



GÖTEBORGS  
UNIVERSITET

**SAHLGRENSKA AKADEMIN**  
INSTITUTIONEN FÖR VÅRDVETENSKAP OCH HÄLSA

# HUR PERSONER UTSATTA FÖR PARTNERVÅLD UPPLEVER HÄLSO- OCH SJUKVÅRDSPERSONALENS BEMÖTANDE

## En litteraturstudie

### **Författare**

Eva-Lotta Hultman och Klara Dandebo

---

Examensarbete:	15 hp
Program:	Sjuksköterskeprogrammet
Nivå:	Grundnivå
Termin/år:	Ht/2019
Handledare:	Helena Dahlberg
Examinator:	Azar Hedemalm
	Institutionen för Vårdvetenskap och hälsa

## **Förord**

Vi vill rikta ett stort tack till vår handledare Helena Dahlberg och examinator Azar Hedemalm för den hjälp och vägledning vi fått under arbetsprocessen. Vi vill också tacka varandra för ett gott samarbete som varit både roligt och lärorikt.

Titel (svensk)	Hur personer utsatta för partnervåld upplever hälso- och sjukvårdspersonalens bemötande
Titel (engelsk)	How people subjected to intimate partner violence experience treatment from healthcare professionals
Examensarbete:	15 hp
Program och/eller kurs:	Sjuksköterskeprogrammet, OM5250 Examensarbete i omvårdnad
Nivå:	Grundnivå
Termin/år:	Ht/2019
Författare	Eva-Lotta Hultman och Klara Dandebo
Handledare:	Helena Dahlberg
Examinator:	Azar Hedemalm

---

## Sammanfattning

**Bakgrund:** Partnervåld är ett allvarligt problem som drabbar både individ och samhälle. Personer som utsätts för partnervåld uppsöker hälso- och sjukvård oftare än personer som inte är våldsutsatta. Paterno och Draughon (2016) framhåller dock att hälso- och sjukvårdspersonal ofta känner sig osäkra och saknar kunskap om hur våldsutsatta patienter bör bemötas och hjälpas på ett adekvat sätt, vilket gör att de inte väljer att diskutera partnervåld med patienter. Detta är problematiskt eftersom det kan vara avgörande för om våldsoffer får hjälp eller inte. **Syfte:** Syftet med studien är att belysa hur personer utsatta för partnervåld upplever hälso- och sjukvårdspersonalens bemötande. **Metod:** För att besvara syftet genomfördes en litteraturstudie av nio vetenskapliga originalartiklar, där resultatet analyserades med kvalitativ innehållsanalys. **Resultat:** Resultatet visade på tre teman; *vikten av empati, trygghetsfrämjande och förtroendeskapande faktorer* och *vägen till att berätta*. Dessa teman delades in i nio subteman, vilka går att läsa under respektive tema i resultatredovisningen. **Slutsats:** Det är viktigt att ha kunskap om hur personer utsatta för partnervåld önskar att bli bemötta eftersom hälso- och sjukvårdspersonal kan använda denna information för att bemöta våldsutsatta patienter på ett adekvat sätt, vilket främjar deras hälsa och minskar lidande.

Nyckelord: *Partnervåld, Bemötande, Hälso- och sjukvårdspersonal*

# Innehållsförteckning

1 Inledning	1
2 Bakgrund	1
<b>2.1 Definition av partnervåld</b>	1
<b>2.3 Förekomst av partnervåld</b>	2
<b>2.4 Konsekvenser av partnervåld</b>	2
<b>2.5 Sjuksköterskans roll</b>	2
2.5.1 Symtom och tecken på förekomst av partnervåld	2
2.5.2 Normaliseringsprocessen	3
2.5.3 Lidande och hopp - teoretisk utgångspunkt	3
2.5.4 Lagar och riktlinjer om partnervåld	4
3 Problemformulering	5
4 Syfte	5
5 Metod	5
<b>5.1 Datainsamling</b>	5
<b>5.2 Urval</b>	6
<b>5.3 Dataanalys</b>	7
<b>5.4 Etiskt övervägande</b>	7
6 Resultat	7
<b>6.1 Vikten av empati</b>	8
6.1.1 Empatiskt bemötande	8
6.1.2 Icke-empatiskt bemötande	8
6.1.3 Betydelsen av att bli sedd	9
<b>6.2 Trygghetsfrämjande och förtroendeskapande faktorer</b>	10
6.2.1 Hälso- och sjukvårdspersonalens kön, ålder och auktoritet	10
6.2.2 Kontinuitet och uppföljning	10
6.2.3 Patientens behov av information och hjälp	10
<b>6.3 Vägen till att berätta</b>	11
6.3.1 Frågan om partnervåld	11
6.3.2 Integritet och närvaro av anhörig	12
6.3.3 Språkbarriärer	12
Diskussion	13
<b>7.1 Metoddiskussion</b>	13
7.1.1 Analysmetod	13
7.1.2 Sökningar	13

7.1.3 Kvalitet	14
7.1.4 Etik	15
<b>7.2 Resultatdiskussion</b>	15
7.2.1 Kliniska implikationer	17
7.2.2 Behov av fortsatt forskning	18
7.2.3 Slutsats	18
Referenslista	19

# 1 Inledning

*En kvinna kommer i sällskap med en manlig anhörig in på en akutmottagning. I undersökningsrummet är det mannen som för kvinnans talan. Han säger att hon har drabbats av ett antal diffusa symtom. Sjuksköterskan observerar att kvinnan är tystlåten, undviker ögonkontakt och har något som liknar strypmärken på hennes hals. Sjuksköterskan frågar om märkena på halsen varpå mannen ger en förklaring till hur dessa uppstod. Sjuksköterskan tycker dock att mannens förklaring verkar osannolik i förhållande till märkenas utseende.*

Ovanstående scenario är exempel på beteenden som är vanliga vid våld i nära relation (Länsstyrelsen Halland, 2019). De kan dock också vara mer subtila och hållas uppe av en fin fasad. Det är viktigt att hälso- och sjukvårdspersonal har kunskap om detta eftersom Brottsförebyggande rådet ([Brå], 2014) framhåller att drygt var femte person i Sverige någon gång utsätts för våld i nära relation. Personer som utsätts för våld i nära relation uppsöker hälso- och sjukvård oftare än personer som inte utsatts för våld (Nationellt centrum för kvinnofrid [NCK], 2017). Paterno och Draughon (2016) framhåller dock att hälso- och sjukvårdspersonal ofta avstår från att fråga patienter om våld i nära relation på grund av att de saknar kunskap och känner sig osäkra kring hur de bör bemöta och handlägga dessa patienter på ett adekvat sätt. Hälso- och sjukvårdspersonal som kommer i kontakt med våldsutsatta personer befinner sig i en viktig position och har möjlighet att uppmärksamma personens utsatthet och ge ytterligare hjälp och stöd om denne vill. Syftet med litteraturstudien är därför att belysa våldsutsatta personers upplevelser av hälso- och sjukvårdspersonalens bemötande. Detta är viktigt eftersom det ger information om hur våldsoffer önskar att bli bemötta och hjälpta, vilket är värdefull kunskap för sjuksköterskor och andra personer som arbetar inom hälso- och sjukvården. I denna uppsats innefattar begreppet hälso- och sjukvårdspersonal sjuksköterskor, barnmorskor och läkare.

## 2 Bakgrund

### 2.1 Definition av partnervåld

*“The intentional use of physical force or power, threatened or actual, against oneself, another person, or against a group or community, that either results in or has a high likelihood of resulting in injury, death, psychological harm, maldevelopment or deprivation.”* (World Health Organization [WHO], 2019).

Våld i nära relation definieras som våld i en nuvarande eller före detta relation mellan närstående (Polisen, 2019). I denna uppsats omnämns dock våld i nära relation som partnervåld och inkluderar enbart våld i heterosexuella parrelationer. Socialstyrelsen (2019) framhåller att en våldshandling kan vara såväl fysisk, psykisk som sexuell, samt innebära att en person försätter sin partner i social, materiell eller ekonomisk utsatthet. *Fysiskt våld* definieras som handlingar som orsakar skada eller fysisk smärta, medan *psykiskt våld* kan innebära direkta eller indirekta hot och kränkningar. Vidare definierar de *sexuellt våld* som våldtäkt och andra påtvingade sexuella handlingar. De menar att *social utsatthet* kan innebära frihetsinskränkning, social isolering och att offret hindras från att träffa släkt och vänner och delta i sociala aktiviteter medan *materiell* och *ekonomisk utsatthet* kan innebära att offrets personliga tillhörigheter förstörs och att offret tvingas underteckna handlingar som för denne medför negativa konsekvenser. De

framhåller också att *vanvård, försummelse och felaktig medicinering* för personer som är beroende av vård och omsorg i vardagen är exempel på partnervåld.

## 2.3 Förekomst av partnervåld

Enligt Brås nationella kartläggning av brott i nära relationer (2014) utsattes cirka 7 % av Sveriges befolkning för våld i nära relation under 2012. Kartläggningen visade att fördelningen mellan könen var relativt jämn, både gällande fysiskt och psykiskt våld. Socialstyrelsen (2016) menar dock att kvinnor utsätts för grövre och mer upprepat partnervåld jämfört med män. Detta påstående understryks av Brås kartläggning (2014) som visade att cirka 30 % av kvinnorna, respektive cirka 2 % av männen utsattes för grov misshandel i nära relation, och på grund av det hade behövt uppsöka hälso- och sjukvård. Under 2018 orsakades nästan 70 % respektive 5 % av allt dödligt våld mot kvinnor respektive män av en nuvarande eller före detta partner. Det framgick också av kartläggningen att fler kvinnor än män utsätts för partnervåld under sin livstid. Detta motsvarar cirka 30 % av alla kvinnor ur ett globalt perspektiv (WHO, 2017). Motsvarande statistik saknas dock för män.

