



KANDIDATUPPSATS

Catch me when I fall

**Experiences of meeting with health care of women
subjected to intimate partner violence**

**Emmelie Bengtsson
Elina Hallström**

Nursing Programme, 180 credits
Nursing Thesis, 15 credits (61-90)
Autumn 2013

School of Social and Health Sciences
P.O. 823
S- 301 18 Halmstad

Titel	Ta emot mig när jag faller – partnervåldsutsatta kvinnors erfarenheter av mötet med hälso- och sjukvården
Författare	Emmelie Bengtsson och Elina Hallström
Sektion	Sektionen för Hälsa och samhälle
Handledare	Jörgen Öijervall, Universitetsadjunkt, Fil. Mag
Examinator	Maria Nyholm, Universitetslektor
Tid	Höstterminen 2013
Sidantal	19 sidor
Nyckelord	Bemötande, erfarenheter, kvinnor, omvårdnad, partnerrelaterat våld
Sammanfattning	<p>Partnerrelaterat våld är ett stort folkhälsoproblem, både globalt och inom Sverige, som främst drabbar kvinnor i olikkönade förhållanden. Med partnerrelaterat våld menas fysiskt, psykiskt och sexuellt våld av en nuvarande eller tidigare partner. Våldet innebär fysiskt såväl som psykiskt lidande för den utsatta kvinnan och varje år beräknas 17 kvinnor i Sverige avlida till följd av partnerrelaterat våld. Hälso- och sjukvården är den instans som utsatta kvinnor i första hand väljer att kontakta. Syftet med studien var att belysa hur kvinnor utsatta för partnerrelaterat våld erfar mötet med hälso- och sjukvården. Studien är genomförd som en litteraturstudie och baseras på 15 vetenskapliga artiklar. Ur artiklarnas resultat urskiljdes fyra huvudteman. Resultatet i litteraturstudien visar att en god mellanmänsklig relation är av stor betydelse för att kvinnan ska avslöja sin situation. Många kvinnor har dock negativa erfarenheter av mötet med hälso- och sjukvården. Upplevelser av att bli tillfrågad, bli bemött med respekt och förståelse, samt få relevant information förekom sällan men efterfrågades starkt. Att öka kunskaperna hos hälso- och sjukvårdspersonal genom utbildning är av stor vikt. Vidare forskning bör, förutom att se till kvinnors upplevelser, också fokusera på erfarenheter hos män i olikkönade förhållanden samt män och kvinnor i samkönade relationer.</p>

Title	Catch me when I fall – experiences of meeting with health care of women subjected to intimate partner violence
Author	Emmelie Bengtsson and Elina Hallström
Department	School of Social and Health Sciences
Supervisor	Jörgen Öijervall, Lecturer, M.Sc.
Examiner	Maria Nyholm, Senior Lecturer
Period	Autumn 2013
Pages	19 pages
Key words	Domestic violence, experiences, intimate partner violence, nursing, treatment, women
Abstract	<p>Intimate partner violence is a major public health problem, both globally and in Sweden, which mainly affects women in different-sex relationships. Intimate partner violence refers to physical, psychological or sexual violence by a current or former partner. The violence involves both physical and mental suffering of the abused woman and it is estimated that 17 women in Sweden dies as a result of partner violence each year. The health care system is the instance that female victims primarily choose to contact. The aim of the study was to highlight how women exposed to intimate partner violence experience meeting with health care. The study was conducted as a literature study, based on 15 scientific articles. Four major themes were identified from the results of the articles. The result of the literature study shows that a good interpersonal relationship is very important for the woman to reveal her situation. Many women have negative experiences of meeting with health care. Experiences of being asked, being treated with respect and understanding, as well as obtaining relevant information rarely occurred but were strongly requested. Enhancing the ability of health care professionals through education is of great importance. Further research should, in addition to women's experiences, also focus on the experiences of men in different-sex relationships and men and women in same-sex relationships.</p>

Innehållsförteckning

INLEDNING	1
BAKGRUND	1
Partnerrelaterat våld.....	1
Samhällets syn på partnerrelaterat våld.....	2
Förekomst och orsaker	2
Att vara utsatt för partnerrelaterat våld.....	3
Hälsa- och sjukvårdens ansvar	4
Sjuksköterskans roll.....	4
PROBLEMFORMULERING	5
SYFTE.....	5
METOD	6
Datainsamling	6
Databearbetning.....	7
RESULTAT	8
Rädslor inför att avslöja.....	8
Vikten av ett gott mellanmänniskt möte.....	8
Behovet av att bli tillfrågad	9
Behovet av stöd efter avslöjandet	10
DISKUSSION	12
Metoddiskussion.....	12
Resultatdiskussion.....	14
KONKLUSION OCH IMPLIKATION.....	18
REFERENSER	

BILAGOR

Bilaga A

Bilaga B1-3

Bilaga C1-8

Bilaga D

Tabell 1. Sökordsöversikt

Tabell 2. Sökhistorik

Tabell 3. Artikelöversikt/ forskning med kvalitativ metod

Tabell 4. Artikelöversikt/ forskning med kvalitativ och kvantitativ metod

Inledning

Våld i partnerrelationer är ett globalt folkhälsoproblem som främst drabbar kvinnor oberoende av religion, kultur och socioekonomisk status (World Health Organization [WHO], 2012). Partnerrelaterat våld inkluderar fysiskt, psykiskt och sexuellt våld av en nuvarande eller tidigare partner och är en av de mest förekommande formerna av våld mot kvinnor (Tjaden & Thoennes, 1998 & WHO, 2013). Av alla kvinnor världen över som någon gång varit i ett förhållande, har nästan en tredjedel upplevt våld i en partnerrelation (WHO, 2013). Enligt Västra Götalandsregionen, Göteborgs Stad och Länsstyrelsen i Västra Götaland (u.å) gäller liknande siffror i Sverige, där det uppskattas att var tredje kvinna någon gång har utsatts för våld eller hot om våld i en partnerrelation.

Partnerrelaterat våld orsakar lidande och har både fysisk och psykisk inverkan på kvinnors hälsa (Socialstyrelsen, 2006). I Sverige beräknas 17 kvinnor avlida till följd av partnerrelaterat våld varje år (Centrum för folkhälsa, 2007 & Socialstyrelsen, 2006). Att vara utsatt för våld i en partnerrelation bidrar totalt sett till mer ohälsa än andra riskfaktorer, så som fetma, hypertoni och rökning (Victorian Health Promotion Foundation, 2004). Trots detta, beskriver flera forskare att kvinnor som blivit utsatta för partnerrelaterat våld kan uppleva hinder i att söka hjälp (Beaulaurier, Seff & Newman, 2008; Petersen, Moracco, Goldstein & Andersen Clark, 2004 & Ting & Panchanadeswaran, 2009). Att arbeta inom hälso- och sjukvården innebär dagliga möten med patienter vars hälsoproblem skulle kunna bero på partnerrelaterat våld (Robinson & Spilsbury, 2008). Det är därför angeläget att sjukvårdspersonal har goda kunskaper i att identifiera och känna igen indikationer på våld i partnerrelationer hos patienter de möter (Coker, 2006; Robinson & Spilsbury, 2008 & Socialstyrelsen, 2005). För att på bästa sätt bemöta kvinnor utsatta för partnerrelaterat våld är det av stor vikt att belysa den utsatta kvinnans erfarenheter av mötet med hälso- och sjukvården.

Bakgrund

Partnerrelaterat våld

Våld i partnerrelationer är ett stort samhällsproblem som alltid innebär en kränkning av den utsatta individens mänskliga rättigheter (Förenta nationerna [FN], 2008 & Socialstyrelsen, u.å.b). WHO (2012, 2013) definierar våld i partnerrelationer som samtliga handlingar begångna av en nuvarande eller tidigare partner som orsakar fysisk, psykisk eller sexuell skada hos den utsatta. Med fysiskt våld menas till exempel knuffar, slag och sparkar. Sexuellt våld innebär påtvingat samlag och andra former av sexuell tvång. Det psykiska våldet utgörs av exempelvis förolämpningar, förnedring, skrämelse och hot. Partnerrelaterat våld kan även innebära kontrollerande beteenden från utövaren, vilket leder till isolering för den drabbade. Isolering kan för individen bland annat innebära begränsad tillgång till ekonomiska medel, utbildning och sjukvård (ibid.). Mannens våld mot kvinnan i en parrelation beskrivs som en rörlig process (Amnesty International, 2004). Processen leder till att våldet normaliseras, både för den våldsutövande mannen och för den misshandlade kvinnan. Normaliseringsprocessen beskrivs innebära att gränserna för kvinnan successivt suddas ut och att mannens våld med tiden börjar uppfattas som ett normalt inslag i det vardagliga livet. Mannen

motiverar ofta våldet med att det är något fel på kvinnan, vilket många gånger leder till att kvinnan lägger skulden på sig själv och ser sig själv som orsaken till våldet (ibid.).

Våld i partnerrelationer har, utöver allvarliga personliga konsekvenser för den utsatta kvinnan, även samhälls- och hälsoekonomiska effekter (Socialstyrelsen, 2006). Direkta och indirekta kostnader för partnerrelaterat våld beräknas uppgå till ungefär 2 695-3 300 miljoner kronor årligen. I denna beräkning ingår dock inte kostnader för till exempel psykiatrisk vård, tandvård, läkemedel, smärta och lidande då de var svårberäknade.

Samhällets syn på partnerrelaterat våld

Synen på våld mot kvinnor har förändrats under historiens gång (Centrum för folkhälsa, 2007). Ordet kvinnofrid infördes i svensk lagstiftning redan på 1200-talet och medförde ett visst skydd för kvinnor gällande bortgifte samt våldtäkt. Männens kunde trots detta skydd fortfarande på laglig väg åka sin hustru om särskilda skäl fanns. År 1864 blev det straffbart att som man åka sin hustru och först år 1965 blev även våldtäkt inom äktenskap kriminaliserat (ibid.). År 1998 trädde lagen mot grov kvinnofridskränkning i kraft (Polisen, 2013). Lagen innebär att en man som begått brott mot en kvinna, som han har eller har haft en partnerrelation med, kan dömas för grov kvinnofridskränkning (SFS 2013:367). De brottsliga gärningarna kan innefatta upprepad kränkning av personens integritet samt gärningar ägnade åt att allvarligt skada personens självkänsla. Straff för grov kvinnofridskränkning ger fängelse i lägst nio månader och högst sex år (ibid.).

Under 1990-talet ökade anmälningsbenägenheten för partnerrelaterat våld (Brottsförebyggande rådet [BRÅ], 2002). Den ökade anmälningsstatistiken beskrivs bero på att partnerrelaterat våld under 90-talet blev ett allt mer omdiskuterat och uppmärksammat ämne i samhället.

Förekomst och orsaker

Våld i partnerrelationer förekommer både i olikkönade och samkönade parrelationer, med både manliga och kvinnliga förövare (Socialstyrelsen, 2006). Våld i parrelationer drabbar dock kvinnor i större utsträckning än män (Tjaden & Thoennes, 1998 & Walby, 2004) och är dessutom den vanligaste formen av våld mot kvinnor (Tjaden & Thoennes, 1998 & WHO, 2013). Walby (2004) kommer, i likhet med en rapport från BRÅ (2009) och Lövestad och Krantz (2012), fram till att kvinnor utsätts för mer frekvent och grövre våld än män utsatta för partnerrelaterat våld. I Lövestad och Krantz (2012) studie framkommer det att en stor andel av de män som blivit utsatta för partnerrelaterat våld också använt våld mot sin partner. Både Lövestad och Krantz (2012) och WHO (2012) belyser att självförsvar många gånger ligger till grund för kvinnors våld mot män i en partnerrelation.

Den globala förekomsten av partnerrelaterat våld hos samtliga kvinnor som någonsin varit i en partnerrelation är 30 % och i europeiska länder är förekomsten beräknad till 25 % (WHO, 2013). I en rapport från Socialstyrelsen (2006) antas det utifrån befintlig statistik att 75 000 kvinnor i Sverige varje år drabbas av partnerrelaterat våld. Mörkertalet tros dock vara stort (BRÅ, 2009; Polisen, 2013 & Socialstyrelsen, 2006). I Sverige beräknas årligen 17 kvinnor dö till följd av partnerrelaterat våld (Centrum för

folkhälsa, 2007 & Socialstyrelsen, 2006). Även om alla kan drabbas av partnerrelaterat våld (WHO, 2012) finns det särskilt sårbara grupper i samhället (Berglund, 2010 & BRÅ, 2009). Enligt Berglund (2010) är kvinnor med funktionshinder, mental utvecklingsstörning samt kvinnor med missbruksproblematik särskilt utsatta. Även yngre samt ensamstående kvinnor löper större risk att drabbas av partnerrelaterat våld (BRÅ, 2009).

Det finns olika förklaringar till vad som orsakar mäns våld mot kvinnor i en partnerrelation (Amnesty International, 2004). Våldet kan ses som en följd av den könsmaktsordning som genomsyrar samhället och då även partnerrelationen (Amnesty, 2004 & BRÅ, 2009), vilket beskrivs genom följande citat: *"Mäns våld mot kvinnor uppstår inte i ett vakuum utan hämtar näring ur de samhälleliga föreställningar, värderingar och attityder samt uttalade eller outtalade diskriminerade beteenden som leder till kvinnors underordning och mäns överordning i samhället"* (Amnesty, 2004, s. 5). Ojämlika förutsättningar behöver dock inte endast kopplas till kön (Amnesty, 2004 & BRÅ, 2009). Ur ett individorienterat perspektiv förklaras våldet utifrån både offrets och förövarens uppväxtvillkor och livsomständigheter oberoende av könstillhörighet. Ekonomiska och sociala missförhållanden samt missbruk av alkohol och droger är exempel på omständigheter som ur ett individorienterat perspektiv anses kunna orsaka partnervåld.

