriva våldsutsatta kvinnors interaktioner med vårdgivare under och efter utsatthet av våld.	**Design:** Kvalitativ. **Urval:** 33 kvinnor med funktionsnedsättningar **Datainsamling:** Semistrukturerade djupintervjuer. **Analys:** Tematisk analys.	Tre teman framkom: Övergripande upplevelser, förlorade möjligheter att identifiera våld, stödjande vård.	Hög kvalitet
Fitts & Soldatic Australien 2024 #6	Temporalities of emergency: the experiences of Indigenous women with traumatic brain injury from violence waiting for healthcare and service support in Australia.	Förstå Aborginska kvinnors erfarenheter av vårdpersonalens bemötande efter överlevt sexuellt övergrepp.	**Design:** Kvalitativ. **Urval:** 12 kvinnor med erfarenhet av traumatisk hjärnskada efter våld i nära relation. **Datainsamling:** Semistrukturerade intervjuer. **Analys:** Tematisk analys.	Tre teman framkom: Lång väntan på vård, motstånd mot väntan, undvikande av framtida vård.	Hög kvalitet
Hollingdrake et al. Australien 2022 #5	Qualitative study of the perspectives of women with lived experience of domestic and family violence on accessing healthcare	Att undersöka våldsutsatta ursprungskvinnors allvarliga utmaningar de stöter inom akutsjukvård efter våldsutsatthet.	**Design:** Kvalitativ. **Urval:** 12 kvinnor mellan 30 och 50 år gamla med erfarenhet av våld i nära relation. **Datainsamling:** Djupintervjuer och par intervjuer. **Analys:** Tematisk analys.	Tre teman framkom: Första kontakten, omfattning av tjänster, medvetenhet om våld i hemmet.	Hög kvalitet

Mirlashari et al. **Kanada 2022** **#2**	The Experiences of Women and Healthcare Providers in Assessing the History of Gender-Based Violence During Perinatal Care	Att utforska attityder och erfarenheter hos kvinnor som blivit utsatta för våld och söker vård.	**Design:** Kvalitativ. **Urval:** 12 kvinnor som tidigare blivit utsatta för könsbaserat våld. **Datainsamling:** Semistrukturerade djupgåendeintervjuer. **Analys:** Tematisk analys.	Tre teman framkom: Hinder att berätta, vårdgivare tvekar att fråga om våldsutsatthet, hur man frågor om våld på ett kulturellt säkert sätt.	Hög kvalitet.
Bayla & Ostrach. **USA** **2021** **#8**	I'll tell you what's important to me…": lessons for women's health screening	Utforska afroamerikanska kvinnors upplevelser med vårdpersonal efter upplevelser av våld i nära relation.	**Design:** Kvalitativ. **Urval:** Fyra Afroamerikanska kvinnor och sju vårdpersonal. **Datainsamling:** Semistrukturerade intervjuer. **Analys:** Tematisk analys.	Tre teman framkom: Förtroende och tid vid screening för VNR, viktscreening och inverkan på förtroende, historisk och samhällelig misstro mot sjukvården.	Hög kvalitet
Page et al. **USA 2021** **#3**	"Now My Eyes are Open": Latina women´s experiences in long term support groups for intimate partner violence survivors.	Att undersöka latinamerikanska kvinnors upplevelser med sjuksköterskeledda stödgrupper för överlevande av våld i nära relation.	**Design:** Kvalitativ. **Urval:** 49 latinamerikanska kvinnor mellan ålder 26 och 73. **Datainsamling:** Semistrukturerade djupgåendeintervjuer. **Analys:** Tematisk analys.	Fem teman framkom: Uppvaknande, förvandling, gemenskap, stärkande, förespråkare.	Hög kvalitet

Poreddi et al. India. 2021 #9	'Unheard voices': Perceptions of women with mental illness on nurses screening routinely for domestic violence: A qualitative analysis	Att undersöka våldsupplevelserna hos kvinnor med psykisk ohälsa samt deras synpunkter på rutinmässig screening av sjuksköterskor för våld i hemmet.	**Design:** Kvalitativ. **Urval:** 20 asymtomatiska kvinnor med psykisk ohälsa. **Datainsamling:** Semistrukturerade intervjuer. **Analys:** Tematisk analys.	Fem teman framkom: Förståelse av våldets tecken, kränkande upplevelser, upplevelser av att avslöja våld, hinder för att avslöja övergrepp, åsikter om rutinmässig screening.	Hög kvalitet
Ruiz et al. USA 2023 #1	Experiences of dehumanizing: Examining secondary victimization within the nurse-patient relationship among African American women survivors of sexual assault in the Upper Midwest	Att undersöka afroamerikanska kvinnors erfarenheter av sjuksköterskans bemötande efter överlevt sexuellt övergrepp.	**Design:** Kvalitativ. **Urval:** 18 år eller äldre, 30 afroamerikanska kvinnor, besökt akutsjukvårdmiljö, erhållit diskussion med sjuksköterska. **Datainsamling:** Semistrukturerade intervjuer. **Analys:** Tematisk analys.	Fyra teman framkom: Diskreditering, avfärdande, skambeläggning, skuldbeläggning.	Hög kvalitet
Silva et al. Sri Lanka 2022 #7	Barriers to help-seeking from healthcare professionals amongst women who experience domestic violence - a qualitative study in Sri Lanka	Att undersöka varför våldsutsatta kvinnor i Sri Lanka inte väljer att söka hjälp inom hälso- och sjukvården.	**Design:** Kvalitativ. **Urval:** 20 kvinnor mellan 21 och 52 år. **Datainsamling:** Djupintervjuer. **Analys:** Tematisk analys.	Fyra teman framkom: Hinder för överlevandenivå, hinder för vård, hinder relaterad till gärningsmannen, samhälleliga och kulturella hinder.	Hög kvalitet

McGarry & Hinsliff-Smith, Storbritanien, 2021 #10	Silent Voices: Exploring Narratives of Women's Experiences of Health Care Professional Responses to Domestic Violence and Abuse	Att utforska kvinnors bemötanden inom vården med erfarenhet av överlevt våld i nära relationer	**Design:** Kvalitativ narrativ studie. **Urval:** 6 kvinnor med erfarenhet av våld i nära relation **Datainsamling:** Fokusgrupp och samtida fältanteckningar. **Analys:** Tematisk analys.	Fem teman framkom: Känslor av skuld, slösad tid av att inte lyda professionellas råd, svårigheter att berätta, hinder att lämna, gott stöd av vården.	Hög kvalitet

BILAGA IV. SBU:s bedömningsmall för bedömning av studier med kvalitativ metod

Bedömning av studier med kvalitativ metodik

UPPDATERAD 2022-05-11

Författare: _____ År: _____

Granskare: _____

Sammanvägd bedömning av metodologiska brister:
Obetydliga eller mindre ❑ Måttliga ❑
Stora brister, studien ingår inte i syntesen ❑

Kommentarer:

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

Vilken teori eller filosofisk hållning utgick författarna från?

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

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:

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:

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

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