## 2.4 Konsekvenser av partnervåld

Att vara utsatt för partnervåld kan orsaka allvarliga konsekvenser för den fysiska, psykiska och/eller reproduktiva hälsan, både ur ett kortsiktigt- och långsiktigt perspektiv, och det kan i värsta fall leda till dödligt våld (WHO, 2017). Det framgår av en rapport av Länsstyrelsen Halland (2019) att partnervåld kan orsaka kroniska smärttillstånd, psykosomatiska symtom och sexuell dysfunktion samt hjärt-, alkohol- och drogproblem. Rapporten framhåller också att vanliga psykiska konsekvenser är ångest, depression, självskadebeteende och posttraumatiskt stressyndrom. Socialstyrelsen (2006) uppger att partnervåld också orsakar negativa konsekvenser ur ett samhällsekonomiskt perspektiv, eftersom det ökar belastningen på hälso- och sjukvården, rättsväsende och socialtjänst, samt på grund av arbetslöshet och produktionsbortfall för offren. De uppger också att partnervåld kostar det svenska samhället cirka tre miljarder kronor varje år. De framhåller dock att den totala kostnaden troligtvis är underskattad eftersom kostnader för exempelvis tandvård, läkemedelsanvändning och psykiatrisk hälso- och sjukvård inte är medräknad. De påpekar också att kostnaden kan vara underskattad eftersom många offer inte berättar för hälso- och sjukvårdspersonalen vad som har orsakat deras skador.

## 2.5 Sjuksköterskans roll

### 2.5.1 Symtom och tecken på förekomst av partnervåld

Att sjuksköterskan har kunskap om symtom och tecken på förekomst av partnervåld är viktigt för att kunna identifiera våldet och erbjuda hjälp. Socialstyrelsen (2016) uppger dock att symtom på ohälsa som orsakas av partnervåld ofta är diffusa vilket kan göra att varken patienten eller hälso- och sjukvårdspersonalen kopplar samman symtomen med dennes våldsutsatthet. Leppäkoski, Åstedt-Kurki och Paavilainen (2010) uppger att tecken på partnervåld exempelvis kan vara att patientens förklaring till uppkomsten av skadan inte är trovärdig i relation till dess omfattning eller lokalisation. Vidare framhåller de att ett nervöst eller fientligt beteende hos patienten kan

vara tecken på partnervåld, sånär som att den närstående inte vill lämna patienten ensam med hälso- och sjukvårdspersonalen.

De menar att vissa patienter självmant väljer att prata om sin situation medan andra inte gör det, vilket ställer krav på att sjuksköterskan lyssnar till sin intuition, känner in om något är fel och vågar fråga patienten om denne är utsatt för partnervåld. Socialstyrelsen (2014) uppger att många våldsutsatta personer är positivt inställda till att hälso- och sjukvårdspersonalen för frågan på tal. De framhåller också att möjlighet till att identifiera partnervåld ökar om hälso- och sjukvårdspersonalen ställer rutinmässiga frågor gällande patientens livssituation och dennes relation till sin nuvarande eller tidigare partner. Varje vårdbesök är därför en möjlighet för hälso- och sjukvårdspersonalen att identifiera partnervåld, och sjuksköterskan har ett betydande ansvar i denna process, eftersom sjuksköterskan enligt socialtjänstlagen (SoL 2001:453) är skyldig att dokumentera och anmäla misstankar om missförhållanden.

### **2.5.2 Normaliseringsprocessen**

Många våldsutsatta personer bedömer inte att deras partner har varit våldsam eller att deras problem är tillräckligt seriösa för att söka hjälp (Prozman, Lo Fo Wong & Largo-Janssen, 2013). Detta kan förklaras med hjälp av våldets normaliseringsprocess, vilket är en teoretisk modell som grundades av socialantropologen Eva Lundgren 1984. Lundgren (2004) förklarar normaliseringsprocessen som en parallell handling mellan offrets nedbrytningsprocess och förövarens sätt att utveckla våldet, vilket leder till att offret successivt utsätts för grövre våld. NCK (2017) menar att denna typ av nedbrytningsprocess bidrar till att offrets självkänsla och självförtroende gradvis minskar. Lundgren (2004) uppger också att det upptrappade våldet leder till att offrets självbild förändras, och att gränsen mellan vad som är rätt och fel suddas ut, vilket medför att offret slutligen övertygas om att våldet är befogat. Vidare förklarar hon att förövaren kan isolera offret från sitt sociala umgänge, vilket gör att förövaren blir offrets enda referenspunkt, samt att förövaren kan växla mellan våld och värme, vilket gör att offret känner större tacksamhet för och beroende av förövarens kärleksfulla handlingar. Hon uppger också att förövaren kan utnyttja normaliseringsprocessen för att utöva makt och kontroll, medan det är en överlevnadsstrategi för offret. Sammantaget kan detta leda till att offret inte identifierar sig som en våldsutsatt person (Viss, 2015), vilket gör det svårare för hälso- och sjukvårdspersonalen att uppmärksamma dessa patienter och ge dem den hjälp som de behöver.

### **2.5.3 Lidande och hopp - teoretisk utgångspunkt**

Eriksson (1994) delar in lidandet i de tre kategorierna *sjukdomslidande*, *vårdlidande* och *livslidande*. Sjukdomslidande förklarar hon som den fysiska, kroppsliga smärtan men menar även att den innefattar ett själsligt lidande. För att lindra den fysiska smärtan har hälso- och sjukvården flera kliniska resurser att tillgå, som exempelvis läkemedelsbehandling. Det själsliga lidandet innefattar känslor, skam och förnedring vilket i sin tur kan vara svårare för hälso- och sjukvårdspersonalen att förhålla sig till då de kan sakna de rätta verktygen för att minska dessa känslor av lidande. I och med att varje människa besitter sina egna individuella upplevelser av en situation kan vårdlidandet uttryckas på många vis. Vidare framhåller hon att lidande kan orsakas av hälso- och sjukvårdspersonalen i form av maktutövning, straff, dömande, kränkningar eller utebliven vård och omsorg. Till kategorin livslidande hör exempelvis hot mot ens egna person. Här belyser hon även vikten av att bli sedd och älskad och att avsaknad av detta ger människan en känsla av hopplöshet vilket vidare kan leda till känslan av att man inte orkar med livet längre.



Det är inte alltid möjligt att lindra all typ av lidande men som hälso- och sjukvårdspersonal kan man genom att stödja, trösta och förmedla hopp bidra till att minska patientens lidande.

Vidare är lidande är något som starkt kan sammanlänkas med personer utsatta för partnervåld och att lindra lidande och förmedla hopp är två av omvårdnadens främsta mål (Svensk sjuksköterskeförening [SSF], 2016), och därför har sjuksköterskan ett ansvar gentemot våldsutsatta patienter. Detta bekräftas även av en rapport från Länsstyrelsen Halland (2019) som menar att hälso- och sjukvårdspersonalens bemötande och kunskap är avgörande för om våldsutsatta personer vill ta emot hjälp och stöd från samhället. I samband med uppbrott från sin partner tenderar våldet att eskalera (Brå, 2019) varpå Willman (2015) menar att det är viktigt att sjuksköterskan kan vägleda patienten till att känna trygghet och hopp, eftersom detta kan bidra till att patienten upplever en mening med livet.

#### **2.5.4 Lagar och riktlinjer om partnervåld**

Som medlemsland i Förenta nationerna [FN] arbetar Sverige för att uppfylla Agenda 2030 och dess 17 globala mål för en hållbar utveckling (Regeringskansliet, u.å.). I *mål 16* står det att all form av våld inklusive dödligt våld ska motverkas, vilket är något som sjuksköterskan och övrig hälso- och sjukvårdspersonal bör arbeta för i sin dagliga verksamhet. Omvårdnadsarbetet är dessutom nära kopplat till *mål 3* som säger att den psykiska hälsan och välbefinnandet ska främjas genom förebyggande insatser och behandling. Genom att sjuksköterskan lyfter frågan om partnervåld i mötet med patienten uppmärksammas att hjälp och stöd finns att få för den som är utsatt.

Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd om våld i nära relationer (SOSFS 2014:4) handlar bland annat om hur vårdgivaren ska förhålla sig till en person som är eller har varit utsatt för någon typ av våld eller övergrepp. Om en person visar symtom eller tecken som väcker misstanke om någon form av våld eller övergrepp ska vårdgivaren i enlighet med socialtjänstlagen (SoL 2001:453) göra en anmälan till socialtjänsten om det finns barn i familjen. Utöver anmälan ska hälso- och sjukvårdspersonalen bland annat ställa frågor gällande orsaken till uppkomsten och beakta vilka behov personen kan ha av hälso- och sjukvård (SOSFS 2014:4). Likaså ska symtom och tecken kopplade till misstanke om våld och övergrepp dokumenteras i patientjournalen. Socialstyrelsen (2014) rekommenderar att hälso- och sjukvårdspersonalen ställer rutinmässiga frågor om partnervåld inom mödrahälsovården, barn- och ungdomspsykiatri och till alla kvinnliga patienter inom psykiatri.

Det framgår av hälso- och sjukvårdslagen (SFS 2017:30) att hälso- och sjukvårdspersonal ska “/.../ arbeta för att förebygga ohälsa” samt “/.../ främja goda kontakter mellan patient och hälso- och sjukvårdspersonal”. Detta går i linje med svensk sjuksköterskeförenings kompetensbeskrivning för legitimerad sjuksköterska (SSF, 2017) som framhåller att sjuksköterskan i enlighet med gällande lagar, författningar och styrdokument ansvarar för de beslut “/.../ som erbjuder människor ökade möjligheter att förbättra, bibehålla eller återfå sin hälsa, hantera hälsoproblem /.../ och uppnå bästa möjliga välbefinnande och livskvalitet”. Detta framgår även av International Council of Nurses [ICN] etiska kod för sjuksköterskor som menar att sjuksköterskans fyra grundläggande ansvarsområden är att främja hälsa, förebygga sjukdom, återställa hälsa och lindra lidande (SSF, 2017).

I praktiken är det därför viktigt att hälso- och sjukvårdspersonalen förhåller sig till dessa lagar och riktlinjer så att våldsutsatta patienter kan identifieras och erbjudas adekvat hjälp. Enqvist

(2019) framhåller att det är viktigt att hälso- och sjukvårdspersonalen skapar en förtroendefull relation till patienten för att denne ska känna sig trygg. Han menar att trygghet är viktigt eftersom stress har en negativ inverkan på kroppens immunförsvar och kan försämra dennes läkningsförmåga. Vidare framhåller han att patienten bör göras delaktig i hälso- och sjukvården genom att erhålla information om den egna hälsan, vilket också är lagstadgat enligt patientlagen (SFS 2014:821). Detta är viktigt eftersom det kan motivera patienten till att göra livsstilsförändringar, vilket i det här fallet kan innebära att bryta upp med sin förövare och leva ett liv fritt från våld, vilket troligtvis skulle minska dennes lidande.