Att vara utsatt för partnerrelaterat våld

Att vara utsatt för partnerrelaterat våld innebär mycket lidande för den utsatta kvinnan (Socialstyrelsen, u.å.a). Fysiska konsekvenser av partnerrelaterat våld kan till exempel vara blåmärken, frakturer och syn- och hörselskador (WHO, 2012). Psykiska följder av våld i partnerrelationer kan vara suicidtankar- och försök, ångest, depression och posttraumatiskt stressyndrom (PTSD) (Socialstyrelsen, 2006 & WHO, 2012). Partnerrelaterat våld har en stor negativ inverkan på individens självkänsla (Olive, 2007) och väcker ofta känslor av skam och skuld hos den utsatta kvinnan (Stewart, MacMillan och Wathen, 2012). Kvinnors sexuella hälsa kan också påverkas negativt av partnerrelaterat våld, bland annat i form av sexuellt överförbara sjukdomar och oönskade graviditeter (ibid.). Kvinnor som utsatts för våld i hemmet har en signifikant förhöjd sjuklighet mätt i antalet kontakter med sjukvården (BRÅ, 2009). Enligt Stewart et al. (2012) söker de flesta som blivit utsatta för partnerrelaterat våld vård för diffusa symptom och för kroniska somatiska besvär, så som kronisk smärta, snarare än för uppenbara skador orsakade av fysiskt trauma. Det förekommer ofta hinder i att söka hjälp från olika samhällsinstanser för problem relaterade till partnervåld (Beaulaurier et al., 2008; BRÅ, 2009; Petersen et al., 2004 & Ting & Panchanadeswaran, 2009). Hindren kan bestå av rädsla för sin partner, skam över situationen eller tron på att våldet är ens eget fel (Beaulaurier et al., 2008 & Ting & Panchanadeswaran, 2009). Även uppfattningen om att våld inte är något som bör avslöjas, tron på att våld är något normalt förekommande i en intim relation samt dåligt självförtroende kan bidra till att kvinnan väljer att avstå från att söka hjälp (Petersen et al., 2004). Det är vanligt att relationer som präglas av våld växlar mellan episoder med och utan våld där förövaren i perioder blir ångerfylld, vilket kan göra situationen ännu mer komplex för den utsatta kvinnan (ibid.).

Hälso- och sjukvårdens ansvar

Målet med hälso- och sjukvården är enligt hälso- och sjukvårdslagen [HSL] (SFS 1982:763) att ge vård på lika villkor samt bidra till god hälsa för hela befolkningen. Enligt patientsäkerhetslagen (SFS 2010:659) innefattar hälso- och sjukvårdspersonal all personal som är verksam vid sjukhus eller andra vårdinrättningar samt medverkar i vården av patienter. Enligt Lundgren, Heimer, Westerstrand och Kalliokoski, (2001) är hälso- och sjukvården den instans som partnervåldsutsatta kvinnor vanligen i första hand väljer att vända sig till för att få hjälp. Det är således hälso- och sjukvårdspersonal som i många fall är de första professionella att möta partnervåldsutsatta kvinnor. Hälso- och sjukvårdspersonal har därmed en nyckelposition vad gäller identifiering och ingripande i mötet med kvinnor som är eller misstänks vara utsatta för partnerrelaterat våld (Coker, 2006; Husso, Virkki, Notko, Holma, Laitila & Mäntysaari, 2012; Robinson & Spilsbury, 2008 & Socialstyrelsen, 2005). Hälso- och sjukvårdspersonal kan, i de fall då påföljden för det brott kvinnan utsatts för är minst ett års fängelse, göra en polisanmälan utan att begå brott mot offentlighets- och sekretesslagen (Sundborg, 2006). Någon skyldighet att anmäla föreligger dock inte, och det bästa för kvinnan anses vara om hon förmår att göra en polisanmälan själv.

Sjuksköterskans roll

Sjuksköterskan ska enligt Socialstyrelsens kompetensbeskrivning för legitimerad sjuksköterska (2005) kunna kommunicera med patienter på ett lyhört, empatiskt och respektfullt sätt. Sjuksköterskan ska dessutom ha förmåga att uppmärksamma, bemöta och lindra patientens lidande genom lämpliga åtgärder (ibid.). Svensk sjuksköterskeförening (2010) beskriver lidande som något individuellt och kopplat till den enskildas upplevelse av sin situation samt vilken innebörd individen tillskriver en viss händelse. Genom att sjuksköterskan är tillgänglig, närvarande samt bekräftar patientens lidande, kan lidandet lindras och patienten få en ny förståelse för sin situation. Travelbee (1971) beskriver i sin omvårdnadsteori olika steg för hur sjuksköterskan bör identifiera och bemöta patientens omvårdnadsbehov. Det första sjuksköterskan måste göra är att vara observant för att förvissa sig om huruvida en person har ett omvårdnadsbehov, då patienter ofta har svårigheter att själva förmedla dessa. Sjuksköterskan kan alltså inte alltid lita på att patienten själv informerar om sina behov, utan kan ibland behöva observera den sjuka personen systematiskt. Sjuksköterskan måste veta vad som ska observeras, hur det ska observeras samt kunna bedöma innehållet i det som observerats. När sjuksköterskan dragit slutsatser om vilka behov patienten har måste slutsatserna valideras, vilket sker genom att sjuksköterskan diskuterar dem tillsammans med patienten. När patientens behov är klargjorda måste sjuksköterskan bestämma om hon eller han kan eller borde tillgodose patienten dessa, eller om det finns någon annan mer lämplig för uppgiften. Anser sjuksköterskan sig kunna bistå patienten, planeras lämpliga omvårdnadsåtgärder. Slutligen bör sjuksköterskan kontrollera till vilken grad patientens behov har blivit tillgodosedda (ibid.).

Enligt Saiki och Lobo (2011) spelar sjuksköterskan en betydande roll då patienten ska avslöja information. Sjuksköterskans roll i förhållande till patienten och ett eventuellt avslöjande beskrivs vara: att ställa frågor, skapa en atmosfär av trygghet och tillit, vara medveten om hur känsligt ett avslöjande kan vara och förstå att mod kan krävas för att våga avslöja samt att på något sätt agera utifrån det patienten avslöjat. Saiki och Lobo (2011) menar vidare att sjuksköterskan antingen kan hindra eller underlätta patientens

avslöjande genom sitt bemötande. Patienter beskrivs ofta uppleva rädsla över att bli avvisad samt negativt dömd av vårdgivaren relaterat till avslöjande. Osäkerheten över hur mottagaren ska reagera på informationen framkallar många gånger ångest hos patienten, vilket ställer krav på sjuksköterskan som mottagare (ibid.).

Enligt ICN:s etiska kod för sjuksköterskor har sjuksköterskan fyra grundläggande ansvarsområden. Till dessa ansvarsområden räknas att främja hälsa, att förebygga sjukdom, att återställa hälsa samt att lindra lidande (Svensk sjuksköterskeförening, 2007). Sjuksköterskans uppgift är att dessutom att leda patienten in i framtiden genom att hjälpa honom eller henne att växa, uthärda och överleva, vilket kräver tillit till vårdaren (Svensk sjuksköterskeförening, 2010). Tillit beskrivs som ett villkor för att patienten ska kunna anförtro och öppna sig. Tillit växer fram då sjuksköterskan visar engagemang, förtroende, pålitlighet samt öppenhet och kan ge patienten en känsla av hopp och mening i svåra livssituationer. Vidare menar Svensk sjuksköterskeförening (2010) att det är i det mellanmännsliga mötet mellan patient och sjuksköterska som verkligheten förstås. Enligt Travelbee (1971) är det genom mellanmännsliga relationer i omvårdnaden som syftet med omvårdnad uppnås. Syftet beskrivs vara att hjälpa individen att förebygga eller hantera upplevelsen av sjukdom och lidande, samt att hjälpa honom eller henne att finna mening i sin livssituation. Karaktäristiska drag för mellanmännsliga relationer är att både sjuksköterska och patient uppfattar och relaterar till varandra som unika människor, snarare än som stereotypa sjuksköterskor och stereotypa patienter (ibid.). Även om sjuksköterska och patient ser varandra som unika individer är det av stor vikt att sjuksköterskan är medveten om och reflekterar över den maktposition hon eller han besitter i relation till patienten (Svensk sjuksköterskeförening, 2010). Sjuksköterskan har i och med sin maktposition inflytande både över omvårdnaden och över hur patienten förstår och ser på sig själv och den situation han eller hon befinner sig i.

Problemformulering

Mannens våld mot kvinnan i en partnerrelation orsakar både fysiskt och psykiskt lidande samt leder till stora hälsoekonomiska kostnader. Hälso- och sjukvården är den instans som kvinnor utsatta för partnerrelaterat våld i första hand väljer att kontakta. Symtomen är dock ofta diffusa och inte alltid direkt kopplade till det fysiska våldet. Det är inte sällan svårt för kvinnor att själva föra det bakomliggande problemet om våld i partnerrelationen på tal. Sjuksköterskan har således en viktig uppgift i att identifiera och ingripa vid misstanke om utsatthet för våld. Det finns lagar och riktlinjer för sjuksköterskan att följa i mötet med den partnervåldsutsatta kvinnan, men frågan är hur vården faktiskt bedrivs och uppfattas. För att få ytterligare förståelse för vad god omvårdnad och ett gott bemötande är, är det av stor vikt att genom denna litteraturstudie belysa partnervåldsutsatta kvinnors erfarenheter av mötet med hälso- och sjukvården.

Syfte

Syftet med studien var att belysa hur kvinnor utsatta för partnerrelaterat våld erfar mötet med hälso- och sjukvården.

Metod

Studien är, i enlighet med Fribergs (2006) modell för litteraturöversikter, genomförd i form av en litteraturstudie. Genom en litteraturstudie erhålls en översikt över befintligt kunskapsläge samt djupare förståelse inom ett visst område. Högskolan i Halmstads riktlinjer för skriftliga uppgifter och vetenskapliga arbeten inom omvårdnad (2013) ligger till grund för studiens upplägg och layout.

Datainsamling

För att få en bild av vad som var skrivet om partnerrelaterat våld gjordes en inledande osystematisk litteratursökning (Östlundh, 2006). Därefter genomfördes en systematisk litteratursökning för att skapa struktur och finna material relaterat till syftet. Vid både den osystematiska och den systematiska litteratursökningen användes databaserna Cinahl, PubMed och SweMed+. De använda databaserna är enligt Forsberg och Wengström (2008) lämpliga databaser för att finna omvårdnadsforskning med vetenskaplig grund. Då sökningarna i SweMed+ inte gav några relevanta resultat i förhållande till syftet, redovisas inte dessa. Sökorden bestämdes, med relevans för problemformulering och syfte, först på svenska: partnerrelaterat våld, erfarenheter, hälso- och sjukvård, omvårdnad, uppfattning, vårdgivare, misshandlade kvinnor samt bemötande. Efter det översattes sökorden till de engelska motsvarigheterna: *Intimate partner violence/domestic violence, experiences, health care/healthcare, nursing, perception, health care providers, battered women* och *treatment*. Sökordet *help seeking* valdes först ut på engelska då det var ett återkommande ord i flera funna artiklars rubriker vid den osystematiska litteratursökningen. Ordets motsvarighet på svenska blev söka hjälp.

Boolesk sökteknik med operatörer användes för att påvisa sökordens samband med varandra (Östlundh, 2006). Operatörerna som användes i sökningarna var AND, OR och NOT. De flesta sökningarna gjordes med fritext för att på så vis inte gå miste om eventuellt relevanta sökresultat. För att säkerställa att adekvat forskning inom det valda ämnet framkommit i fritextsökningarna gjordes dessutom en sökning med Cinahl Headings i Cinahl samt en med MeSH-termer i PubMed. Genom sökningen med Cinahl Headings uteblev många av de artiklar som tidigare återfunnits genom fritextsökning. Sökningen gav dock ytterligare en artikel av relevans, vilket gjorde att även denna sökning redovisades i sökhistoriken. I bilaga A återfinns valda sökord och sökhistoriken redovisas i bilaga B1-3. Sökningar som inte gav några relevanta resultat till urval 1 redovisas inte i sökhistoriken. Många artiklar återkom i flera av sökningarna, dock valdes att endast redovisa dem där de återfanns första gången. Dubletter redovisas alltså inte.

De första sökningarna genomfördes i databasen Cinahl. Både breda och mer specificerade sökningar där flera sökord integrerades med varandra gjordes. Då artiklar ofta återkom vid de mindre och mer specifika sökningarna beslutades att endast göra övergripande sökningar i databasen PubMed.

För att specificera och anpassa sökresultaten till litteraturstudiens problemformulering och syfte bestämdes inklusions- och exklusionskriterier (Friberg, 2006). Inklusionskriterierna var att artiklarna skulle handla om kvinnor i olikkönade relationers

erfarenheter av mötet med vården i samband med partnerrelaterat våld. Andra inklusionskriterier var att kvinnorna skulle vara över 18 år och att artiklarna skulle bygga på en vetenskaplig grund, vara skrivna på engelska samt ha publicerats mellan åren 2003-2013. Forskning från de senaste 10 åren bedömdes vara relevant då upplevelser bedömdes ha ett egenvärde i sig. Det ansågs intressant att genomföra studien under en längre, men ändå närliggande, period och därmed uppskattades 10 år vara en lämplig årsperiod utifrån syftet. Exklusionskriterierna innefattade män utsatta för partnervåld, våld i samkönade relationer, barn och artiklar skrivna utifrån ett sjuksköterskeperspektiv.