### **3 Problemformulering**

Paterno och Draughon (2016) framhåller att forskning visar att sjuksköterskor känner sig otillräckliga och osäkra i mötet med våldsutsatta patienter eftersom de saknar utbildning och träning inom ämnet. Vidare menar de att detta är en av de främsta anledningarna till att sjuksköterskor inte väljer att lyfta frågan om partnervåld med patienter. För att sjuksköterskor och annan hälso- och sjukvårdspersonal ska kunna bemöta våldsutsatta patienter på ett adekvat sätt vill vi med denna litteraturstudie belysa hur patienter utsatta för partnervåld upplever hälso- och sjukvårdspersonalens bemötande. Denna kunskap tror vi kan bidra till att fler våldsutsatta personer upptäcks och därigenom erbjuds adekvat hjälp, vilket i längden kan bidra till att minska individens lidande och de samhällsekonomiska kostnaderna.

### **4 Syfte**

Syftet är att belysa hur personer utsatta för partnervåld upplever hälso- och sjukvårdspersonalens bemötande.

### **5 Metod**

Metoden som valdes var en litteraturöversikt, vilken ansågs vara lämplig eftersom syftet var att kartlägga redan genomförd forskning inom det aktuella området (Billhult, 2017). Genom att använda sig av evidensbaserad forskning inhämtas kunskap som ligger till grund för utformning av handlingar inom hälso- och sjukvården som är anpassade efter patientens specifika behov vilket utmynnar i en god och säker vård (Segesten, 2017).

#### **5.1 Datainsamling**

Vid sökning av artiklarna användes databaserna PubMed, Cinahl och Scopus, då dessa innehåller vetenskapliga artiklar som berör omvårdnad och medicin (Karlsson, 2017). Försök till artikelsökningar gjordes även i the Cochrane Library, vilket är en databas som innehåller oberoende evidensbaserade artiklar av hög kvalitet (the Cochrane Library, 2019). Dessvärre var inte databasen tillgänglig vid tidpunkten för sökning, eftersom deras server låg nere.

I litteratursökningarna eftersträvades ämnesord anpassade till de olika databaserna. Ämnesord gör att sökningen blir mer specifik (Karlsson, 2017). Vid sökningarna i PubMed användes sökord från Medical Subject Headings [MeSH] och dess svenska motsvarighet Svensk MeSH, och i Cinahl användes sökord från Cinahl Headings. För att bredda sökningarna i PubMed och Scopus användes synonymer från Svensk MeSH. Scopus är en oberoende databas som tillhandahåller artiklar skrivna av oberoende ämnesexperter (Elsevier, 2019). Scopus har därför inte några egna databasanpassade ämnesord, varpå samtliga sökord från MeSH, Svensk MeSH och Cinahl Headings tillämpades i sökningarna. Alla sökord och sökningar finns att tillgå i *Bilaga 1*.

Sökorden "Experienc\*", "Feel\*" och "Emotion\*" användes för att hitta artiklar som beskrev patienternas upplevelser och känslor, vilket är kopplat till uppsatsens syfte. Tillämpning av trunkeringen "\*" på sökorden "Experienc\*", "Feel\*" och "Emotion\*" användes i syfte att bredda sökningen (Karlsson, 2017), utan att behöva addera fler sökord. Citationstecken användes för att hålla ihop begrepp (Karlsson, 2017) som exempelvis "Intimate Partner Violence". Detta då sökningarna annars resulterade i artiklar som berörde andra typer av våld än partnervåld, vilket inte var relevant för syftet. Citationstecken gjorde därför sökningarna mer specifika. Den booleska operatorn "OR" användes för synonymer för att vidga och öka sökningens sensitivitet (Karlsson, 2017).

Databaserna har avgränsningsfunktioner som hjälper till att specificera urvalet av artiklar (Östlundh, 2017). "All adults" och "Document type: Article" användes för att precisera sökningen, "Peer reviewed" användes för att säkerställa kollegial granskning och "Date newest" användes för att sortera artiklarna utifrån senast publicerad forskning.

## 5.2 Urval

Statistik från Brå (2014) visade att prevalensen av partnervåld var relativt jämnt fördelad mellan könen och därför var vi intresserade av att undersöka om kvinnliga, respektive manliga patienter, hade olika upplevelser och erfarenheter av hälso- och sjukvårdspersonalens bemötande. Sökningarnas resultat visade dock att det inte fanns några artiklar om män och personer som lever i samkönade relationer som var relevanta för syftet. Detsamma gällde artiklar som enbart berörde patientens möte med sjuksköterskan och med anledning av detta inkluderades även artiklar där möten med läkare och barnmorskor beskrivs. Vi valde också att enbart inkludera artiklar som har rekryterat deltagare över 18 år, eftersom hälso- och sjukvårdspersonal förhåller sig till annan lagstiftning vid misstanke om våld mot barn (SFS 2001:453). Uppsatsen hade även blivit för omfattande och tidskrävande i förhållande till de givna förutsättningarna.

Sökning av litteratur i databaserna resulterade i nio artiklar som var relevanta för syftet. Åtta av dessa hade en kvalitativ ansats som baserades på intervjuer medan en hade en kvantitativ ansats och var en enkätundersökning. Tre av de valda artiklarna genomfördes i Sverige och två genomfördes i USA. Resterande artiklar genomfördes i Indien, England, Jordanien och Norge. Samtliga deltagare i de respektive studierna var kvinnliga offer för partnervåld som levde i heterosexuella förhållanden. Deltagarna rekryterades från kvinnokriscentrum, skyddade boenden för kvinnor, mödravårdscentraler och tidigare studier där de uppgett att de varit utsatta för partnervåld. Deltagarna i studierna tillfrågades om deras erfarenheter av att möta och söka hjälp av hälso- och sjukvårdspersonal på mödravårdscentraler, en akutmottagning och inom psykiatrin. De blev också tillfrågade om hur de önskade att bli bemötta av hälso- och sjukvårdspersonal samt vilka egenskaper hos hälso- och sjukvårdspersonalen som gjorde att de kände sig bekväma eller

obekväma med att prata om partnervåld. En mer utförlig beskrivning av samtliga artiklar finns att tillgå i *Bilaga 2*.

För att säkerställa att resultatet av litteratursökningen hade hög evidens granskades artiklarna utifrån Statens beredning för medicinsk utvärderings ([SBU], 2014) kvalitetsgranskningsmall och enbart studier som bedömdes ha medelhög till hög kvalitet inkluderades. Kvalitetsgranskningar visar om artikelns innehåll passar det valda syftet och om den håller tillräckligt god kvalitet (Friberg, 2017).

### 5.3 Dataanalys

Kvalitativ innehållsanalys användes eftersom denna analysmetod ansågs vara lämplig då vi ville erhålla en bred beskrivning av vårt syfte, och med hjälp av denna kunna dra slutsatser (SBU, 2014). Analysmetoden genomfördes utifrån en beskrivning av Dahlborg-Lyckhage (2017). Under sökningsarbetet i databaserna pågick en ständig diskussion över de fynd som uppmärksammades. För att bilda en övergripande uppfattning och förståelse för artiklarna lästes dessa igenom i sin helhet ett flertal gånger, och därefter lades fokus på artiklarnas resultat. För att resultatet skulle granskas noggrant lästes de igenom av båda författarna som individuellt identifierade meningsbärande enheter vilka sedan diskuterades, lades samman och resulterade i nio subteman. Därefter jämfördes dessa med varandra, vilket resulterade i tre teman, vilka var *vikten av empati, trygghetsfrämjande och förtroendeskapande faktorer* och *vägen till att berätta*.

### 5.4 Etiskt övervägande

Lag (SFS 2003:460) om etikprövning av forskning som avser människor uppger att denna typ av forskning enbart får genomföras om den har erhållit etiskt godkännande. Lagen uppger också att denna typ av forskning bör tillämpa information om samtycke. Vi valde därför att enbart inkludera studier som förhållit sig till de forskningsetiska principerna och som därmed har erhållit etiskt godkännande från en etisk kommitté. En utav studierna hade erbjudit deltagarna stöd efter intervjuerna och en annan studie hade låtit deltagarna få en kopia av transkriptet där de kunde göra ändringar om de önskade. Det framgick dock att endast sju av de nio utvalda artiklarna hade erhållit informerat samtycke från deltagarna. Vidare bör tilläggas att lagen enbart gäller forskning som genomförs i Sverige. Lagstiftningen kan därför se annorlunda ut i andra länder, vilket kan förklara varför två av de nio studierna inte tillämpade informerat samtycke.

## 6 Resultat

Efter analysering av samtliga studier kunde nio subteman och tre teman identifieras. För att ge en överskådlig bild över resultatet presenteras subteman och teman i nedanstående tabell (*Tabell 1*). En bilaga med beskrivningar av samtliga artiklar finns att tillgå i *Bilaga 2*.

*Tabell 1. Teman*

Artikelnummer	Vikten av empati			Trygghetsfrämjande och förtroendeskapande faktorer			Hinder för att berätta		
	Empatiskt bemötande	Icke-empatiskt bemötande	Betydelsen av att bli sedd	Hälso- och sjukvårdspersonalens kön, ålder och auktoritet	Kontinuitet och uppföljning	Patientens behov av information och hjälp	Frågan om partner våld	Integritet och närvaro av anhörig	Språkbarriärer
A1	X	X	X		X	X	X		
A2	X		X	X		X			
A3	X				X	X	X	X	X
A4		X	X		X	X			
A5	X	X	X			X	X	X	
A6				X					
A7	X	X	X		X	X		X	
A8	X	X	X	X		X	X	X	X
A9		X		X	X	X	X		

## 6.1 Vikten av empati

Resultatet visade att våldsutsatta patienter önskade att hälso- och sjukvårdspersonalen var empatisk, respektfull och tålmodig samt lyssnade på och såg dem. Detta hade betydelse för patientens känsla av trygghet till hälso- och sjukvårdspersonalen vilket påverkade om de berättade om sin situation eller inte.

### 6.1.1 Empatiskt bemötande

Det framgick att empati var en viktig förtroendeskapande egenskap som var avgörande för att de våldsutsatta kvinnorna skulle våga berätta om sin situation (Damra, Abujilban, Rock, Tawalbeh, Ghbari & Ghaith, 2015; Edin, Dahlgren, Lalos & Högberg, 2010; Garnweidner-Holme, Lukasse, Solheim & Henriksen, 2017; Yam, 2000). Deltagarna beskrev att ett gott bemötande från hälso- och sjukvårdspersonalen innebar att de visade empati (Edin et al., 2010; Vranda, Kumar, Muralidhar, Janardhan & Sivakumar, 2018; Yam, 2000; Örmon, Torstensson-Levander, Sunnqvist & Bahtsevani, 2013) och respekt (Örmon et al., 2013), var stöttande (Vranda et al., 2018), tog sig tid att lyssna (Edin et al., 2010; Örmon et al., 2013), var inkännande (Örmon et al., 2013), uttryckte oro (Yam, 2000) och visade sina egna känslor (Edin et al., 2010).

En utav deltagarna valde enligt Yam (2000) att berätta om sin våldsutsatthet eftersom en sjuksköterska var empatisk och verkade oroad för kvinnan. Istället för att fråga patienten om hon var våldsutsatt berättade sjuksköterskan om andra kvinnor som hade blivit misshandlade av sin partner, vilket fick kvinnan att känna sig trygg och sedd. Örmon et al (2013) skriver att delar av hälso- och sjukvårdspersonalen var inkännande och förstående i mötet med de våldsutsatta kvinnorna, och att de litade på deras berättelser utan att behöva be om detaljerade beskrivningar för att de skulle bli betrodda.

### 6.1.2 Icke-empatiskt bemötande

Det framgick att många våldsutsatta patienter hade dåliga erfarenheter av hälso- och sjukvårdspersonalens bemötande. Detta berodde på att de saknade empati och tålmod och hade en otrevlig attityd (Pratt-Eriksson, Bergbom & Lyckhage, 2014). Det framgick att många av deltagarna hade blivit skuldbelagda och ifrågasatta av hälso- och sjukvårdspersonalen efter att de hade berättat om sin våldsutsatthet (Damra et al., 2015; Pratt-Eriksson et al., 2014; Yam, 2000;

Örmon et al., 2014). Kvinnorna hade exempelvis blivit anklagade för att ha provocerat förövaren (Damra et al., 2015; Yam, 2000), inte försvarat sig och att de hade en masochistisk personlighet (Örmon et al., 2013). Deltagarna uppgav också att de hade blivit kritiserade för att de stannade kvar hos sin förövare (Yam, 2000). En del av deltagarna upplevde också att hälso- och sjukvårdspersonalen var likgiltiga inför deras våldsutsatthet (Yam, 2000) och att de saknade intresse för sociala frågor (Bacchus, Mezey & Bewley, 2003).

Sammantaget medförde detta att patienterna upplevde att de blev misstrodda (Örmon et al., 2014) och inte tagna på allvar (Yam, 2000) samt att de började skuldbelägga sig själva (Örmon et al., 2013; Pratt-Eriksson et al., 2014). Vidare framgick det att de våldsutsatta patienterna undvek att diskutera partnervåld med hälso- och sjukvårdspersonal som hade ett icke-empatiskt bemötande och icke-tillmötesgående kroppsspråk (Örmon et al., 2013).

### 6.1.3 Betydelsen av att bli sedd

Damra et al. (2015) menade att några av deltagarna inte upplevde att de inte hade blivit sedda eller hörda under sina möten med hälso- och sjukvården. De uppgav bland annat att hälso- och sjukvårdspersonalen undvek ögonkontakt och att de ställde frågor utan att lyssna på svaren. En av deltagarna berättade dessutom att läkaren viftade med handen för att hon skulle förklara sin situation snabbare. Detta belyses i nedanstående citat. "IPV" är en förkortning av "Intimate Partner Violence" vilket är den engelska motsvarigheten till partnervåld.

*"For that reason, I did not share my IPV problem with her. I thought that my GP did not have enough time to discuss additional personal issues with me."* (Damra et al., 2015, s. 811)

Flera av deltagarna som sökte hälso- och sjukvård på grund av sina skador upplevde också att hälso- och sjukvårdspersonalen fokuserade på deras somatiska tillstånd eller psykiatriska diagnos (Edin et al., 2010; Örmon et al., 2013) istället för att uppmärksamma orsaken till att de var där (Edin et al., 2010; Yam, 2000; Örmon et al., 2013). Det framgick exempelvis av en studie som genomfördes inom den psykiatriska hälso- och sjukvården, att hälso- och sjukvårdspersonalen insinuerade att de våldsutsatta patienterna var psykotiska då de berättade om sina erfarenheter av partnervåld (Örmon et al., 2013). De hade också erfarenheter av brutna löften om stöd och hjälp (Örmon et al., 2013) vilket gjorde att patienterna kände sig ignorerade och att de fick kämpa för att synas och höras (Pratt-Eriksson et al., 2014).

Vidare framgick det att vissa kvinnor i desperata försök att bli sedda och hörda hade blivit muntligt och fysiskt utåtagerande mot hälso- och sjukvårdspersonalen, men att de hade blivit uppmanade till att vara tysta och ta sig samman, och tillsagda att deras krav på stöd var orealistiska (Örmon et al., 2013). Vissa deltagare menade också att uttalade suicidtankar var det enda sättet för dem att få den hjälp de önskade. Men trots detta blev de ändå inte trodda, vilket resulterade i en känsla av att bli övergiven (Örmon et al., 2013).

*"When you've talked about it a number of times without being believed and when people say 'yes, yes, ok' then you lose your self-confidence and start thinking, how can I be able to trust someone if people don't believe what I say."* (Örmon et al., 2013, s. 2308)

## 6.2 Trygghetsfrämjande och förtroendeskapande faktorer

Det framgick att kvinnliga våldsoffer föredrog att diskutera partnervåld med icke-auktoritär hälso- och sjukvårdspersonal av samma kön och ålder som de själva, eftersom detta skapade trygghet och förtroende. Det framkom även att kontinuitet och uppföljning samt information och erbjudande av hjälp var viktiga trygghetsfrämjande och förtroendeskapande faktorer.

### 6.2.1 Hälso- och sjukvårdspersonalens kön, ålder och auktoritet

Kvinnliga patienter tycktes föredra att berätta om sina erfarenheter av partnervåld för kvinnlig hälso- och sjukvårdspersonal. Detta berodde på att de upplevde att kvinnor lättare kunde relatera till deras situation jämfört med män (Damra et al., 2015; Hayden, Barton & Hayden, 1997). Vissa deltagare menade dock att de hade kunnat berätta om sina erfarenheter av partnervåld för manlig hälso- och sjukvårdspersonal, om de hade en empatisk och icke-dömande attityd (Bacchus et al., 2003). Det framgick också att deltagarna kände större förtroende för hälso- och sjukvårdspersonal som var i deras egen ålder eller äldre (Damra et al., 2015). Deltagarna upplevde också att deras relation till läkare var mer formell än den till sjuksköterskor eller barnmorskor, vilket gjorde att de hellre diskuterade partnervåld med sjuksköterskor eller barnmorskor jämfört med läkare (Damra et al., 2015). Edin et al. (2010) framhöll dock att flera av kvinnorna upplevde barnmorskan som auktoritär, vilket bidrog till en skrämmande känsla över att behöva berätta om sin våldsutsatthet samt att de var rädda för att bli skuldbelagda, vilket i sin tur utgjorde ett hinder för att våga berätta om sin situation.

### 6.2.2 Kontinuitet och uppföljning

Deltagarna framhöll också vikten av kontinuitet i relation till hälso- och sjukvårdspersonalen, eftersom det kan bidra till att de hinner bygga upp en förtroendefull relation, medan brist på kontinuitet gjorde det svårt att skapa en förtroendefull relation och våga berätta om sin situation (Bacchus et al., 2003). Gravida kvinnor som besökte barnmorskor på mödravårdscentraler menade exempelvis att frågan om partnervåld borde ställas i mitten eller mot slutet av graviditeten, eftersom kvinnan då förhoppningsvis har hunnit få förtroende för barnmorskan (Garnweidner-Holme et al., 2017). Vissa av kvinnorna upplevde att tiden för besöket hos hälso- och sjukvårdspersonalen var för kort för att diskutera partnervåld (Bacchus et al., 2003) varpå de kände att det inte fanns utrymme för att prata om övergrepp (Örmon et al., 2013). Kvinnorna påtalade också att det fanns brister i informationsutbytet och uppföljningen, vilket gjorde att de upplevde att de inte hade fått adekvat hjälp (Bacchus et al., 2003; Pratt-Eriksson et al., 2014). Yam (2000) framhöll exempelvis att kvinnorna önskade att de hade blivit uppringda ett par dagar efter besöket på akutmottagningen för att få en uppföljning. De menade bland annat att de hade behövt betänketid för att avgöra om de ville göra en polisanmälan eller inte.

### 6.2.3 Patientens behov av information och hjälp

Det framgick att många våldsutsatta patienterna inte hade fått den hjälp de förväntade sig och behövde få efter att de hade berättat om sin situation (Edin et al., 2010). Deltagarna uttryckte att de saknade förtroende för hälso- och sjukvårdspersonalens förmåga att förstå deras situation och hjälpa dem (Bacchus et al., 2003; Garnweidner-Holme et al., 2017), vilket gjorde att kvinnorna upplevde att det var meningslöst att berätta för hälso- och sjukvårdspersonalen om sin situation, då det ändå inte gjorde någon skillnad (Edin et al., 2010). Det framgick att hälso- och sjukvårdspersonalen hade bristande kunskaper om partnervåld, bland annat på grund av att

kvinnorna exempelvis blev hänvisade till parterapi (Bacchus et al., 2003; Damra et al., 2015; Vranda et al., 2018) eller föreslagna att vila upp sig och åka på semester (Bacchus et al., 2003; Damra et al., 2015). Bristen på hjälp fick deltagarna att må dåligt, eftersom de upplevde att de inte kunde ändra på sin situation (Vranda et al., 2018).