För att exkludera artiklar som handlar om barns upplevelser av partnervåld, då det inte var av relevans för litteraturstudiens syfte, genomfördes sökningar med operatorn NOT i kombination med *children* (sve. barn). För att begränsa sökningen ytterligare i databasen PubMed användes ordet *child* med trunkering, vilket enligt Östlundh (2006) innebär att samtliga böjningsformer av ordet involverades.

Titlar där det tydligt framkom att artikelns perspektiv inte överensstämde med litteraturstudiens syfte valdes direkt bort och abstrakten lästes därmed inte. Till urval 1 valdes totalt 35 artiklar ut, vars abstrakt tycktes spegla studiens syfte. De artiklar som inte återfanns i fulltext online beställdes via biblioteket på Campus Varberg. Artiklarna lästes sedan igenom tillsammans och efter detta exkluderades 20 artiklar då de inte överensstämde med studiens syfte. Totalt valdes 15 artiklar ut till urval 2. 14 av artiklarna utgick från en kvalitativ metod och en artikel från både kvalitativ och kvantitativ metod. Enskild granskning av artiklarnas vetenskapliga grad enligt bedömningsmall för studier med kvantitativ respektive kvalitativ metod (Olsson & Sörensen, 2011) genomfördes för att sedan gemensamt diskutera resultaten. Artikeln med både kvalitativ och kvantitativ metod granskades med både bedömningsmall för kvalitativ- och bedömningsmall för kvantitativ metod. Det fanns tre möjliga vetenskapliga grader, där grad I stod för den högsta vetenskapliga graden. 14 artiklar bedömdes vara av grad I och en av grad II. Artikeln som bedömdes vara av grad II valdes, trots lägre vetenskaplig grad, att inkluderas till urval 2 då den ansågs vara relevant för studiens syfte.

Databearbetning

I enlighet med Fribergs (2006) rekommendationer lästes de 15 artiklarna från urval 2 igenom enskilt ett flertal gånger för att få en överblick över deras innehåll. Artiklarna diskuterades därefter tillsammans och artiklarnas resultat sammanfattades sedan enskilt på svenska. Resultatsammanfattningarna jämfördes och diskuterades därefter tillsammans till dess att konsensus av artiklarnas innebörd nåtts. Förkortade versioner av sammanfattningarna återfinns i artikelöversikterna i bilaga C1-8 och D1. Artikelöversikterna är uppdelade i två delar på grund av att artiklarna utgick från olika metoder. I den ena delen presenteras studier som genomförts utifrån kvalitativ metod och i den andra delen återfinns studier genomförda utifrån både kvalitativ och kvantitativ metod. Genom denna uppdelning underlättas översikten över vilka olika typer av studier som ingår i litteraturstudiens resultat. När artikelöversikterna var färdigställda lästes artiklarnas resultat igenom ytterligare en gång. I enlighet med Fribergs (2006) modell urskildes likheter och skillnader mellan artiklarnas resultat. Urskiljningen skedde med hjälp av färgkoder, vilka underlättade identifiering av teman

till litteraturstudiens resultat. Följande fyra huvudteman framkom: *rädslor inför att avslöja, vikten av ett gott mellanmänniskt möte, behovet av att bli tillfrågad samt behovet av stöd efter avslöjandet.*

Resultat

I resultatet redovisas kvinnor utsatta för partnerrelaterat vålds erfarenheter av att möta hälso- och sjukvården utifrån de fyra huvudteman som framkom under databearbetningen.

Rädslor inför att avslöja

I flera studier framkom det att kvinnor ofta kände rädsla, oro och osäkerhet inför vilka konsekvenser ett avslöjande av partnervåldet skulle kunna medföra (Bacchus, Mezey & Bewley, 2003; Chang, Decker, Moracco, Martin, Petersen & Fraiser, 2003; Kelly, 2006; Lutenbacher, Cohen & Mitzel, 2003 & Peckover, 2003). Kelly (2006) och Bacchus et al. (2003) beskriver att många kvinnor hade en föreställning om att ett avslöjande skulle innebära en känsla av att förlora kontrollen över sitt liv. Vanligt förekommande känslor inför att berätta om utsattheten var rädsla över att förlora vårdsnaden om sina barn, osäkerhet över sina lagliga rättigheter samt oro över hur våldsutövaren skulle reagera om han fick veta att kvinnan hade avslöjat våldet (Chang et al., 2003; Kelly, 2006; Lutenbacher et al., 2003; & Peckover, 2003). I studien av Kelly (2006) uttryckte kvinnor även en rädsla över att få ekonomiska problem till följd av ett eventuellt gripande av våldsutövaren, då det i de flesta fall var mannen i familjen som var inkomsttagare. Rädslan att bli dömd av vårdgivaren förekom också hos kvinnorna (Chang et al., 2003). Några kvinnor valde att inte avslöja partnervåldet alls på grund av den rådande samhällsdiskursen där kvinnors erfarenheter av mäns våld skulle minimeras och tystas (Kelly, 2006 & Peckover, 2003). Tron på att partnervåld inte var något att tala om ledde till att kvinnorna upplevde ytterligare isolering och uppgivenhet.

Vikten av ett gott mellanmänniskt möte

Kvalitén på den mellanmänniska relationen spelade enligt kvinnorna en stor roll i huruvida de valde att avslöja sin våldssituation eller inte (Bacchus et al., 2003; Bradbury-Jones, Duncan, Kroll, Moy & Taylor, 2011; Kelly, 2006; Lutz, 2005; Nemoto, Rodriguez & Mkandawire-Valhmu, 2006; Nemoto, Rodriguez & Mkandawire-Valhmu, 2008 & Peckover, 2003). Kvinnorna menade att trygghet och tillit var viktiga och avgörande beståndsdelar i en god relation till vårdgivaren (Bacchus et al., 2003; Bradbury-Jones et al., 2011; Kelly, 2006 & Nemoto et al., 2006). Kvinnor uttryckte en känsla av att det var enklare att tala om sina erfarenheter med kvinnliga vårdgivare, som föreställdes vara mer omhändertagande och förstående i frågan om partnervåld jämfört med manliga vårdgivare (Bacchus et al., 2003; Lutz, 2005 & Nemoto et al., 2008). Att behöva berätta om sin mans våldshandlingar för en annan man upplevdes som svårt och obekvämt (Bacchus et al., 2003). Trots en god relation till vårdgivaren kunde det dock dröja innan kvinnan valde att berätta om sin situation (Peckover, 2003). Kvinnor hade ett stort behov av att bli sedda som unika och värdefulla människor (Kelly, 2006 & Nemoto et al., 2008). Flera kvinnor upplevde dock att de snarare blev behandlade som nummer eller delar på ett rullande band och därmed bemötta på ett kyligt och

respektlöst sätt (Kelly, 2006 & Reisenhofer & Seibold, 2012). Att bli känslolokalt behandlad medförde att tilliten till vårdgivaren blev bristfällig och kommunikationen gällande partnervåld negativt påverkad (Kelly, 2006). Empati, respekt och tillräckligt med tid var andra faktorer som kvinnor ansåg vara avgörande för en bra kommunikation (Bacchus et al., 2003; Lo Fo Wong, Webster, Mol, Römkens, Hezemans & Lagro-Janssen, 2008; Lutz, 2005; Reisenhofer & Seibold, 2012 & Zink, Jacobson, Regan & Pabst, 2004). Brist på tid gjorde det svårt att avslöja våld (Nemoto et al., 2006). Många kvinnor upplevde att vårdgivare ofta hade bråttom samt att de inte var tillräckligt uppmärksamma på signaler och tecken för partnerrelaterat våld (Lutz, 2005 & Zink et al., 2004). Det var dock inte alltid tiden i minuter som var det viktigaste utan hur tiden faktiskt användes i mötet med kvinnan, vilket kan utläsas i följande citat:

You could be five minutes in a surgery [a health centre or clinic], but those five minutes are enough to make you walk from the surgery to the car park feeling worse... sad, tears, feeling stupid or whatever, or to come out and to be smiling and feel good and prepared to get on with your day. So it does make a big difference how they help you (Bradbury-Jones et al., 2011, s. 38).

Bacchus et al. (2003) jämförde kvinnors erfarenheter av att söka vård relaterat till partnervåld vid olika vårdinstanser. Det framkom att kvinnorna upplevde att distriktssjuksköterskor hade mer tid än vad allmänläkare ansågs ha. Det upplevdes vara lättare att skapa en relation till distriktssjuksköterskor än till allmänläkare då kontakten med distriktssjuksköterskan var mer kontinuerlig. Några kvinnor upplevde allmänläkare som osympatiska och ointresserade av sociala problem som inte var direkt kopplade till fysiska och psykiska åkommor (ibid.). En fysiskt trygg miljö som präglas av öppenhet, stöd och emotioner var ytterligare en dimension som ansågs vara viktig för att kvinnorna skulle berätta om partnerrelaterat våld (Reisenhofer & Seibold, 2012).

Behovet av att bli tillfrågad

Ett genomgående fenomen var att utsatta kvinnor hade en önskan om att bli tillfrågade om partnervåld av sin vårdgivare då de i flesta fall upplevde det svårt att själva föra ämnet på tal (Bacchus et al., 2003; Kelly, 2006; Koziol-McLain, Giddings, Rameka & Fyfe, 2008; Lo Fo Wong et al., 2008; Lutenbacher et al., 2003; Lutz, 2005; Nemoto et al., 2006; Nemoto et al., 2008; Peckover, 2003; Reisenhofer & Seibold, 2012 & Zink et al., 2004). En känsla av skam eller rädsla var exempel på varför kvinnorna upplevde det svårt att själva ta upp diskussionen (Bacchus et al., 2003). Att kvinnan blev tillfrågad kunde leda till att hon avslöjade sin våldssituation, även om det inte var den ursprungliga avsikten med besöket (Lo Fo Wong et al., 2008). En återkommande företeelse var dock att kvinnor inte blev tillfrågade (Joshi, Thomas & Sorensen, 2012; Kelly, 2006; Leppäkoski, Paavilainen & Åstedt-Kurki, 2011; Lutenbacher et al., 2003; Lutz, 2005; Nemoto et al., 2006 & Peckover, 2003)

Enligt Bradbury-Jones (2011) beskrev kvinnor organisatoriska svagheter som påverkade mötet med hälso- och sjukvården negativt. Att behöva återberätta sina upplevelser av partnervåld för flera olika vårdgivare till följd av bristande kommunikation mellan vårdgivarna upplevdes till exempel som något besvärande och störande (Bradbury-Jones et al., 2011 & Chang et al., 2003). Kvinnor kunde uppleva sig bli oengagerade

och likgiltiga då de tröttnat på att berätta om sina problem flera gånger, vilket hade negativ inverkan på relationen till vårdgivaren (ibid.). Att bli tillfrågad på en akutmottagning kunde upplevas som problematiskt då miljön påverkade sekretessen (Bacchus et al., 2003). Att vårdgivaren ställde frågor angående orsakerna till de fysiska skadorna då den våldsutövande partnern var närvarande försvårade avslöjandet för kvinnan. Kvinnorna efterfrågade därför riktlinjer som säger att mötet med skadade kvinnor alltid bör ske i ett enskilt sammanhang, där eventuellt medföljande närstående inte närvarar (ibid.).

I studien av Bacchus et al. (2003) framkom det att kvinnor föredrog och svarade mer sanningsenligt på direkta frågor om partnerrelaterat våld. I motsats till detta visade studien av Zink et al. (2004) att vårdgivare inte nödvändigtvis behövde ställa direkta frågor, utan att det kunde vara fullt tillräckligt med generella frågor om hur kvinnan mår. Många kvinnor beskrev en känsla av att vårdgivarna förstod eller borde ha förstått vad de var utsatta för men trots detta avstod från att diskutera ämnet (Kelly, 2006; Leppäkoski et al., 2011; Lutz, 2005; Peckover, 2003 & Zink et al., 2004). Att kvinnorna inte bli tillfrågad ledde ofta till feldiagnostisering med felbehandling som följd (Joshi et al., 2012). En kvinna beskrev upplevelsen av inte bli sedd och få sin situation erkänd av vårdgivare på följande sätt:

*My mouth was bleeding, my nose was bleeding, my eyes were bruised,
my face was bruised, my ribs were broken... Downstairs was bleeding
because he tore me, so they took swabs... It's as if you've got some kind
of disease, nobody wants to come close to you, nobody wants to catch it.
I haven't got a disease; all I've got is a... husband that's abusive to me*
(Reisenhofer & Seibold, 2012, s.2258)

Att bli tillfrågad eller screenad angående partnerrelaterat våld behövde nödvändigtvis inte betyda att kvinnorna per automatik valde att avslöja våldet direkt (Lutenbach et al., 2003; Lutz, 2005 & Reisenhofer & Seibold, 2012). En anledning till att kvinnorna valde att avstå kunde vara att frågan ställts på ett metodiskt och okänsligt sätt (Lutz, 2005). Det kunde även bero på att kvinnan inte kände sig tillräckligt trygg och bekväm i situationen vid tillfället då frågan ställdes (Bacchus et al., 2003; Lutenbacher et al., 2003 & Lutz, 2005). Flera kvinnor beskrev att de hade samma vårdgivare som sin partner vilket var ytterligare en faktor som gjorde det svårt att avslöja utsattheten (Zink et al., 2004). Det upplevdes dock ändå vara viktigt att bli tillfrågad, då frågan trots allt gav kvinnan en möjlighet att avslöja partnervåldet (Lutenbacher et al., 2003 & Reisenhofer & Seibold, 2012). De kvinnor som från början valt att avstå valde många gånger att avslöja sin utsatthet vid ett senare tillfälle (Lutz, 2005).