Deltagarna önskade att hälso- och sjukvårdspersonalen hade diskuterat partnervåld och erbjudit dem adekvat hjälp, vilket hade fått dem att känna sig sedda (Yam, 2000). Det framgick också att kvinnorna önskade att få information om partnervåld och dess innebörd, vilka hälsokonsekvenser det ger på kort- och på lång sikt, hur det drabbar barn i dess omgivning och vart de kan vända sig för att få hjälp (Damra et al., 2015). En utav deltagarna som hade utländsk bakgrund menade att barnmorskan också bör informera patienterna om deras juridiska rättigheter, eftersom hon inte var medveten om att partnervåld var olagligt i landet hon migrerat till (Garnweidner-Holme et al., 2017). Detta kan vara viktigt eftersom maken i vissa kulturer har rätt till att med våld eller på ett kränkande sätt rätta sin hustru misstag, vilket kan bli ett hinder till att kvinnor avslöjar partnervåld (Damra et al., 2015).

*“I was not aware that violence was forbidden in Norway, that there should not be violence, and that it would be against the law.”* (Garnweidner-Holme et al., 2017, s. 5)

Några av kvinnorna hade blivit tilldelade information om vilka samhälleliga resurser som fanns att tillgå, vilket de var nöjda med (Damra et al., 2015; Vranda et al., 2018). Vissa deltagare uppgav att det funnits broschyrer i väntrum med information om vart de kunde vända sig för att få hjälp, vilket de upplevde bjöd in till dialog om partnervåld med hälso- och sjukvårdspersonalen. Kvinnorna gav också exempel på tillfällen då information i väntrummet fanns att tillgå, men att ingen uppföljning gavs från hälso- och sjukvårdspersonalen. Där det inte fanns information att tillgå kände sig deltagarna osäkra på om det var lämpligt att diskutera partnervåld och om hälso- och sjukvårdspersonalen var intresserade av ämnet och kunde ge dem stöd (Damra et al., 2015). En kvinna menade dock att hon varken hade fått information eller praktiska råd, utan endast fått berätta sin historia och blivit lyssnad på, vilket var allt hon behövde för stunden (Edin et al., 2010).

## 6.3 Vägen till att berätta

För att våldsutsatta patienter ska våga, vilja och kunna berätta om sin situation krävs det ofta att hälso- och sjukvårdspersonalen för ämnet på tal samt respekterar patientens integritet och motverkar språkbarriärer genom att anlita tolk.

### 6.3.1 Frågan om partnervåld

Att patienten blir tillfrågad om att vara våldsutsatt kan vara avgörande för om denne väljer att berätta om sin situation eller inte (NCK, 2017). Det framgick av resultatet att hälso- och sjukvårdspersonal sällan tog upp frågan om partnervåld vilket ledde till att många av deltagarna aldrig hade pratat om partnervåld inom hälso- och sjukvården (Bacchus et al., 2003; Damra et al., 2015; Örmon et al., 2013). Garnweidner-Holme et al. (2017) menar att deltagarna i studien önskade att barnmorskan hade tillfrågat dem om partnervåld, eftersom de själva inte vågade föra ämnet på tal. Detta bekräftades även av Bacchus et al. (2003) och Damra et al. (2015) som menade att deltagarna hade kunnat tänka sig att prata om partnervåld om hälso- och sjukvårdspersonalen hade fört det på tal, men att de kände sig alldeles för generade och osäkra för



att ta upp frågan själva. Deltagarna uppgav att det kändes viktigt att få berätta om sin våldsutsatthet för att få hjälp och minska sitt lidande (Bacchus et al., 2003). Enligt Vrandra et al. (2018) visade det sig att de flesta kvinnor upplevde avslöjandet om sin våldsutsatthet som positiv.

*“I did feel relieved (being asked the questions) and felt OK /.../ finally released the things I stomached it all these years without telling to any one (talk about abuse).”* (Vrandra et al., 2018, s. 329)

*“I felt relaxed and relieved from pain that I have been carrying all throughout my marriage.”* (Vrandra et al., 2018, s. 329)

Hur frågan om partnervåld ställdes visade sig också vara av betydelse. Vissa deltagare föredrog att frågan ställdes rättfram (Bacchus et al., 2003; Damra et al., 2015; Garnweidner-Holme et al., 2017), medan andra deltagare ville få en mer öppet ställd fråga (Garnweidner-Holme et al., 2017). Deltagarna föreslog att barnmorskan skulle fråga hur kvinnan själv definierade våld och att även barnmorskan definierade vad våld innebär. Detta berodde på att många kvinnor inte identifierar sig själva som våldsutsatta, men att det skulle kunna få dem att inse att de är utsatta för våld.

### **6.3.2 Integritet och närvaro av anhörig**

Damra et al. (2015) menade att deltagarna ville diskutera partnervåld på en privat och ostörd plats utan närvaro av närstående. Många av deltagarna hade dock erfarenhet av att ha blivit tillfrågade av hälso- och sjukvårdspersonal som inte hade tagit hänsyn till deras integritet och säkerhet. Det framgick exempelvis att de hade blivit tillfrågade om partnervåld i väntrum, när dörren till undersökningsrummet stått öppen eller när en närstående som exempelvis förövaren hade varit närvarande (Damra et al., 2015). Att förövaren eller andra närstående är närvarande i mötet med hälso- och sjukvårdspersonalen kan utgöra ett hinder för patienten att våga berätta om övergreppen och orsaken till skadorna, uppger Garnweidner-Holme et al. (2017), Vrandra et al. (2018) och Yam (2000).

*“How can I disclose it doctor? My husband was sitting along with me. After going home he will beat me more.”* (Vrandra et al., 2018, s. 328)

*“I was hesitant to talk. because my elder son accompanies me for my hospital visit. I embarrassed to speak in front of him.”* (Vrandra et al., 2018, s. 328)

### **6.3.3 Språkbarriärer**

En del av kvinnorna med invandrarbakgrund upplevde svårigheter med att diskutera partnervåld på grund av språkbarriärerna. De upplevde också svårigheter med att prata med barnmorskan med hjälp av en tolk, och hade önskat att tolken hade erfarenhet av partnervåld, eftersom de menar att det hade underlättat samtalet (Garnweidner-Holme et al., 2017).

# Diskussion

## 7.1 Metoddiskussion

### 7.1.1 Analysmetod

Att göra en kvalitativ innehållsanalys ansågs vara lämpligt eftersom uppsatsens syfte var att erhålla en bred beskrivning av ämnet och därefter dra slutsatser utifrån den (SBU, 2014). Genom att studera de valda artiklarna kunde vi bilda oss en djupare uppfattning om hur patienten upplever hälso- och sjukvårdspersonalens bemötande i olika situationer samt vilka känslor och konsekvenser detta kan medföra. Svagheten med att göra en kvalitativ innehållsanalys av materialet var att vi också inkluderade en kvantitativ artikel, vilken möjligtvis inte analyserades på ett korrekt sätt. Däremot bidrog den kvantitativa artikeln inte med ny kunskap, utan bekräftade enbart vad som redan framgick av de kvalitativa artiklarna, och utgjorde därför enbart en liten del av resultatet. Vi gjorde därför bedömningen att en kvalitativ innehållsanalys ändå kunde genomföras.

### 7.1.2 Sökningar

I början av litteratursökningen var avsikten att endast använda nordiska artiklar, eftersom diskussionen var tänkt att baseras på svensk lagstiftning och svenska riktlinjer, och därför användes sökord som preciserade de nordiska länderna. Dessa sökningar resulterade dock i relativt få artiklar och därför breddades sökningarna genom att ta bort de områdesanpassade sökorden. Detta gav upphov till fler relevanta artiklar. Majoriteten av de utvalda artiklarna var gjorda i västerländska länder, medan två var gjorda i asiatiska länder. Detta innebär att kulturen skiljer sig från den västerländska kulturen vilket kan göra att deltagarna möjligtvis hade en annorlunda syn på partnervåld. Det framgick till exempel att partnervåld inte var olagligt i vissa länder (Damra et al., 2015; Garnweidner-Holme et al., 2017). Det framgick dock att det fanns stora likheter mellan patienternas upplevelser och hur de önskade att bli bemötta, oavsett vilken kultur de hade eller vilket land de bodde i. Att lyfta fram dessa likheter ansågs vara en styrka gällande resultatets överförbarhet varpå dessa artiklar inkluderades. Vidare är detta något som sjuksköterskor i Sverige bör ha kunskap om eftersom vi lever i en globaliserad värld, och eftersom det är sjuksköterskans etiska plikt att ge vård på lika villkor (Svensk sjuksköterskeförening, 2017).

En metodförbättring hade varit att genomföra sökningar i fler databaser som exempelvis SveMed+. Denna databas tillhandahåller artiklar som är publicerade i skandinaviska tidskrifter (Karlsson, 2017) vilket hade varit relevant eftersom vi till en början hade för avsikt att begränsa resultatet till nordiska länder. Anledning till att databasen inte användes berodde på att vi saknade vetskap om att databasen fanns. Det är dock möjligt att artiklar som finns publicerade på SveMed+ också är publicerade på större databaser som exempelvis PubMed, Cinahl och Scopus vilket möjligtvis gjorde att de artiklar som var relevanta för syftet ändå hittades. För att bredda sökningen ytterligare hade vi möjligtvis kunnat lägga till söktermen "Perception\*" för att hitta fler artiklar som beskriver patienters upplevelser.

Inledningsvis tillämpades en tidsbegränsning på tio år. Det fanns dock relativt få artiklar som var relevanta för syftet inom denna period, vilket medförde att tidsbegränsning inte tillämpades. Avsaknad av tidsbegränsning kan möjligtvis vara en nackdel eftersom förändringar i samhället och inom hälso- och sjukvården kan påverka de attityder som finns gällande partnervåld och dess offer. Det är dock inte troligt att det har skett stora förändringar beträffande samhällets syn på

våldsutsatta personer under de senaste tio åren. Detta framgick också av resultatet eftersom de våldsutsatta patienterna hade liknande upplevelser av hälso- och sjukvårdspersonalens bemötande, oavsett när studierna genomfördes. Av den anledningen ansågs tidsbegränsning inte vara relevant.