Behovet av stöd efter avslöjandet

Lika viktigt som att bli tillfrågad om partnervåld var det att vårdgivaren aktivt lyssnade på kvinnans svar (Kelly, 2006; Koziol-McLain et al., 2008; Lo Fo Wong et al., 2008; Nemoto et al., 2008 & Zink et al., 2004). Att bli lyssnad på kunde ibland upplevas som ett från vårdgivaren tillräckligt och bra svar i sig (Kelly, 2006). De kvinnor som upplevde att vårdgivarna brydde sig om dem, var genuint bekymrade över situationen samt inte hade en dömande attityd kände sig stöttade och mindre skamsna (Bradbury-Jones et al., 2011; Chang et al., 2003; Koziol-McLain et al., 2008; Lo Fo Wong et al.,

2008; Lutz, 2005; Nemoto et al., 2008 & Peckover, 2003). Vårdgivare som visade empati och fick kvinnorna att känna sig som värdefulla och viktiga människor gjorde att kvinnorna upplevde en känsla av lättnad och stärkt självkänsla (Nemoto et al., 2008 & Reisenhofer & Seibold, 2012). Alla kvinnor blev dock inte bemötta på ett lämpligt sätt (Reisenhofer & Seibold, 2012). Kvinnorna upplevde sig generellt få god fysisk vård medan det psykosociala omhändertagandet konsekvent blev förbisett. Upplevelser av bristande stöd och skydd efter att ha avslöjat partnerrelaterat våld var vanligt förekommande (Bacchus et al., 2003; Nemoto et al., 2006 & Peckover, 2003). Att vårdgivare ignorerade och minimerade problemet var andra upplevda erfarenheter, vilket kunde leda till att kvinnan kände att hon inte blev tagen på allvar (Leppäkoski et al., 2011; Lo Fo Wong et al., 2008; Lutenbacher et al., 2003; Lutz, 2005; Nemoto et al., 2006 & Zink et al., 2004).

Flera kvinnor beskrev att vårdgivare var oförstående gällande komplexiteten kring partnerrelaterat våld (Chang et al., 2003 & Lutenbacher et al., 2003). Beslut om att till exempel stanna kvar i våldsrelationen ifrågasattes och oförståelsen resulterade ofta i att kvinnorna kände sig skuldbelagda (Chang et al., 2003; Leppäkoski et al., 2011 & Lutenbacher et al., 2003). I studien av Zink et al. (2004) beskrev kvinnor att vårdgivare hade förklarat att de inte kunde bistå med någon hjälp så länge kvinnan själv inte var villig att lämna sin våldsutövande partner: ”*I did talk to one doctor years ago, and he advised me to leave, and I said I can’t. He said, well then you’ll have to suffer it out.*” (Zink et al., 2004, s. 902). Kvinnor ville bli respekterade för sina val och åsikter samt bli tagna på allvar (Lutz, 2005 & Zink et al., 2004). Reisenhofer och Seibold (2012) belyser att kvinnor vill ha stöd i att fatta beslut relaterade till partnervåld i sin egen takt. De kvinnor som hade upplevelser av att vårdgivaren förstod deras komplexa situation och accepterade de beslut som tagits kände sig hjälpta och stöttade (Lo Fo Wong et al., 2008; Lutz, 2005 & Nemoto et al., 2008).

Det framkom att flera kvinnor blivit förskrivna läkemedel mot exempelvis depression, ångest, smärta och sömnlöshet (Bacchus et al., 2003; Joshi et al., 2012; Leppäkoski et al., 2011; Nemoto et al., 2006; Nemoto et al., 2008 & Reisenhofer & Seibold, 2012). Att bli medicinerad ansågs av många kvinnor inte kunna lösa det ursprungliga problemet, utan beskrevs ge en känsla av att det var kvinnan själv som behövde rättas till snarare än själva situationen (Bacchus et al., 2003; Joshi et al., 2012; Leppäkoski et al., 2011; Reisenhofer & Seibold, 2012). I vissa fall kunde dock medicinering ses som något positivt och underlätta kvinnans situation (Nemoto et al., 2008).

En upplevd önskan om att få olika former av information beskrevs av kvinnor i flera studier (Bacchus et al., 2003; Kelly, 2006; Leppäkoski et al., 2011; Lo Fo Wong et al., 2008; Lutz, 2005; Nemoto et al., 2006; Peckover, 2003 & Zink et al., 2004). Informationen kunde till exempel handla om partnerrelaterat våld, hur en eventuell polisanmälan går till och vad den kan innebära samt information om vilka samhälleliga resurser som finns tillgängliga för kvinnan (Joshi et al., 2012; Lo Fo Wong et al., 2008; Nemoto et al., 2006 & Nemoto et al., 2008). Det visade sig dock att många kvinnor inte upplevt sig få någon information över huvud taget eller att den information de mottagit varit irrelevant (Bacchus et al., 2003; Leppäkoski et al., 2011 & Lutz, 2005). Utebliven eller irrelevant information kunde leda till att kvinnorna upplevde frustration, besvikelse och ilska (Lutz, 2005). Många beskrev en känsla av att vårdgivare kände sig osäkra på hur de skulle hantera problematiken kring partnerrelaterat våld (Lutz, 2005 & Zink et al., 2004). Det framkom att kvinnor inte förväntade sig att vårdgivaren skulle lösa

problemet, utan att de snarare behövde någon som lyssnade till och brydde sig om dem (Kelly, 2006; Lo Fo Wong et al., 2008 & Lutz, 2005). I studien av Nemoto et al. (2008) upplevde kvinnorna det positivt då vårdgivare var flexibla i mötet med dem. Uppföljningssamtal via telefon, hembesök samt övrig anpassning till kvinnans situation upplevdes som något mycket värdefullt (ibid.).

Ett dåligt bemötande efter avslöjande av partnervåld kunde leda till att kvinnorna i framtida möten med hälso- och sjukvården valde att dölja de verkliga orsakerna till uppkomna skador (Reisenhofer & Seibold, 2012). Det skulle mycket till för att kvinnan återigen skulle avslöja skadornas egentliga orsak (ibid.). Ett gott bemötande där utsattheten diskuterades tillsammans med vårdgivaren gav dock insikt i att partnerrelaterat våld är ett problem samt medförde förståelse för att våldet inte var kvinnans eget fel (Bradbury-Jones et al., 2011; Chang et al., 2003; Joshi et al., 2012; Nemoto et al., 2008; Reisenhofer & Seibold, 2012 & Zink et al., 2004). Att vårdgivaren betonade att förtrycket inte var acceptabelt var något som kvinnorna upplevde lindra lidande (Bradbury-Jones et al., 2011 & Lo Fo Wong et al., 2008).

Diskussion

Metoddiskussion

Databaserna som användes för insamling av data var Cinahl, PubMed och SweMed+. Att de valda databaserna användes ses som en styrka då de innehåller stor mängd omvårdnadsforskning med vetenskaplig grund. Artiklarnas vetenskapliga grund resulterar i att kunskapen som utvinns är evidensbaserad. Sökningar gjordes i flera olika databaser vilket ses som en styrka då ett större forskningsområde blivit genomlett även om vissa sökningar inte gav relevant data.

Beslutet att endast göra en stor och övergripande sökning i PubMed grundade sig i att det ur den stora sökningen i PubMed framkom ett stort antal artiklar varav många hade uppkommit ur flera av de mindre sökningarna i Cinahl. Bedömningen blev således att flera och mer specifika sökningar i PubMed inte behövde genomföras. Valet att genomföra många specifika sökningar i Cinahl och färre, men mer övergripande, sökning i PubMed kan dock ses som en svaghet då det inte med säkerhet går att utesluta att fler relevanta sökresultat hade kunnat nås om mer specifika sökningar i PubMed genomförts.

De valda inklusionskriterierna och exklusionskriterierna styrker arbetet då de på ett riktat sätt medför en relevant avgränsning relaterat till syftet. Att enbart artiklar skrivna på engelska söktes kan ses som positivt och styrkande då engelska är det officiella vetenskapliga språket (Segesten, 2006a).

Många relevanta sökord användes vid datainsamlingen vilket minskade risken för att gå miste om relevant forskning. Samtliga sökningar genomfördes med boolesk sök teknik för att på så sätt avgränsa sökningarna så att resultaten motsvarar litteraturstudiens syfte. Begreppet partnerrelaterat våld har två motsvarigheter på engelska som båda används inom forskning: *intimate partner violence* och *domestic violence*. Forskarna i de valda studierna utgår från ett av begreppen även om de belyser samma problematik. Genomförandet av sökningar med båda begreppen ses därför som en styrka. Det

engelska begreppet *domestic violence* kan, förutom partnerrelaterat våld, även syfta till andra former av våld inom familjen. I och med att begreppet kan ha olika betydelser resulterade sökningar med *domestic violence* även i artiklar med annat fokus än mannens våld mot kvinnan i en parrelation. Många sökresultat var därmed irrelevanta, men sökningar med begreppet kunde inte uteslutas då det även resulterade i data med betydelse för litteraturstudiens syfte. Den engelska motsvarigheten till hälso- och sjukvård kan skrivas både som ett sammansatt ord, *healthcare*, eller som två skilda ord, *health care*. För att täcka det som var skrivet om hälso- och sjukvård genomfördes därför sökningar med båda varianterna, vilket kan ses som en styrka. Det visade sig dock att sökningar med *health care* även resulterade i artiklar innehållande det sammansatta ordet. En annan styrka med datainsamlingen är att sökningar genomfördes både med och utan NOT *child*/-ren*. Artiklarna skulle inte handla om barns utsatthet, men samtliga artiklar innehållande ordet barn skulle inte exkluderas.

De flesta sökningarna gjordes med fritext vilket kan ses som en styrka då det gjorde sökningen bred och risken för att gå miste om eventuellt relevanta sökresultat minimerades. En sökning med Cinahl Headings samt en med MeSH-termer genomfördes för att ta reda på vilka artiklar som framkom vid denna snävare sökning.

Sökningarna genomfördes både med fritext samt Cinahl Headings och MeSh-termer vilket kan styrka litteraturstudien då det på så vis kontrollerades att forskningsområdet var täckt. Det kan ses som en svaghet att dubletter inte redovisas i sökhistoriken (bilaga B1-3) då läsaren inte får en tydlig och överskådlig bild över i vilken omfattning artiklarna återkom under artikelsökningarna. Läsaren får dock information om att dubletter förekommit i och med att det redovisas i datainsamlingen.

Bedömning av artiklarnas vetenskapliga grad genomfördes med hjälp av Olsson och Sörensens (2011) bedömningsmall för studier med kvantitativ och kvalitativ metod. 14 av de 15 valda artiklarna bedömdes vara av grad I, vilket styrker litteraturstudien då den således baseras på en god vetenskaplig grund.

Det faktum att resultatartiklarna är genomförda i flera olika länder kan ses som ytterligare en styrka. Sex artiklar kom från USA, tre från Storbritannien, två från Japan, en från Finland, en från Nederländerna, en från Nya Zeeland och en från Australien. Artiklarnas olika ursprung är en styrka då det ger en bred bild över kvinnors erfarenheter världen över. Det kan också ses som en styrka eftersom Sverige är ett mångkulturellt land där sjuksköterskan möter individer från olika delar av världen. Inga relevanta artiklar från Sverige återfanns vilket kan ses som en svaghet då det hade kunnat ge kunskap om hur den svenska sjukvården upplevs i relation till partnervåld. Då syftet inte var att endast belysa kvinnors erfarenheter av mötet med hälso- och sjukvården i Sverige ansågs relevansen för litteraturstudiens resultat inte påverkas. Överförbarhet till svenska förhållanden anses vara möjlig eftersom upplevelser i sig är värdefulla och kan ge kunskap, oavsett vilket land och kultur de utspelas i.

Artiklarna valdes inte aktivt utifrån vilken forskningsmetod som låg till grund för studien. Samtliga utvalda artiklar utgick dock från det kvalitativa perspektivet, varav en studie hade både kvalitativ och kvantitativ ansats. Eftersom syftet var att belysa kvinnors erfarenheter ses det som en styrka att samtliga artiklar bygger på en kvalitativ metod. Enligt Segesten, (2006b) avser kvalitativa studier att skapa förståelse för patienten och situationen hon eller han befinner sig i.

Tre av resultatartiklarna var skrivna av ensamma författare, vilket dock inte anses ha påverkat litteraturstudiens resultat då samtliga artiklar blivit opartiskt granskade innan publicering. Det visar sig dessutom att resultaten i ensamförfattarnas studier inte skiljer sig nämnvärt jämfört med andra studiers resultat.

Det anses vara styrkande att data bearbetades på ett strukturerat och genomförligt sätt i enlighet med Fribergs (2006) rekommendationer. Den systematiska databearbetningen med färgkoder kan även ses som en styrka då det gav en tydlig översikt över insamlad data. Färgkodningen underlättade även tematisering av resultatartiklarnas innehåll.