Det bristfälliga utbudet av relevanta artiklar medförde att inte bara sjuksköterskor utan även barnmorskor och läkare inkluderades. Vi är medvetna om att exempelvis barnmorskor på mödravårdscentraler ofta möter samma patient under en längre period vilket kan ha påverkat resultatet eftersom detta främjar uppbyggnaden av en förtroendefull relation. Vi bedömde dock att denna inkludering ändå kunde bidra till relevant kunskap för sjuksköterskor, vilket också visades av resultatet eftersom våldsutsatta patienters upplevelser av hälso- och sjukvårdspersonalens bemötande till största del var beroende av deras personliga egenskaper och inte deras yrkeskategori.

“All adults”, “Document type: Article” och “Peer reviewed” användes för att minska antalet träffar och öka sensitiviteten. Risken med att använda filter som dessa är att de senast publicerade artiklarna möjligtvis inte har hunnit bli kodade med filter ännu, vilket kan resultera i att dessa artiklar inte visas i sökresultatet. Det kan vara negativt ur ett vetenskapligt perspektiv då samtliga artiklar som funnits tillgängliga möjligtvis inte har granskats.

### **7.1.3 Kvalitet**

SBU (2017) framhåller att kvalitativ forskning ofta är beroende av sitt sammanhang, och att de därför oftast inte är överförbara till andra sociokulturella omgivningar. De menar dock att överförbarheten ökar om resultatet inkluderar så olika fall av det studerade fenomenet som möjligt (SBU, 2017). Det kan därför betraktas som en styrka i metoden att artiklar från olika hälso- och sjukvårdssammanhang, länder och decennium inkluderades. Resultatet visade också att resultaten till största del var samstämmiga oavsett när eller vart de genomfördes, och av vem eller i vilket sammanhang patienterna vårdades. Artiklarnas resultat var också samstämmiga oavsett om artiklarna hade en kvalitativ eller kvantitativ ansats, eller var en översiktsartikel, vilket även det är ett tecken på hög reliabilitet (Billhult, 2017).

Den egna förförståelsen och hur detta kan ha påverkat inhämtning och analysering av data har inte diskuterats, vilket kan ha påverkat studiens pålitlighet negativt. Vi har dock eftersträvat att förhålla oss opartiska och sakliga genom hela processen. Vårt att tillägga är att sökningarna gav upphov till ett begränsat antal träffar som var relevanta för syftet, varpå det inte fanns möjlighet att välja artiklar utifrån våra förkunskaper eller förväntningar.

Enbart artiklar som bedömdes ha hög eller medelhög kvalitet enligt SBU:s kvalitetsgranskningsmall för kvalitativa artiklar (2014) valdes ut. Detta gjordes för att säkerställa att resultatet baserades på tillförlitliga källor. Vi gjorde dock en gemensam kvalitetsgranskning av artiklarna, och en metodförbättring hade varit att genomföra kvalitetsgranskningen av artiklarna individuellt, för att sedan jämföra de enskilda bedömningarna. Detta hade kunnat bidra till en mer oberoende bedömningen av artiklarnas kvalitet. Som studenter besitter vi också begränsade kunskaper i att göra rättvisa bedömningar av artiklarna (Kjellström, 2017) vilket bör finnas med i beaktning.

### 7.1.4 Etik

Deltagarna i de utvalda artiklarna var både nuvarande och före detta offer för partnervåld. Detta är viktigt att framhålla ur ett etiskt perspektiv, eftersom partnervåld är ett känsligt ämne att diskutera. Detta ställer krav på forskarens känslighet inför ämnet och deras etiska kunskap (Kjellström, 2017). Det framgick dock att en övervägande del av forskarna hade övervägt denna etiska aspekt, och exempelvis hört av sig till deltagarna efter att intervjuerna genomfördes för att erbjuda emotionellt stöd.

## 7.2 Resultatdiskussion

Utifrån syftet som var att belysa hur personer utsatta för partnervåld upplever hälso- och sjukvårdspersonalens bemötande lyfts *vikten av empati* fram som ett av de viktigaste fynden. Vi fann även att empati var en röd tråd genom samtliga resultat. *Frågan om partnervåld och patientens behov av information och hjälp* visade sig också vara av betydelse.

Litteraturstudiens huvudsakliga resultat, vikten av empati, är något som vi anser är relevant inom samtliga vårdssammanhang. Empati handlar om förmågan att kunna uppfatta en annan persons känslomässiga situation, och i mötet med en lidande patient visar hälso- och sjukvårdspersonalens empatiska bemötande på en vilja att förstå och lindra patientens lidande. Vad gäller det empatiska bemötandet så framhöll deltagarna särskilt vikten av att skapa en förtroendefull relation till hälso- och sjukvårdspersonalen. Att hälso- och sjukvårdspersonalen visade respekt, tog sig tid att lyssna, var inkännande samt visade sina egna känslor framkom även det som viktiga aspekter eftersom det kunde påverka om patienten var villig att berätta om sin situation och motta hjälp från hälso- och sjukvårdspersonalen. Dessa två faktorer anser vi är nödvändiga för att kunna minska patientens lidande.

Det framgick också att ett icke-empatiskt bemötande var av betydelse för hur patienten upplevde sin situation. Att som patient mötas av likgiltighet, bli skuldbelagd och ifrågasatt i en redan utsatt situation bidrar troligtvis enbart till att denne mår ännu sämre och sluter sig ännu mer. Detta bekräftas även av en översiktsartikel av Prosman et al. (2013). Denna studie genomfördes på deltagare i Nederländerna och framhåller att patienter som upplever hälso- och sjukvårdspersonalens bemötande som icke-empatiskt är mindre villiga till att berätta om sin våldsutsatthet. Länsstyrelsen Halland (2019) bekräftar detta och menar att det kan bidra till att våldsutsatta patienter blir mindre benägna till att ta emot hjälp från hälso- och sjukvården. Vi anser därför att det är av stor vikt att sjuksköterskor och annan hälso- och sjukvårdspersonal är medvetna om allvaret i att bemöta våldsutsatta patienter på ett icke-empatiskt sätt. Det är också något som bör motarbetas eftersom det kan innebära ett allvarligt hot mot våldsutsatta patienters hälsa, och till och med liv, om de inte får hjälp att bryta upp med sin förövre. Vi anser att allt annat vore oetiskt med tanke på sjuksköterskans etiska plikt (SSF, 2017). Sammantaget är det därför viktigt att sjuksköterskan och övrig hälso- och sjukvårdspersonal är kunnig inom området, empatisk, respektfull och inte skuldbelägger eller förminskar patienten, utan istället bekräftar dennes lidande (Länsstyrelsen Halland, 2019).

I studiens resultat framkommer önskemål om hur frågan om partnervåld bör föras på tal eller ställas. Att många av patienterna inte blev tillfrågade om partnervåld av hälso- och sjukvårdspersonalen, visade sig var en av orsakerna till att de inte själva valde att berätta om sin våldsutsatthet. Larsson, Palm och Rahle Hasselbalch (2016) menar att det finns flera oskrivna regler i samtalet mellan vårdgivaren och patienten, och att en utav dem innebär att vårdgivaren

inleder samtalet och bestämmer vad de ska prata om, vilket beror på det ojämna maktförhållandet som vanligtvis finns mellan vårdgivaren och patienten. Detta kan vara en möjlig förklaring till varför patienterna sällan berättade spontant om sin våldsutsatthet. Vi tror dessutom att hälso- och sjukvårdspersonalens kroppsspråk kan påverka om patienten väljer att själva lyfta frågan om partnervåld eller inte, eftersom ett nonchalant eller stressat kroppsspråk kan tyda på ointresse eller tidsbrist. Detta framgick även av resultaten, samt bekräftas av Baggens och Sandén (2014), att kroppsspråket kan signalera känslor och attityder till en person eller ett samtalsämne. Kroppsspråket kan därigenom användas som ett maktmedel (Lidén, 2014), vilket ställer krav på att hälso- och sjukvårdspersonalen aktivt arbetar för att utjämna maktbalansen och skapa en tillåtande miljö, där patienterna upplever att de kan lyfta frågan om partnervåld på egen hand.

Genom att sjuksköterskan lyfter frågan om partnervåld på ett respektfull och empatiskt sätt kan patientens lidande minska, eftersom det ger patienten möjligheten att få hjälp med att lämna sin förövare. Det är särskilt viktigt att patienter som utsätts för partnervåld blir tillfrågade eftersom förövaren kan ha isolerat offret från sitt sociala umgänge (Lundgren, 2004), vilket gör att mötet med sjuksköterskan och annan hälso- och sjukvårdspersonal kan vara patientens enda chans till att berätta om sin situation (Länsstyrelsen Halland, 2019). Med rätt hjälp och stöd kan detta göra att patienten väljer att lämna sin förövare och således leva ett liv utan våld och förtryck. Det finns dock flera faktorer som kan göra att patienten väljer att stanna kvar hos sin förövare, och därför är det viktigt att sjuksköterskan strävar efter att inge patienten hopp om en bättre framtid.

Det kan dock krävas mod för patienter att våga berätta om sin våldsutsatthet för hälso- och sjukvårdspersonal, vilket kan bero på stigmatiseringen kring partnervåld och rädslan för den våldsutövande partnern (Prosman et al., 2013). Det är därför viktigt att sjuksköterskan får patienten att känna sig trygg. Det framgick också av resultatet att det är viktigt att skapa goda förutsättningar för tillfrågning av partnervåld, exempelvis genom att tillfråga patienten under privata omständigheter och erbjuda tolk vid behov. Vi anser att detta är ett sätt för hälso- och sjukvårdspersonalen att se hela patienten samt visa respekt och empati. Detta eftersom det visar på en vilja att hjälpa och skapa goda förutsättningar för patienten att ta till sig informationen och våga berätta sanningen vid tillfrågning om partnervåld.

Vare sig de våldsutsatta patienterna valde att berätta för vårdgivaren eller inte, framgick det att majoriteten av de våldsutsatta patienterna inte hade fått adekvat hjälp, och att hälso- och sjukvårdspersonalen framstod som maktlös då de berättade om sin våldsutsatthet. Att vårdgivaren framstår som maktlös i en situation som redan kan kännas hopplös för en våldsutsatt person tror vi ökar dennes känsla av lidande. Detta är något som går emot omvårdnadsprofessionens värdegrund, formulerad av svensk sjuksköterskeförening (2016). Den innebär bland annat att sjuksköterskan ska sträva efter att ge patienten hopp eftersom det kan ge patienten glädje och tröst i svåra situationer. Detta är troligtvis något som våldsutsatta personer kan behöva känna för att orka söka hjälp och bryta upp med sin förövare, trots de livshotande risker som det kan innebära. Brå (2019) uppger att de vanligaste orsakerna till dödligt våld mot kvinnor är just uppbrott eller svartsjuka.

Att identifiera sig själv som våldsutsatt är troligtvis ett grundläggande steg i att frigöra sig från förövarens våld och söka hjälp. Därav finns det anledning att all hälso- och sjukvårdspersonal tydliggör definitionen av partnervåld i samband med att de ställer frågor om patientens våldsutsatthet, och förtydligar att dessa handlingar är brottsliga och straffbara. Detta är något som sjuksköterskan bör ha i särskild beaktning i mötet med patienter med invandrarbakgrund, eftersom det framgår av resultatet att partnervåld inte är olagligt i alla länder (Damra et al., 2015;

Garnweidner-Holme et al., 2017). Även om patienten inte väljer att berätta om partnervåldet när de får frågan kan det göra att fler våldsoffer blir medvetna om definitionen av partnervåld. Detta kan bidra till att de förstår allvaret i partners beteende, vilket vi hoppas ökar sannolikheten till att patienten söker hjälp i framtiden.

Utifrån de resultat som framkommit anser vi också att det är viktigt att hälso- och sjukvårdspersonalen förtydligar för våldsutsatta patienter att de är i behov av och förtjänar att få hjälp. Detta beror på att våldet och normaliseringsprocessen kan bidra till att offrets självkänsla och självförtroende minskar (NCK, 2017). En person vars självkänsla och självförtroende har brutits ned känner sig troligtvis inte förtjänt av den hjälp som erbjuds, vilket delvis också kan bero på normaliseringsprocessen som kan göra att de inte definierar sig själva som våldsutsatta. Detta antagande styrks av Brå (2018) som menar att våldsoffer sällan identifierar sig med den stereotypa bilden av en våldsutsatt person och att de inte är medvetna om att våldet är brottsligt, vilket gör att det dröjer innan de söker hjälp eller anmäler brotten till polisen. Detta bekräftas även av Prosman et al. (2013) som uppger att de våldsutsatta kvinnorna inte upplevde att deras problem var tillräckligt seriösa för att söka hjälp.

Resultatet belyser vikten av både skriftlig och muntlig information. Det framgick av vissa studier att skriftlig information funnits tillgänglig i väntrum i form av informationsblad. Detta anser vi är positivt eftersom det dels kan öppna upp för samtal med hälso- och sjukvårdspersonalen, dels medföra att våldsutsatta patienter har möjlighet att inhämta information i en neutral miljö. Vi anser också att det bör finnas ytterligare information på mer privata platser som exempelvis toaletter, för att våldsutsatta patienter ska ha möjlighet att läsa och ta till sig av informationen i lugn och ro. Vi anser också att det är viktigt att all informationen bör finnas på flera olika språk, för att samtliga patienter ska kunna ta del av den. Det bör förslagsvis också finnas diskreta visitkort med information om vart våldsutsatta personer kan vända sig för att få hjälp. Det är dock viktigt att poängtera att många våldsutsatta personer ofta söker hälso- och sjukvård i sällskap med sin förövare, och som på grund av säkerhetsskäl inte har möjlighet att ta med sig information hem. Vi vill därför belysa vikten av den muntliga informationen. Vi är dock medvetna om att även muntlig information kan innebära ett hot mot patientens säkerhet om exempelvis förövaren är närvarande, vilket ställer krav på att sjuksköterskan är kreativ kring hur informationen ges för att kunna hjälpa patienten och se till dennes säkerhet.

Slutligen bör det tilläggas att det framgick av studierna att deltagarna önskade att få hjälp på olika sätt. En del föredrog exempelvis praktisk hjälp och information, medan andra nöjde sig med att bli sedda och lyssnade på. Detta är något som sjuksköterskan bör ha i beaktning i mötet med våldsutsatta patienter. För att arbeta personcentrerat är det därför viktigt att föra en dialog kring vilken hjälp patienten önskar att få, eftersom detta kan bidra till att minska patientens lidande.

### **7.2.1 Kliniska implikationer**

För att sjuksköterskan ska kunna bemöta och hjälpa patienter utsatta för partnervåld på ett adekvat sätt anser vi att det är viktigt att sjuksköterskan får utbildning i ämnet, både under dennes grundutbildning och av arbetsgivaren. Det är viktigt att sjuksköterskan har relevant kunskap om partnervåld och hur våldsutsatta patienter bör bemötas och hjälpas, eftersom denna kunskap kan ligga till grund för hur hälso- och sjukvårdspersonalen väljer att ställa frågan om förekomsten av partnervåld. Vidare anser vi att vårdgivaren ska säkerställa att det finns rutiner och riktlinjer kring partnervåld, för att kunna ge lika vård på lika villkor (SFS, 2017:30). Av den anledningen anser vi också att samtliga patienter inom hälso- och sjukvården bör informeras och tillfrågas om

partnervåld, även då information finns att tillgå i väntrummet och då det inte föreligger misstanke.

### **7.2.2 Behov av fortsatt forskning**

Sökningarna i databaserna resulterade enbart i artiklar vars deltagare utgjorde en homogen grupp, det vill säga kvinnliga våldsoffer i heterosexuella parrelationer. Därför behövs ytterligare forskning om våldsutsatta personer som lever i homosexuella förhållanden på grund av att de utifrån samhällets normer lever i en redan ifrågasatt relation. Samma gäller troligtvis personer med invandrabakgrund, eftersom de kan förekomma språkliga och kulturella barriärer i mötet med hälso- och sjukvården, men också samhället i stort, vilket troligtvis kan ge upphov till en känsla av utanförskap. Utöver detta kan det finnas ett behov av ytterligare forskning i en svensk kontext, eftersom de svenska studier som var lämpliga för syftet genomfördes inom bland annat psykiatri och mödrahälsovården. Det kan förslagsvis också vara bra att genomföra liknande studier inom exempelvis akutsjukvården, primärvården och hemsjukvården eftersom patientens upplevelser av sjuksköterskans bemötande möjligtvis kan vara beroende av de olika kontexterna.

### **7.2.3 Slutsats**

Vi har identifierat ett flertal olika faktorer som antingen förbättrar eller försämrar våldsutsatta patienters upplevelser av hälso- och sjukvårdspersonalens bemötande, vilket visade sig minska eller öka deras lidande. Den uppenbara bristen på kunskap om partnervåld från hälso- och sjukvårdspersonalens sida tyder på att det behöver vidtas åtgärder på nationell och internationell nivå för att bekämpa partnervåld. Att ha kunskap om detta är till stor nytta för sjuksköterskan vars omvårdnadsarbete bör präglas av att minska patientens lidande och inge hopp.

## Referenslista

- 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. doi: 10.1046/j.1365-2524.2003.00402.x
- Baggens, C., Sandén, I. (2014). Omvårdnad genom kommunikativa handlingar. I F. Friberg & J. Öhlén (Red.), *Omvårdnadens grunder Perspektiv och förhållningssätt* (s. 507-538). Lund: Studentlitteratur AB.
- Billhult, A. (2017). Enkäter. I M. Henricsson (Red.), *Vetenskaplig teori och metod* (s. 121-132). Lund: Studentlitteratur AB.
- Brottsförebyggande rådet. (2014). *Brott i nära relationer*. Stockholm: Brottsförebyggande rådet.
- Brottsförebyggande rådet. (2018). *Faktablad våld i nära relationer bland unga*. Stockholm: Brottsförebyggande rådet.
- Brottsförebyggande rådet. (2019). *Dödligt våld i Sverige 1990-2017*. Stockholm: Brottsförebyggande rådet.
- Dahlborg-Lyckhage, E. (2017). Att analysera berättelser (narrativer). I F. Friberg (Red.), *Dags för uppsats - Vägledning för litteraturbaserade examensarbeten* (s. 171-182). Stockholm: Studentlitteratur AB.
- Damra, J. K., Abujilban, S. K., Rock, M. P., Tawalbeh, I. A., Ghbari, T. A. & Ghaith, S. M. (2015). Pregnant Women's Experiences of Intimate Partner Violence and Seeking Help from Health Care Professionals: A Jordanian Qualitative Study. *Journal of Family Violence*, 30(6), 807-816. doi: 10.1007/s10896-015-9720-z
- Edin, K. E., Dahlgren, L., Lalos, A., & Högberg, U. (2010). "Keeping Up a Front": Narratives About Intimate Partner Violence, Pregnancy, and Antenatal Care. *Violence Against Women*, 16(2), 189-206. doi: 10.1177/1077801209355703
- Elsevier. (2019). *Scopus*. Hämtat 2019-11-21 från <https://www.elsevier.com/solutions/scopus>
- Enqvist, B. (2019). *Utlämnad, liten och sårbar*. I B. Fossum (Red.), *Kommunikation - samtal och bemötande i vården* (s. 113-122). Lund: Studentlitteratur AB.
- Eriksson, K. (1994). *Den lidande människan*. Stockholm: Liber.
- Friberg, F. (2017). Tankeprocessen under examensarbetet. I F. Friberg (Red.), *Dags för uppsats - Vägledning för litteraturbaserade examensarbeten* (s. 37-48). Lund: Studentlitteratur AB.
- Garnweidner-Holme, L. M., Lukasse, M., Solheim, M., & Henriksen, L. (2017). Talking about intimate partner violence in multi-cultural antenatal care: a qualitative study of pregnant women's advice for better communication in South-East Norway. *BMC Pregnancy and Childbirth*, 17(123), 102-108. doi: 10.1186/s12884-017-1308-6
- Hayden, S. R., Barton, E. D., & Hayden, M. (1997). Domestic violence in the emergency department: How do women prefer to disclose and discuss the issues? *Journal of*