Resultatdiskussion

Litteraturstudiens resultat visar att det finns ett flertal frekvent förekommande upplevelser av mötet med hälso- och sjukvården. Nedan diskuteras de mest framträdande erfarenheterna.

Det framkom att kvinnor ofta hade många tankar innan ett avslöjande av partnervåld (Bacchus et al., 2003; Chang et al., 2003; Kelly, 2006; Lutenbacher et al., 2003 & Peckover, 2003). Beaulaurier et al. (2008) och Ting och Panchanadeswaran (2009) belyser att kvinnor många gånger upplever sig hindrade att avslöja partnerrelaterat våld. Ett hinder som framkom i resultatet var oro och rädsla inför vilka konsekvenser ett avslöjande skulle kunna få (Bacchus et al., 2003; Chang et al., 2003; Kelly, 2006; Lutenbacher et al., 2003 & Peckover, 2003). Enligt Saiki och Sobo (2011) innebär ett avslöjande alltid en risk som kan leda till både positiva och negativa konsekvenser för den som avslöjar, vilket kan rättfärdiga kvinnornas oro. Genom att diskutera för- och nackdelar med ett avslöjande kan kvinnan komma fram till vilka risker hon är beredd att ta, för att situationen långsiktigt ska kunna bli bättre. Kvinnor upplevde dessutom osäkerhet och rädsla inför att avslöja partnervåld då de inte visste vilka lagliga rättigheter de hade relaterat till egna säkerheten (Peckover, 2003). Information från vårdpersonalen om innebörden av offentlighets- och sekretesslagen (SFS 2009:400) skulle således kunna ge kvinnan en känsla av ökad trygghet. Enligt Sundborg (2006) är hälso- och sjukvårdspersonal inte skyldiga att anmäla partnervåld till polisen. Sundborg (2006) menar dessutom att det bästa för kvinnan är om hon förmår att göra en polisanmälan själv. Det kan alltså konstateras att ett avslöjande av partnervåld för hälso- och sjukvårdspersonal inte måste leda till polisanmälan. Då känslorna inför ett avslöjande ofta präglades av rädslan att förlora kontrollen över sitt eget liv (Bacchus et al., 2003 & Kelly, 2006), skulle information om att kvinnan själv får avgöra huruvida hon vill polisanmäla sin våldsutövande make eller inte, kunna bidra till en känsla av bibehållen kontroll över livssituationen.

I studierna av Kelly (2006) och Peckover (2003) hade några kvinnor en uppfattning om att partnervåld inte var något att tala om, utan snarare något som skulle tystas och minimeras. Liknande uppfattningar beskrivs av Petersen et al. (2004), som menar att uppfattningarna hindrar kvinnor att avslöja sin situation. Föreställningen kan tänkas bero på att mäns våld mot kvinnor, både globalt och inom Sverige, länge betraktats som en privat angelägenhet (Centrum för folkhälsa, 2007 & Nationellt centrum för kvinnofrid [NCK], u.å.). Synen på mäns våld mot kvinnor har dock förändrats och våldet har i allt större utsträckning erkänts som en kränkning av de mänskliga

rättigheterna (NCK, u.å.). Även en rapport från BRÅ (2009) visar på att partnervåld har gått från att länge ansetts vara något privat till att under senare år i större utsträckning börjat bli betraktat som en samhällsrelaterad angelägenhet. Enligt BRÅ (2002) ökade anmälningsbenägenheten för partnerrelaterat våld under 1990-talet vilket beskrivs vara ett resultat av att problematiken då blev ett allt mer omdiskuterat ämne i samhället. Den ökade uppmärksamheten beskrivs vidare kunna göra det lättare för kvinnor att tala om sin utsatthet (ibid.). Ur resultatartiklarna, som sträcker sig mellan åren 2003-2012, kan dock ingen tydlig utveckling gällande kvinnors upplevelser och avslöjningsbenägenhet urskiljas. En förklaring skulle kunna vara att andra hinder, som kan tänkas vara oberoende av samhällsdiskursen, fortfarande kan kvarstå trots en förändrad diskurs i samhället. Hinder som rädsla för den våldsutövande partners reaktioner (Lutenbacher et al., 2003 & Peckover, 2003) och oro inför ekonomiska följder (Kelly, 2006) måste inte per automatik undanröjas bara för att diskursen i samhället förändras. Ytterligare en förklaring till att ingen utveckling av kvinnors upplevelser inför ett avslöjande ses skulle kunna vara att samhällsdiskursen trots allt inte har förändrats till en sådan grad att kvinnors upplevelser påverkas. Att kvinnor upplevde skam över sin situation (Bacchus et al., 2003 & Chang et al., 2003) kan till exempel tänkas bero på att diskursen kring partnervåld inte är tillräckligt öppen och tillåtande. Att en känsla av skam ofta förekommer hos kvinnor utsatta för partnerrelaterat våld bekräftas av Beaulaurier et al. (2008) och Ting & Panchanadeswaran (2009). I en studie av Tower, Rowe och Wallis (2012) framkom det att sjuksköterskor ofta såg partnervåld som en privat angelägenhet, vilket även det kan ses som ett tecken på att diskursen lever kvar än idag.

Något som i flera studier visade sig ha en betydande roll för om kvinnorna valde att avslöja sin situation eller inte var kvalitén på den mellanmänniska relationen till vårdgivaren (Bacchus et al., 2003; Bradbury-Jones et al., 2011; Kelly, 2006; Lutz, 2005; Nemoto et al., 2006; Nemoto et al., 2008 & Peckover, 2003). Att goda mellanmänniska relationer är viktiga bekräftas av Svensk sjuksköterskeförening (2010) och Travelbee (1971). Travelbee (1971) menar att det är genom relationen till patienten som syftet med omvårdnad uppnås. Enligt Travelbee (1971) är en mellanmännisklig relation ett resultat av en process som utvecklas från en interaktion. I en interaktion ser sjuksköterska och patient varandra som stereotypa sjuksköterskor och patienter, medan en mellanmännisklig relation präglas av att sjuksköterska och patient ser varandra som unika människor. Det är först efter en rad lyckade interaktioner mellan sjuksköterska och patient som en relation kan uppstå. Att flera interaktioner krävs för att en relation ska kunna uppstå kan förklara varför kvinnorna i studien av Bacchus et al. (2003) upplevde att det var enklare att skapa en relation till distriktssjuksköterskor än till allmänläkare, då kontakten med distriktssjuksköterskan var mer kontinuerlig. Kvinnor uttryckte ett stort behov av att bli bemötta som unika individer (Kelly, 2006 & Nemoto et al., 2008). Enligt Kelly (2006) och Reisenhofer och Seibold (2012) upplevde sig flera kvinnor snarare bli bemötta som nummer eller som delar på ett rullande band. Att behovet att bli sedd som en unik individ inte tillfredställs skulle utifrån Travelbees (1971) teori kunna bero på att en relation till vårdgivaren ännu inte utvecklats. Enligt Svensk sjuksköterskeförening (2010) ska sjuksköterskan alltid bemöta patienten på ett individuellt plan och betrakta honom eller henne som en unik människa. Ansvaret för att en mellanmännisklig relation skapas kan således sägas ligga hos sjuksköterskan.

Trots en god relation mellan den utsatta kvinnan och hennes vårdgivare kunde det dröja innan kvinnan valde att berätta om sin utsatthet (Peckover, 2003). En anledning till att kvinnor avstår från att avslöja våld skulle kunna vara avsaknad av tillräcklig tillit till

vårdgivaren. I flera studier uttryckte kvinnor att trygghet och tillit var viktiga och avgörande delar i en god relation (Bacchus et al., 2003; Bradbury-Jones et al., 2011; Kelly, 2006 & Nemoto et al., 2006). Den avgörande betydelsen av tillit i relationen till vårdgivaren bekräftas både av Saiki och Lobo (2011) och Svensk sjuksköterskeförening (2010). Enligt Kelly (2006) uttryckte kvinnor att ett känslolokalt bemötande ledde till bristande tillit, vilket i sin tur påverkade kommunikationen om partnervåld negativt. Bristande tillit till följd av ett kyligt bemötande skulle kunna förklaras av att tillit, enligt Svensk sjuksköterskeförening (2010), är något som byggs upp i en miljö präglad av respekt, värme, acceptans, pålitlighet och förtroende samt skapas genom tolerans mot varandra (ibid.). Utifrån detta kan det konstateras att det är av stor vikt att sjuksköterskan skapar en tillitsfull miljö. Det kan tänkas att tillit, förutom att underlätta ett avslöjande, också kan få kvinnan att vilja återvända till hälso- och sjukvården vid framtida bekymmer.

Tid var ytterligare en faktor som kvinnor ansåg vara avgörande för en bra kommunikation (Bacchus et al., 2003; Lutz, 2005; Nemoto et al., 2006 & Zink et al., 2004). Flera kvinnor upplevde att vårdgivaren inte hade tillräckligt med tid vilket gav bristande uppmärksamhet på signaler och tecken som följd (Lutz, 2005 & Zink et al., 2004). Brist på tid kunde även leda till att kvinnorna valde att inte avslöja partnervåld (Nemoto et al., 2006). Enligt Bradbury-Jones et al. (2011) var det dock inte alltid tiden i minuter som påverkade kvinnans känsla av att bli sedd utan snarare hur vårdgivaren använde tiden. Enligt Svensk sjuksköterskeförening (2010) måste vårdaren vara närvarande och tillgänglig för att kunna lindra patientens lidande. Tiden i minuter kan för sjuksköterskan vara svår att påverka, men kommunikationen behöver trots det inte bli lidande. Det kan räcka att sjuksköterskan, trots tidsbrist, är närvarande i mötet med den våldsutsatta kvinnan.

Enligt Socialstyrelsen (2005) och Travelbee (1971) är det sjuksköterskans uppgift att uppmärksamma och bemöta patientens lidande. I resultatet framkom det att sjuksköterskan inte alltid lyckas med denna uppgift. Flera kvinnor beskrev en känsla av att vårdgivare förstod eller borde ha förstått att de var utsatta men trots det avstod från att föra ämnet på tal (Kelly, 2006; Leppäkoski et al., 2011; Lutz, 2005; Peckover, 2003 & Zink et al., 2004). Att bli tillfrågad om partnervåld var något som upplevdes vara en nödvändighet för att kvinnor skulle berätta om sin situation (Bacchus et al., 2003; Kelly, 2006; Koziol-McLain et al., 2008; Lo Fo Wong et al., 2008; Lutenbacher et al., 2003; Lutz, 2005; Nemoto et al., 2006; Nemoto et al., 2008; Peckover, 2003; Reisenhofer & Seibold, 2012 & Zink et al., 2004). Att frågor från vårdgivare underlättar patientens avslöjande av information är något som Saiki och Lobo (2011) belyser. Att patienten inte alltid berättar om sin situation så länge sjuksköterskan inte uppmärksammar problemet bekräftas även av Travelbee (1971). Det visade sig dock vara vanligt att kvinnor inte blev tillfrågade (Joshi et al., 2012; Kelly, 2006; Leppäkoski et al., 2011; Lutenbacher et al., 2003; Lutz, 2005; Nemoto et al., 2006; Peckover, 2003), vilket styrks ytterligare av Robinson och Spilsburys (2008) studie. Beynon, Gutmanis, Tutty, Wathen och MacMillan (2012) och Häggblom, Hallberg och Möller (2005) belyser olika anledningar till varför sjuksköterskor inte frågar kvinnor om partnervåld. Tidsbrist och otillräckliga kunskaper om partnerrelaterat våld beskrivs som vanliga orsaker (Beynon et al., 2012). Sjuksköterskor uttryckte osäkerhet inför vad en förfrågning skulle kunna medföra samt oro för att de inte hade tillräckligt med tid och kunskap för att kunna bemöta kvinnan på ett adekvat sätt. Häggblom et al. (2005) beskriver sjuksköterskors rädsla för att inkräkta på kvinnors integritet som en stor bidragande

faktor till att de undvek att ställa frågan om partnervåld. Enligt HSL (SFS 1982:763) ska sjukvård byggas på respekt för den enskilda individens integritet, vilket skulle kunna förklara sjuksköterskors passiva agerande angående tillfrågning om partnervåld. Utifrån resultatet verkar det dock inte som att kvinnor upplever att frågor om partnerrelaterat våld behöver göra intrång på integriteten, vilket tyder på att sjuksköterskornas rädsla inte är befogad. Studier visar dessutom att kvinnor, vare sig de är utsatta för partnervåld eller inte, oftast har en positiv attityd till screening för partnervåld (Ramsay, Richarson, Carter, Davidson & Feder, 2002; Sethi, Watts, Zwi, Watson & McCarthy, 2004 & Stenson, Saarinen, Heimer och Sidenvall, 2001).

Att bli tillfrågad om partnervåld resulterade inte nödvändigtvis i ett avslöjande (Lutenbacher et al., 2003; Lutz, 2005 & Reisenhofer & Seibold, 2012). Att frågan var ställd på ett okänsligt sätt ansågs kunna vara en orsak till varför kvinnorna inte avslöjade våldet (Lutz, 2005). Brist på avskildhet kunde hindra kvinnans möjlighet att svara sanningsenligt på frågor om partnervåld (Bacchus et al., 2003). Att bli tillfrågad inför sin våldsutövande partner eller på en plats där sekretessen var bristfällig är exempel på situationer då kvinnan upplevde det svårt att avslöja utsattheten (ibid.). I frågan om avskildhet är det därför av stor vikt att sjuksköterskan, i enlighet med HSL (SFS: 1982:763), respekterar den utsatta kvinnans integritet för att hon ska känna sig trygg nog att avslöja sin situation. Det är alltså viktigt att sjuksköterskan läser av situationen samt anpassar var och när frågan om partnervåld bör ställas. Att frågor om partnervåld ställs på ett respektfullt och empatiskt sätt är också något som skulle kunna ha positiv inverkan på kvinnans avslöjningsbenägenhet.

I resultatet återfinns både positiva och negativa erfarenheter av responsen efter ett avslöjande av partnervåld. Att vårdgivaren aktivt lyssnade till kvinnans svar på frågan om partnervåld upplevdes vara viktigt (Kelly, 2006; Koziol-McLain et al., 2008; Lo Fo Wong et al., 2008; Nemoto et al., 2008 & Zink et al., 2004). Kvinnor upplevde sig stöttade och mindre skamsna då vårdgivaren visade empati och inte hade en dömande attityd (Bradbury-Jones et al., 2011; Chang et al., 2003; Lo Fo Wong et al., 2008; Koziol-McLain et al., 2008; Lutz, 2005; Nemoto et al., 2008 & Peckover, 2003). Enligt Socialstyrelsen (2005) ingår det i sjuksköterskans kompetensområde att bemöta patienter på ett empatiskt och respektfullt sätt. Att sjuksköterskan lyssnar, visar empati samt förmedlar ett genuint intresse efter ett avslöjande kan enligt Saiki och Lobo (2011) dessutom öka patienters förtroende för vårdgivaren efter ett avslöjande vilket i sin tur kan leda till ytterligare avslöjanden. Många kvinnor upplevde dock bristande stöd och skydd efter avslöjande av partnervåld (Bacchus et al., 2003; Nemoto et al., 2006 & Peckover, 2003). Otillräckligt stöd upplevdes bland annat genom att vårdgivaren minimerade eller helt ignorerade problemet (Leppäkoski et al., 2011; Lo Fo Wong et al., 2008; Lutenbacher et al., 2003; Lutz, 2005; Nemoto et al., 2006 & Zink et al., 2004). Oförståelse från vårdgivaren var ytterligare en faktor som bidrog till negativa upplevelser av mötet med hälso- och sjukvården (Chang et al., 2003 & Lutenbacher et al., 2003). Oförståelsen yttrade sig bland annat i att kvinnors beslut om att stanna kvar i den våldsdrabbade relationen ifrågasattes (Chang et al., 2003; Leppäkoski et al., 2011 & Lutenbacher et al., 2003), vilket kan kopplas till studien av Häggblom et al. (2005) där sjuksköterskor beskrev en frustration då kvinnor valde att stanna hos sin våldsutövande make. Frustrationen bekräftas även av Husso et al. (2012), som dessutom beskrev en hos sjuksköterskor allmänt rådande uppfattning om att kvinnorna själva var ansvariga för våldet då de valde att inte lämna våldsutövaren.

Hägglom et al. (2005) belyser att sjuksköterskor ofta hade förutfattade meningar angående kvinnor utsatta för partnervåld. Tron på att alkohol och droger låg till grund för våldet var vanligt förekommande, vilket ledde till att många sjuksköterskor kände sig mindre engagerade i att hjälpa kvinnan. De attityder som beskrivs speglar kvinnors upplevelser att bli beskyllda för våldet (Reisenhofer & Seibold, 2012) och kan kopplas till bristande kunskaper om partnerrelaterat våld. Att kunskapsbrist inom partnervåld råder bekräftas i studien av Tower et al. (2012) där sjuksköterskor själva upplevde sig sakna tillräckliga kunskaper inom ämnet. Sjuksköterskorna upplevde sig därmed vara dåligt utrustade för att på ett effektivt sätt kunna bemöta utsatta kvinnor. Bristfälliga kunskaper inom ämnet kan tänkas vara orsaken till att många kvinnor i studierna av Lutz (2005) och Zink et al. (2004) upplevde vårdgivarna som osäkra då ämnet fördes på tal.

Det visade sig vara vanligt förekommande att kvinnor inte upplevde sig få någon information om partnerrelaterat våld (Bacchus et al., 2003; Leppäkoski et al., 2011 & Lutz, 2005), vilket även detta kan tänkas bero på bristande kunskaper hos vårdpersonal. Hälso- och sjukvårdpersonal är, enligt HSL (SFS: 1982:763), skyldiga att ge patienten individuellt anpassad information om hans eller hennes hälsotillstånd. Hälsotillståndet handlar i detta fall om kvinnans utsatthet för partnerrelaterat våld, vilket ställer stora krav på att vårdgivaren besitter adekvat kunskap om ämnet. Den rådande kunskapsbristen signalerar om ett behov av utbildning inom partnerrelaterat våld. Behovet styrks ytterligare i studierna av Hägglom et al. (2005) och Schoening, Greenwood, McNichols, Heermann och Agrawal (2004), där sjuksköterskorna själva efterfrågar utbildning i partnervåld.

Konklusion och implikation

Denna litteraturstudie visar på att många kvinnor hade liknande erfarenheter av mötet med hälso- och sjukvården, varav de negativa var de mest framträdande. Kvinnor upplevde ofta skam över sin situation gentemot vårdgivaren samt rädsla inför vilka konsekvenser ett avslöjande skulle innebära. En god mellanmänsklig relation präglad av trygghet och tillit spelade en viktig roll och var många gånger avgörande för om kvinnan valde att avslöja våldet eller inte. Många kvinnor upplevde dock att de blev respektlöst bemötta och behandlade som delar på ett löpande band snarare än som unika och värdefulla människor, vilket gjorde att kommunikationen kring partnervåld blev lidande. Tillräckligt med tid och närvaro upplevdes vara viktiga faktorer i mötet med vårdgivaren. Det framkom att kvinnor ville bli tillfrågade om partnerrelaterat våld då de själva upplevde det svårt att föra ämnet på tal. Det visade sig dock att många kvinnor aldrig blev tillfrågade. De kvinnor som upplevde att vårdgivaren visade empati, brydde sig om och lyssnade till dem kände sig stöttade och mindre skamsna med ökad självkänsla som följd. Ett stort antal kvinnor upplevde sig inte få det stöd och skydd de hade behövt. Oförståelse, att bli beskylld och ifrågasatt samt brist på information var vanligt förekommande erfarenheter vid avslöjande av partnerrelaterat våld.

Då hälso- och sjukvårdspersonalens kunskaper om partnerrelaterat våld ofta är bristfälliga är utbildning av stor vikt. Utbildningen bör innehålla information om vad partnerrelaterat våld är och kan innebära för den utsatta, hur frågor bör ställas, hur kvinnan bör bli bemött samt vilka samhällsliga resurser som finns att tillgodose patienten med. Utbildning behöver förekomma både i grundutbildningar och inom

hälso- och sjukvårdens olika instanser. Ökad kunskap skulle kunna leda till att kvinnor blir bemötta på det sätt de önskar samt som lagar och riktlinjer förespråkar. Fortsatt forskning om kvinnors utsatthet för partnervåld behövs. Det är även av största vikt att hälso- och sjukvården tar till sig och arbetar utefter den evidensbaserade forskning som idag finns tillgänglig. Det skulle dessutom vara givande med mer forskning gällande mäns utsatthet för partnerrelaterat våld samt våld i samkönade relationer, då erfarenheter skulle kunna skilja sig åt med tanke på samhällets syn på könen.

Referenser

- Amnesty International. (2004). *Mäns våld mot kvinnor i nära relationer - en sammanställning över situationen i Sverige*. Hämtad 2013-10-28 från <http://www.amnesty.se/upload/files/2011/05/04/mans-vald-mot-kvinnor-i-nara-relationer-amnesty.pdf>
- *Bacchus, L., Mezey, G., & Bewley, S. (2003). Experiences of seeking help from health professionals in a sample of women who experienced domestic violence. *Health & Social Care In The Community*, 11(1), 10-18.
- Beaulaurier, R. L., Seff, L. R., & Newman, F. L. (2008). Barriers to Help-Seeking for Older Women Who Experience Intimate Partner Violence: A Descriptive Model. *Journal of Women & Aging*, 20(3-4), 231-248. doi:10.1080/08952840801984543
- Berglund, A. (2010). Särskilt sårbara grupper. I *Att fråga om våldsutsatthet som en del av anamnesen* (s. 167-172). Uppsala: Nationellt centrum för kvinnofrid [NCK].
- Beynon C., Gutmanis, I., Tutty, L., Wathen, N., & MacMillan, H. (2012). Why physicians and nurses ask (or don't) about partner violence: a qualitative analysis. *BMC Public Health*, 12(473), 1-12. doi:10.1186/1471-2458-12-473
- *Bradbury-Jones, C., Duncan, F., Kroll, T., Moy, M., & Taylor, J. (2011). Improving the health care of women living with domestic abuse. *Nursing Standard*, 25(43), 35-40.
- Brottsförebyggande rådet [BRÅ]. (2002). *Våld mot kvinnor i nära relationer – en kartläggning*. Hämtad 2013-10-08 från http://www.bra.se/download/18.cba82f7130f475a2f1800018124/1312187680316/2002_14_vald_mot_kvinnor_i_nara_relationer.pdf
- Brottsförebyggande rådet [BRÅ]. (2009) *Våld mot kvinnor och män i nära relationer. Våldets karaktär och offrens erfarenheter av kontakter med rättsväsendet*. Hämtad 2013-10-08 från http://www.bra.se/download/18.cba82f7130f475a2f180002016/1309946307101/2009_12_vald_kvinnor_man_nara_relationer.pdf
- Centrum för folkhälsa. (2007). *Folkhälsoguiden - mäns våld mot kvinnor: ett folkhälsoproblem*. Stockholm: Stockholms läns Landsting.
- *Chang, J., Decker, M., Moracco, K., Martin, S., Petersen, R., & Frasier, P. (2003). What happens when health care providers ask about intimate partner violence? A description of consequences from the perspectives of female survivors. *Journal Of The American Medical Women's Association*, 58(2), 76-81.
- Coker, A. L. (2006). Preventing Intimate Partner Violence - How We Will Rise to This Challenge. *American Journal of Preventive Medicine*, 30(6), 528-529. doi:10.1016/j.amepre.2006.03.002
- Forsberg, C., & Wengström, Y. (2008). *Att göra systematiska litteraturstudier*. Stockholm: Natur och Kultur.

- Friberg, F. (2006). Att göra en litteraturoversikt. I F. Friberg (Red.), *Dags för uppsats – vägledning för litteraturbaserade examensarbeten* (s. 115-124). Lund: Studentlitteratur.
- Förenta nationerna [FN]. (2008). *Allmän förklaring om de mänskliga rättigheterna*. Stockholm: Svenska FN-förbundet.
- Husso, M., Virkki, T., Notko, M., Holma, J., Laitila, A., & Mäntysaari, M. (2012). Making sense of domestic violence intervention in professional health care. *Health and Social Care in the Community* 20(4), 347–355. doi:10.1111/j.1365-2524.2011.01034.x
- Hägglom, A., Hallberg, L., & Möller, A. (2005). Nurses' attitudes and practices towards abused women. *Nursing & Health Sciences*, 7(4), 235-242.
- *Joshi, M., Thomas, K. A., & Sorenson, S. B. (2012). "I Didn't Know I Could Turn Colors": Health Problems and Health Care Experiences of Women Strangled by an Intimate Partner. *Social Work In Health Care*, 51(9), 798-814.
- *Kelly, U. (2006). "What will happen if I tell you?" Battered Latina women's experiences of health care. *Canadian Journal Of Nursing Research*, 38(4), 79-95.
- *Koziol-McLain, J., Giddings, L., Rameka, M., & Fyfe, E. (2008). Intimate partner violence screening and brief intervention: experiences of women in two New Zealand health care settings. *Journal Of Midwifery & Women's Health*, 53(6), 504-510.
- *Leppäkoski, T., Paavilainen, E., & Åstedt-Kurki, P. (2011). Experiences of emergency care by the women exposed to acute physical intimate partner violence from the finnish perspective. *International Emergency Nursing*, 19(1), 27-36.
- *Lo Fo Wong, S., Wester, F., Mol, S., Römken, R., Hezemans, D., & Lagro-Janssen, T. (2008). Talking matters: abused women's views on disclosure of partner abuse to the family doctor and its role in handling the abuse situation. *Patient Education & Counseling*, 70(3), 386-394.
- Lundgren, E., Heimer, G. Westerstrand, J., & Kalliokoski, A-M. (2001). *Slagen dam. Mäns våld mot kvinnor i jämställda Sverige - en omfångsundersökning*. Hämtad 2013-10-28 från www.brottsoffermyndigheten.se/Filer/Böcker/Slagen%20dam.pdf
- *Lutenbacher, M., Cohen, A., & Mitzel, J. (2003). Do we really help? Perspectives of abused women. *Public Health Nursing*, 20(1), 56-64.
- *Lutz, K. (2005). Abused pregnant women's interactions with health care providers during the childbearing year. *JOGNN: Journal Of Obstetric, Gynecologic & Neonatal Nursing*, 34(2), 151-162.
- Nationellt centrum för kvinnofrid [NCK]. (u.å.). *Mäns våld mot kvinnor – ett globalt perspektiv*. Hämtad 2013-11-22 från http://www.nck.uu.se/Kunskapscentrum/Kunskapsbanken/amnen/Mans_vald_mot_kvinnor/Mans_vald_mot_kvinnor_amnesguide/

- *Nemoto, K., Rodriguez, R., & Mkandawire-Valhmu, L. (2006). Exploring the health care needs of women in abusive relationships in Japan. *Health Care For Women International*, 27(4), 290-306.
- *Nemoto, K., Rodriguez, R., & Mkandawire-Valhmu, L. (2008). Battered Japanese women's perceptions and experiences of beneficial health care. *Japan Journal Of Nursing Science*, 5(1), 41-49.
- Olive, P. (2007). Care for emergency department patients who have experienced domestic violence: a review of the evidence base. *Journal Of Clinical Nursing* 16(9), 1736-1748. doi:10.1111/j.1365-2702.2006.01746.x
- Olsson, H. & Sörensen, S. (2011). *Forskningsprocessen*. Stockholm: Liber.
- *Peckover, S. (2003). 'I could have just done with a little more help': an analysis of women's help-seeking from health visitors in the context of domestic violence. *Health & Social Care In The Community*, 11(3), 275-282.
- Petersen, R., Moracco, K. E., Goldstein, K. M., & Andersen Clark, K. (2004). Moving Beyond Disclosure: Women's Perspectives on Barriers and Motivators to Seeking Assistance for Intimate Partner Violence. *Women & Health*, 40(3), 63-76. doi:10.1300/J013v40n03_05
- Polisen. (2013). *Brott i nära relationer – Fakta*. Hämtad 2013-10-30 från <http://polisen.se/Lagar-och-regler/Om-olika-brott/Brott-i-nara-relationer/>
- Ramsay, J., Richardson, J., Carter, Y., Davidson, L., & Feder, G. (2002). Should health professionals screen women for domestic violence? Systematic review. *BMJ: British Medical Journal (International Edition)*, 325(7359), 314-318. doi:10.1136/bmj.325.7359.314
- *Reisenhofer, S., & Seibold, C. (2012). Emergency healthcare experiences of women living with intimate partner violence. *Journal Of Clinical Nursing*, 22(15/16), 2253-2263.
- Robinson, L., & Spilsbury, K. (2008). Systematic review of the perceptions and experiences of accessing health services by adult victims of domestic violence. *Health and Social Care in the Community*, 16(1), 16-30. doi:10.1111/j.1365-2524.2007.00721.x
- Saiki, L. S., & Lobo, M. L. (2011) Disclosure: a concept analysis. *Journal of Advanced Nursing*, 67(12), 2713–2722. doi: 10.1111/j.1365-2648.2011.05741.x
- Schoening, A., Greenwood, J., McNichols, J., Heermann, J., & Agrawal, S. (2004). Effect of an intimate partner violence educational program on the attitudes of nurses. *JOGNN: Journal Of Obstetric, Gynecologic & Neonatal Nursing*, 33(5), 572-579. doi:10.1177/0884217504269901
- Segesten, K. (2006a). Användbara texter. I F. Friberg (Red.), *Dags för uppsats – vägledning för litteraturbaserade examensarbeten* (s. 37-44). Lund: Studentlitteratur.

- Segesten, K. (2006b). Att välja modell för sitt examensarbete. I F. Friberg (Red.), *Dags för uppsats – vägledning för litteraturbaserade examensarbeten* (s. 85-88). Lund: Studentlitteratur.
- Sethi, D., Watts, S., Zwi, A., Watson, J., & McCarthy, C. (2004). Experience of domestic violence by women attending an inner city accident and emergency department. *Emergency Medicine Journal*, 21(2), 180-184.
- SFS 1982:763. *Hälso- och sjukvårdslagen*. Stockholm: Socialdepartementet.
- SFS 2009:400. *Offentlighets- och sekretesslag*. Stockholm: Justitiedepartementet.
- SFS 2010:659. *Patientsäkerhetslag*. Stockholm: Socialdepartementet.
- SFS 2013:367. *Lag om ändring i brottsbalken*. Stockholm: Justitiedepartementet.
- Socialstyrelsen. (2005). *Kompetensbeskrivning för legitimerad sjuksköterska*. Stockholm: Socialstyrelsen.
- Socialstyrelsen. (2006). *Kostnader för våld mot kvinnor: en samhällsekonomisk analys*. Stockholm: Socialstyrelsen.
- Socialstyrelsen. (u.å.a). *Utsatta för våld i nära relationer*. Stockholm: Socialstyrelsen.
- Socialstyrelsen. (u.å.b). *Våld i nära relationer*. Stockholm: Socialstyrelsen.
- Stenson, K., Saarinen, H., Heimer, G., & Sidenvall, B. (2001). Women's attitudes to being asked about exposure to violence. *Midwifery*, 17(1), 2-10.
- Stewart, D. E, MacMillan, H., & Wathen, N. (2012). Intimate partner violence. *The Canadian Journal of Psychiatry*, 58(6), 1-15.
- Sundborg, E. (2006). *Våldutsatta kvinnor*. Hämtad 2013-11-11, från <http://www.viss.nu/Handlaggning/Vardprogram/Psykisk-ohalsa/Valdsutsatta-kvinnor/>
- Svensk sjuksköterskeförening. (2007). *ICN:s etiska kod för sjuksköterskor*. Stockholm: Svensk sjuksköterskeförening.
- Svensk sjuksköterskeförening. (2010). *Värdegrund för omvårdnad*. Stockholm: Svensk sjuksköterskeförening.
- Ting, L., & Panchanadeswaran, S. (2009). Barriers to Help-Seeking Among Immigrant African Women Survivors of Partner Abuse: Listening to Women's Own Voices. *Journal of Aggression, Maltreatment & Trauma*, 18(8), 817-838. doi:10.1080/10926770903291795
- Tjaden, P., & Thoennes, N. (1998). *Prevalence, Incidence, and Consequences of Violence Against Women: Findings From the National Violence Against Women Survey*. Hämtad 2013-10-24, från <https://www.ncjrs.gov/pdffiles/172837.pdf>

- Tower, M., Rowe, J., & Wallis, M. (2012). Reconceptualising health and health care for women affected by domestic violence. *Contemporary Nurse: A Journal For The Australian Nursing Profession*, 42(2), 216-225. doi:10.5172/conu.2012.42.2.216
- Travelbee, J. (1971). *Interpersonal aspects of nursing*. Philadelphia: F. A. Davis Company.
- Victorian Health Promotion Foundation. (2004). *The health costs of violence - Measuring the burden of disease caused by intimate partner violence: A summary of findings*. Carlton South Victoria: VicHealth.
- Västra Götalandsregionen., Göteborgs Stad., & Länsstyrelsen i Västra Götaland. (u.å.). *Våldet i siffror*. Hämtad 2013-10-24 från <http://www.valdinararelationer.se/sv/Vald-i-nara-relationer1/Toppmeny/ToppTest/Vad-ar-vald1/>
- Walby, S. (2004). *The Cost of Domestic Violence*. Hämtad 2013-10-25, från http://paladinservice.co.uk/wp-content/uploads/2013/07/cost_of_dv_research_summary-Walby-2004.pdf
- World Health Organization [WHO]. (2012). *Understanding and addressing violence against women: intimate partner violence*. Washington: World Health Organization.
- World Health Organization [WHO]. (2013). *Global and regional estimates of violence against women: prevalence and health effects of intimate partner violence and non-partner sexual violence*. Schweiz: World Health Organization.
- *Zink, T., Jacobson, C. J., Regan, S., & Pabst, S. (2004). Hidden victims: the healthcare needs and experiences of older women in abusive relationships. *Journal Of Women's Health (15409996)*, 13(8), 898-908.
- Östlundh, L. (2006). Informationssökning. I F. Friberg (Red.), *Dags för uppsats – vägledning för litteraturbaserade examensarbeten* (s. 45-70). Lund: Studentlitteratur.

* Ingår i resultatet

Bilaga A

Tabell 1. Sökordsöversikt

Sökord	PubMed MeSH-term	Cinahl Cinahl heading
Partnerrelaterat våld	"Intimate partner violence" [Fritext]/ "Domestic violence"	"Intimate partner violence / Domestic violence" (Fritext & Cinahl Headings)
Erfarenheter	"Experiences" [Fritext]	"Experiences" [Fritext]
Hälso- och sjukvård	"Health care" [Fritext]	"Healthcare" / "Health care" [Fritext]
Söka hjälp		"Help seeking" [Fritext]
Omvårdnad		"Nursing" [Fritext]
Uppfattning		"Perception" [Fritext]
Vårdgivare		"Health care providers" [Fritext]
Misshandlade kvinnor	"Battered women" [Fritext]	"Battered women" [Fritext]
Behandling		"Treatment" [Fritext]

Bilaga B1

Tabell 2. Sökhistorik

Datum	Databas	Sökord/Limits/Boolska Operatorer	Antal träffar	Lästa abstract	Urval 1	Urval 2
2013-10-14	Cinahl	”Intimate partner violence AND Help seeking NOT Children” [Fritext] Limits: English language, research article, published date between 2003-2013	133	27	7	3
2013-10-14	Cinahl	“Intimate partner violence AND experiences AND health care NOT children” [Fritext] Limits: English language, research article, published date between 2003-2013	53	8	5	4
2013-10-14	Cinahl	“Domestic violence AND help seeking AND experiences” [Fritext] Limits: English language, research article, published date between 2003-2013	23	3	1	1
2013-10-14	Cinahl	“Domestic violence AND help seeking NOT children” [Fritext] Limits: English language, research article, published date between 2003-2013	62	31	4	1
2013-10-14	Cinahl	“Domestic violence AND healthcare NOT children” [Fritext] Limits: English language, research article, published date between 2003-2013	47	14	1	0
2013-10-14	Cinahl	“Domestic violence AND nursing NOT children” [Fritext] Limits: English language, research article, published date between 2003-2013	91	15	1	0

Bilaga B2

Tabell 2 fortsätter

Datum	Databas	Sökord/Limits/Boolska Operatorer	Antal träffar	Lästa abstract	Urval 1	Urval 2
2013-10-14	Cinahl	“Domestic violence AND perception NOT children” [Fritext] Limits: English language, research article, published date between 2003-2013	76	8	1	0
2013-10-15	Cinahl	“Domestic violence AND health care providers NOT children” [Fritext] Limits: English language, research article, published date between 2003-2013	25	7	2	0
2013-10-15	PubMed	“Domestic violence [MeSH] OR Intimate partner violence [Fritext] AND experiences [Fritext] AND health care NOT child* [Fritext]” Limits: English language, Adult: 19+ years, published date between 2003-2013	157	11	5	3
2013-10-16	Cinahl	“Domestic violence AND experiences AND healthcare” [Fritext] Limits: English language, research article, published date between 2003-2013	15	3	2	0
2013-10-16	Cinahl	“Intimate partner violence [Cinahl Headings] OR Domestic violence [Cinahl Headings] AND experiences [Fritext] AND health care [Fritext] “ Limits: English language, research article, published date between 2003-2013	70	4	3	1
2013-10-16	Cinahl	“Battered women AND experiences AND healthcare” [Fritext] Limits: English language, research article, published date between 2003-2013	11	6	2	2

Bilaga B3

Tabell 2 fortsätter

Datum	Databas	Sökord/Limits/Boolska Operatorer	Antal träffar	Lästa abstract	Urval 1	Urval 2
2013-10-16	Cinahl	“Battered women AND treatment AND experiences” [Fritext] Limits: English language, research article, published date between 2003-2013	20	2	1	0
Totalt:			783	139	35	15

Bilaga C1

Tabell 3. Artikelöversikt/forskning med kvalitativ metod

Publikations år Land Databas	Författare	Titel	Syfte	Metod Urval Bortfall	Slutsats	Vetenskaplig kvalitet
2003 Storbritannien Cinahl	Bacchus, L Mezey, G Bewley, S	Experiences of seeking help from health professionals in a sample of women who experienced domestic violence	Att utforska partnervåldsutsatta kvinnors upplevelser av att söka hjälp från hälso- och sjukvårdspersonal samt att bedöma deras psykiska hälsa.	Metod: En kvalitativ studie baserad på djupgående, semistrukturerade intervjuer Urval: 16 kvinnor utsatta för partnerrelaterat våld Bortfall: Redovisas ej	Vårdgivarens attityd påverkar avslöjande av partnervåld. Kvinnorna var generellt sett missnöjda med responsen de fick vid avslöjande för allmänläkare. Distriktssjuksköterskor ansågs mer lämpliga att fråga om partnervåld. Miljön spelar roll vid avslöjandet. Upplevd känsla av skam gjorde det svårt för kvinnan att själv föra ämnet på tal men kvinnorna uppskattade att vårdgivaren inbjöd till diskussion.	Grad I

Bilaga C2

Tabell 3 fortsätter

Publikations år Land Databas	Författare	Titel	Syfte	Metod Urval Bortfall	Slutsats	Vetenskaplig kvalitet
2011 Storbritannien Cinahl	Bradbury- Jones, C Duncan, F Kroll, T Moy, M Taylor, J	Improving the health care of women living with domestic abuse	Att utforska kvinnor utsatta för partnerrelaterat vålds sjukvårdserfarenh eter, framförallt i relation till primärvården.	Metod: En kvalitativ studie med semistrukturerade intervjuer Urval: 17 kvinnor som utsatts för partnerrelaterat våld Bortfall: Redovisas ej	Kvalitén på den mellanmänskliga relationen hade stor effekt på hur kvinnorna erfor vården. Icke- dömande sjuksköterskor vann kvinnornas förtroende samt gjorde att kvinnornas skuld känslor dämpades. Tillit ansågs vara avgörande för kvinnans beslut om att avslöja våldet eller ej.	Grad I
2003 USA Cinahl	Chang, J. C Decker, M Moracco, K. E Martin, S. L Petersen, R Frasier, P. Y	What Happens When Health Care Providers Ask About Intimate Partner Violence? A Description of Consequences From the Perspectives of Female Survivors	Att undersöka vad kvinnliga överlevare av partnerrelaterat våld beskriver som positiva respektive negativa konsekvenser av upplevelsen av screening.	Metod: En kvalitativ metod med intervjuer i fokusgrupper Urval: 41 kvinnor deltog i studien Bortfall: Redovisas ej.	Både positiva och negativa upplevelser förekom. Positiva upplevelser var insikt i att partnervåld är ett problem, minskad känsla av isolering samt känslan av att vårdgivaren brydde sig. Negativa upplevelser var rädsla över att bli dömd, oro över konsekvenser samt besvikelse över negativ respons från vårdgivaren	Grad I

Bilaga C3

Tabell 3 fortsätter

Publikation år Land Databas	Författare	Titel	Syfte	Metod Urval Bortfall	Slutsats	Vetenskaplig kvalitet
2012 USA Cinahl	Joshi, M Thomas, K. A Sorenson, S. B	"I didn't know I could turn Colors": Health Problems and Health Care Experiences of Women Strangled by an Intimate Partner	Att utforska kvinnors uppfattningar och erfarenheter av strypning i en partnerrelation.	Metod: En kvalitativ studie med semistrukturerade intervjuer och fokusgrupper Urval: 17 kvinnor som utsatts för strypning i parrelation Bortfall: Ca 20 % (17 av 21 deltog)	Upplevelser av likgiltighet från läkare förekom efter avslöjande av partnervåld. Att bli härledd till en säker plats samt att få insikt i vilka negativa effekter våldet skulle kunna innebära om det fick fortlöpa upplevdes vara värdefullt. Många kvinnor blev aldrig tillfrågade om våld och avslöjade det därmed inte.	Grad I
2006 USA Cinahl	Kelly, U	"What will happen if I tell you?" Battered Latina Women's Experiences of Health Care	Att öka vårdgivares förståelse för hur kvinnor med latinamerikanskt ursprung, utsatta för partnervåld, upplever mötet med hälso- och sjukvården	Metod: Fenomenologisk metod med dialogiska intervjuer Urval: 17 kvinnor som varit utsatta för partnervåld. Samtliga hade då de utsattes för våld varit i kontakt med hälso- och sjukvården Bortfall: Redovisas ej	Kvinnorna ville, trots rädsla inför konsekvenserna av ett avslöjande, bli tillfrågade och få hjälp. Ställdes inte frågan skulle avslöjande utebli. Många kvinnor upplevde sig inte bli behandlade som unika människor, utan som delar på ett rullande band vilket påverkade kommunikationen negativt. Att vårdgivaren lyssnade på kvinnan var viktigt. Kvinnorna förväntade sig inte att vårdgivaren skulle lösa problemet åt dem.	Grad I

Bilaga C4

Tabell 3 fortsätter

Publikation sår Land Databas	Författare	Titel	Syfte	Metod Urval Bortfall	Slutsats	Vetenskaplig kvalitet
2008 Nya Zeeland Cinahl	Koziol-McLain, J Giddings, L Rameka, M Fyfe, E	Intimate Partner Violence Screening and Brief Intervention: Experiences of Women in Two New Zealand Health Care Settings	Att undersöka upplevelser av acceptans, användbarhet och negativa effekter av screening för partnerrelaterat våld.	Metod: En kvalitativ beskrivande metod, med semistrukturerade intervjuer Urval: 36 kvinnor deltog Bortfall: Ca 80 % (36 av 186 deltog)	En generell acceptans över att bli tillfrågad angående partnervåld fanns hos kvinnorna. De flesta kände sig trygga då de fick frågan. Kvinnorna var positiva över attityden hos sjuksköterskorna och upplevde att de blev lyssnade på. Stöd och omtanke var andra positiva upplevelser.	Grad I
2008 Nederländer na PubMed	Lo Fo Wong, S Webster, F Mol, S Römkens, R Hezemans, D Lagro-Janssen, T	Talking matters: Abused women's views on disclosure of partner abuse to the family doctor and its role in handling the abuse situation	Att undersöka vad kvinnor värderade högs vid avslöjandet av partnerrelaterat våld till sin läkare samt om offentliggöran det spelade roll i hanteringen av övergreppssitu ationen.	Metod: En kvalitativ metod med djupgående intervjuer Urval: 36 kvinnor deltog Bortfall: Ca 59 % (36 av 86 deltog)	Kvinnorna menar att läkare bör ställa frågor om partnervåld även om kvinnan inte själv tar upp det. Att få frågan kunde leda till avslöjande även om det inte var den ursprungliga avsikten med mötet. Att läkaren lyssnade, visade omtanke och medkänsla samt synliggjorde våldet och gav stöd ansågs positivt. Efter avslöjandet kände de flesta kvinnor sig lättade och lugnade.	Grad II

Bilaga C5

Tabell 3 fortsätter

Publikation år Land Databas	Författare	Titel	Syfte	Metod Urval Bortfall	Slutsats	Vetenskaplig kvalitet
2003 USA Cinahl	Lutenbacher, M Cohen, A Mitzel, J	Do we really help? Perspectives of abused women	Att beskriva faktorer som hämmar, stödjer eller upprätthåller kvinnors förmåga att lämna förhållanden där våld förekommer samt att undvika dessa förhållanden i framtiden.	Metod: En kvalitativ studie baserad på semistrukturerade intervjuer Urval: 24 kvinnor utsatta för partnerrelaterat våld Bortfall: Redovisas ej	Dömande attityder, skuldbeläggning, oförståelse och ignorering var något som många kvinnor upplevde när de avslöjade misshandeln för vårdgivare. Kvinnorna berättade inte om våldet om de inte blev tillfrågade om det. Rutinmässig screening med direkta frågor om partnervåld ansågs av kvinnorna vara viktigt. Rädsla och oro över konsekvenser uttrycktes.	Grad I
2005 USA Cinahl	Lutz, K. F	Abused Pregnant Women's Interactions With Health Care Providers During the Childbearing Year	Att utforska hur partnerrelaterat våld under graviditeten påverkar kvinnans beslut om att söka vård och avslöja misshandeln samt deras preferenser vad gäller hälso- och sjukvårdspersonalens respons.	Metod: Kvalitativ metod med djupgående intervjuer. Dimensionell analys utifrån grounded theory Urval: 21 kvinnor som är eller varit utsatta för partnervåld under nuvarande eller tidigare graviditet och förlossning. Bortfall: Redovisas ej	Empati, respekt, och tid är viktiga delar vid mötet med vårdgivaren. Adekvat information och förståelse fick kvinnorna att känna sig tillfredsställda med sin vårdgivare. Kvinnorna ville bli screenade för partnervåld men problemet ignorerades och minimerades ofta. Relationen till vårdgivaren påverkade avslöjandet.	Grad I

Bilaga C6

Tabell 3 fortsätter

Publikation sår Land Databas	Författare	Titel	Syfte	Metod Urval Bortfall	Slutsats	Vetenskaplig kvalitet
2006 Japan PubMed	Nemoto, K Rodriguez, R Mkandawire Valhmu, L	Exploring the Health Care Needs of Women in Abusive Relationships in Japan	Att utforska misshandlade kvinnors upplevelser av hälso- och sjukvården i Japan.	Metod: En kvalitativ metod med både individuella och fokusgruppsintervjuer Urval: 6 kvinnor över 18 år deltog Bortfall: Ca 33 % (6 av 9 deltog)	Kvinnor upplevde bristande stöd samt att vårdgivare minimerade problemet. Brist på tid var något som gjorde det svårt att avslöja våld, då tilliten inte kan byggas upp. Kvinnorna upplevde det enklare att prata om sin situation om vårdgivaren förde ämnet på tal först. Information om partnerrelaterat våld efterfrågades.	Grad I
2008 Japan Cinahl	Nemoto, K Rodriguez, R Mkandawire- Valhmu, L	Battered Japanese women's perceptions and experiences of beneficial health care	Att utforska misshandlade japanska kvinnors uppfattningar och erfarenheter av det stöd från hälso- och sjukvården som upplevts hjälpsamma i hanteringen av sin partners våld.	Metod: Tolkande, kvalitativ metod med semistrukturerade intervjuer Urval: 15 kvinnor som utsatts för partnerrelaterat våld samt haft kontakt med hälso- och sjukvården på grund av detta Bortfall: Redovisas ej	Lyssnande och förstående sjuksköterskor upplevdes vara hjälpsamma vid avslöjandet. En god relation till vårdgivaren ansågs viktigt. Att vårdgivaren bjöd in till samtal om partnervåld underlättade avslöjningen. Adekvat information upplevdes hjälpsamt. Läkemedel kunde till viss del underlätta situationen.	Grad I

Bilaga C7

Tabell 3 fortsätter

Publikations år Land Databas	Författare	Titel	Syfte	Metod Urval Bortfall	Slutsats	Vetenskaplig kvalitet
2003 Storbritannien Cinahl	Peckover, S	'I could have just done it with a little more help': an analysis of women's help-seeking from health visitors in the context of domestic violence	Att utforska partnervåldsutsatta kvinnors redogörelser för kontakten med distriktsjuksköterskor (health visitors)	Metod: Kvalitativ metod med semistrukturerade intervjuer Urval: 16 kvinnor som utsatts för partnerrelaterat våld Bortfall: Redovisas ej	Ovilja att berätta om våldet var genomgående bland kvinnorna. En god relation till vårdgivaren underlättade avslöjandet. Rädsla över konsekvenser av ett avslöjande förekom. Många ville bli tillfrågade då de hade svårt att själva ta upp ämnet, dock beskrev många att de inte blev tillfrågade trots att vårdgivaren borde förstått. Information efterfrågades.	Grad II
2012 Australien Cinahl	Reisenhofer, S Seibold, C	Emergency healthcare experiences of women living with intimate partner violence	Att undersöka kvinnor som lever med våld i partnerrelationens upplevelser av att söka vård vid akutmottagningar samt hur dessa upplevelser påverkar deras förståelse för våld i partnerrelationer och deras självkänsla.	Metod: Kvalitativ metod baserad på individuella, semistrukturerade intervjuer. Analys utifrån grounded theory Urval: Urvalet bestod av 7 kvinnor, som alla hade lämnat sin partner Bortfall: Redovisas ej	Kvinnorna upplevde sig generellt få god fysisk vård men att de psykosociala behoven konsekvent blev förbisedda. Ett empatiskt och respektfullt bemötande var önskvärt, men många kvinnor upplevde i stället motsatsen. Negativa upplevelser av vården i relation till ett avslöjande fick kvinnorna att i framtiden hitta på andra ursäkter till skadorna.	Grad I

Bilaga C8

Tabell 3 fortsätter

Publikation år Land Databas	Författare	Titel	Syfte	Metod Urval Bortfall	Slutsats	Vetenskaplig kvalitet
2004 USA Cinahl	Zink, T Jacobson, C. J Regan, S Pabst, S	Hidden Victims: The Healthcare Needs and Experiences of Older Women in Abusive Relationships	Att bättre förstå de upplevelser och behov som äldre off er för partnerrelaterat våld har inom sjukvårdssektorn	Metod: En kvalitativ metod med semistrukturerade intervjuer användes Urval: 38 kvinnor över 55 år Bortfall: Ca 18 % (38 av 46 deltog)	Kvinnor upplevde en känsla av att vårdgivare inte hade tid för dem. Upplevelser av ignorering, minimering av problemet förekom. Vårdgivare upplevdes många gånger som osäkra och oförstående. Brist på empati förekom också. De vårdgivare som lyssnade, visade empati samt remitterade kvinnorna till andra instanser för vidare hjälp upplevdes vara hjälpsamma. Kvinnorna upplevde det enklare att tala om situationen om vårdgivaren förde ämnet på tal först.	Grad I

Bilaga D1

Tabell 4. Artikelöversikt/forskning med kvalitativ och kvantitativ metod

Publikation år Land Databas	Författare	Titel	Syfte	Metod Urval Bortfall	Slutsats	Vetenskaplig kvalitet
2011 Finland PubMed	Leppäkoski, T Paavilainen, E Åstedt-Kurki, P	Experiences of emergency care by the women exposed to acute physical intimate partner violence from the Finnish perspective	(1) att beskriva partnerrelaterat våld och hälsokonsekvenser för kvinnor som söker akutvård för sina akuta skador och (2) att beskriva kvinnors upplevelser av den akuta vården vid akutmottagning efter en incidens av akut våld.	Metod: Både kvalitativ och kvantitativ metod har använts, med frågeformulär samt intervjuer Urval: 35 kvinnor över 18 år på 28 olika akutmottagningar Bortfall: Redovisas ej	Kvinnor ville bli tillfrågade om partnerrelaterat våld. Det framkom att många kvinnor hade blivit tillfrågade, men att det också fanns dem som inte hade fått frågan trots tydliga tecken. Efter ett avslöjande upplevdes det som hjälpsamt när vårdgivare uppmuntrade kvinnan att polisanmäla. I vissa fall gjorde dock vårdgivaren ingenting efter ett avslöjande. Oförståelse samt brist på information var andra upplevelser i mötet med hälso- och sjukvården.	Grad I