*Emergency Medicine*, 15(4), 447-451. doi: [https://doi-org.ezproxy.ub.gu.se/10.1016/S0736-4679\(97\)00070-X](https://doi-org.ezproxy.ub.gu.se/10.1016/S0736-4679(97)00070-X)

- Karlsson, E. K. (2017). Informationssökning. I M. Henricson (Red.), *Vetenskaplig teori och metod från idé till examination inom omvårdnad* (s. 81-98). Lund: Studentlitteratur AB.
- Kjellström, S. (2017). Forskningsetik. I M. Henricson (Red.), *Vetenskaplig teori och metod från idé till examination inom omvårdnad* (s. 57-80). Lund: Studentlitteratur AB.
- Larsson, I., Palm, L., & Rahle Hasselbalch. (2016). *Patientkommunikation i praktiken - information, dialog, delaktighet*. Lund: Studentlitteratur AB.
- Leppäkoski, T., Åstedt-Kurki, P. & Paavilainen, E. (2010). Identification of women exposed to acute physical intimate partner violence in an emergency department setting in Finland. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 24(4), 638-647. doi: 10.1111/j.1471-6712.2009.00754.x
- Lidén, E. (2014). Omvårdnadens institutionella inramning. I A. Ehrenberg & L. Wallin (Red.), *Omvårdnadens grunder Ansvar och utveckling* (s. 135-166). Lund: Studentlitteratur AB.
- Lundgren, E. (2004). *Våldets normaliseringsprocess*. Stockholm: Riksorganisationen för kvinnojourer och tjejjourer i Sverige.
- Länsstyrelsen Halland (2019). *Våld i nära relation - en regional handbok*. Halmstad: Länsstyrelsen Halland.
- Nationellt centrum för kvinnofrid. (2017). *Att ställa frågan om våld - Ett utbildningsmaterial för hälso- och sjukvården*. Stockholm: Nationellt centrum för kvinnofrid.
- Nationellt centrum för kvinnofrid. (2017). *Uppsalamodellen - Att möta våldsutsatta kvinnor inom hälso- och sjukvården*. Uppsala: Nationellt centrum för kvinnofrid, Uppsala universitet, Akademiska sjukhuset.
- Paterno, M., & Draughon, J. (2016). Screening for Intimate Partner Violence. *Journal of Midwifery & Women's Health*, 61(3), 370-375. doi:10.1111/jmwh.12443
- Polisen. (2019). *Brott i nära relationer - fakta om*. Hämtad 2019-11-28 från <https://polisen.se/lagar-och-regler/lagar-och-fakta-om-brott/brott-i-nara-relationer/>
- Pratt-Eriksson, D., Bergbom, I., & Lyckhage, E. D. (2014). Don't ask don't tell: Battered women living in Sweden encounter with healthcare personnel and their experience of the care given. *International Journal of Qualitative Studies on Health and Well-being*, 9(1). doi: 10.3402/qhw.v9.23166
- Prosman, G., Lo Fo Wong, S., & Lagro-Janssen, A. (2013). Why abused women do not seek professional help: A qualitative study. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 28(1), 3-11. doi: 10.1111/scs.12025
- Regeringskansliet. (U.å.). *17 globala mål för hållbar utveckling*. Hämtad 2019-10-24 från <https://www.regeringen.se/regeringens-politik/globala-malen-och-agenda-2030/17-globala-mal-for-hallbar-utveckling/>

- Segesten, K. (2017). Att välja ämne och modell för sitt examensarbete. I F. Friberg (red.), *Dags för uppsats - Vägledning för litteraturbaserade examensarbeten* (s. 105-108). Lund: Studentlitteratur AB.
- SFS 2001:453. *Socialtjänstlagen*. Stockholm: Socialdepartementet.
- SFS 2003:460. *Lag om etikprövning av forskning som avser människor*. Stockholm: Utbildningsdepartementet.
- SFS 2014:821. *Patientlagen*. Stockholm: Socialdepartementet.
- SFS 2017:30. *Hälso- och sjukvårdslag*. Stockholm: Socialdepartementet.
- Socialstyrelsen. (2006). *Kostnader för våld mot kvinnor - En samhällsekonomisk analys*. Stockholm: Socialstyrelsen.
- Socialstyrelsen. (2016). *Våld - Handbok om socialtjänstens och hälso- och sjukvårdens arbete med våld i nära relation*. Stockholm: Socialstyrelsen.
- Socialstyrelsen. (2014). *Att vilja se, vilja veta och att vilja fråga. Vägledning för att öka förutsättningarna att upptäcka våldsutsatthet*. Stockholm: Socialstyrelsen.
- Socialstyrelsen. (2019). *Våld i nära relationer*. Hämtad 2019-11-28 från <https://www.socialstyrelsen.se/stod-i-arbetet/vald-och-brott/vald-i-nara-relationer/>
- SOSFS 2014:4. *Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd om våld i nära relationer*. Stockholm: Socialstyrelsen
- Statens beredning för medicinsk utvärdering. (2014). *Bilaga 11. Allmänt om forskningsansatser med kvalitativ metod*. Hämtad 2019-10-17 från [https://www.sbu.se/globalassets/ebm/metodbok/sbushandbok\\_bilaga11.pdf](https://www.sbu.se/globalassets/ebm/metodbok/sbushandbok_bilaga11.pdf)
- Statens beredning för medicinsk utvärdering. (2014). *Bilaga 5. Mall för kvalitetsgranskning av studier med kvalitativ forskningsmetodik - patientupplevelser*. Hämtad 2019-10-10 från [https://www.sbu.se/globalassets/ebm/metodbok/mall\\_kvalitativ\\_forskningsmetodik.pdf](https://www.sbu.se/globalassets/ebm/metodbok/mall_kvalitativ_forskningsmetodik.pdf)
- Statens beredning för medicinsk utvärdering. (2017). *Bilaga 8. Värdering och syntes av studier utförda med kvalitativ analysmetodik*. Hämtad 2019-12-03 från [https://www.sbu.se/globalassets/ebm/metodbok/sbushandbok\\_kapitel08.pdf](https://www.sbu.se/globalassets/ebm/metodbok/sbushandbok_kapitel08.pdf)
- Svensk sjuksköterskeförening. (2016). *Värdegrund för omvårdnad*. Stockholm: Svensk sjuksköterskeförening.
- Svensk sjuksköterskeförening. (2017). *ICN:s etiska kod för sjuksköterskor*. Stockholm: Svensk sjuksköterskeförening.
- Svensk sjuksköterskeförening. (2017). *Jämlik vård och hälsa*. Stockholm: Svensk sjuksköterskeförening.
- Svensk sjuksköterskeförening. (2017). *Kompetensbeskrivning för legitimerad sjuksköterska*. Stockholm: Svensk sjuksköterskeförening.

- The Cochrane Library. (2019). *About the Cochrane Library*. Hämtad 2019-11-21 från <https://www-cochranelibrary-com.ezproxy.ub.gu.se/about/about-cochrane-library>
- Viss. (2015). *Våld i nära relationer*. Hämtad 2019-10-24 från <http://www.viss.nu/Handläggning/Vardprogram/Psykisk-halsa/Vald-i-nara-relationer/>
- Vranda, M. N., Kumar, C. N., Muralidhar, D., Janardhana, N., & Sivakumar, P. (2019). Barriers to Disclosure of Intimate Partner Violence among Female Patients Availing Services at Tertiary Care Psychiatric Hospitals: A Qualitative Study. *Journal of Neurosciences in Rural Practice*, 09(03), 326-330. doi: 10.4103/jnrp.jnrp\_14\_18
- Willman, A. (2015). Hälsa och välbefinnande. I Edberg, A-K. & Wijk, H (Red.), *Omvårdnadens grunder, Hälsa och ohälsa* (s. 37-52). Lund: Studentlitteratur AB.
- World Health Organization. (2017). *Violence against women*. Hämtad 2019-10-24 från <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/violence-against-women>
- World Health Organization. (2019). *Definition and typology of violence*. Hämtad 2019-11-28 från <https://www.who.int/violenceprevention/approach/definition/en/>
- Yam, M. (2000). Seen but not heard: Battered women's perceptions of the ED experience. (2000). *Journal of Emergency Nursing*, 26(5), 464-470. doi: 10.1067/men.2000.110432
- Örmon, K., Torstensson-Levander, M., Sunnqvist, C., & Bahtsevani, C. (2013). The duality of suffering and trust: abused women's experiences of general psychiatric care – an interview study. *Journal of Clinical Nursing*, 23(15-16), 2303-2312. doi: 10.1111/jocn.12512
- Östlundh, L. (2017). Informationssökning. I F. Friberg (Red.), *Dags för uppsats - Vägledning för litteraturbaserade examensarbeten* (s. 59-82). Lund: Studentlitteratur AB.

# Bilagor

## Bilaga 1. Söktabeller

MeSH-termer och Cinahl Headings är markerade med fet stil.

### *PubMed*

Datum	Sökord	Begränsningar	Antal träffar	Relevanta abstrakt	Granskade artiklar	Valda artiklar
2019-10-17	<b>"Intimate partner violence"</b> OR <b>"Battered women"</b> OR <b>"Battered men"</b> OR <b>"Dating violence"</b> OR <b>"Domestic violence"</b>	Peer reviewed	5488			
2019-10-17	<b>Scandinavia</b> OR <b>Norway</b> OR <b>Sweden</b> OR <b>Denmark</b> OR <b>Iceland</b> OR <b>Finland</b> OR Norwegian OR Swedish OR Danish OR Icelandic OR Finnish	Peer reviewed	23201			
2019-10-17	<b>Nurse-patient relations</b>	Peer reviewed	4565			
2019-10-17	#1 AND #2 AND #3	Peer reviewed	1	0	0	0
2019-10-17	<b>Patient attitudes</b>		28532			
2019-10-17	#1 AND #2 AND #5	Peer reviewed  Date newest	10	2	1	0

2019-10-21	<b>Help seeking behavior OR Truth disclosure</b>	Peer reviewed All adult	2116			
2019-10-21	Experienc* OR Feel* OR Emotion*	Peer reviewed All adult	56828			
2019-10-21	#1 AND #7 AND #8	Peer reviewed All adult	66	3	3	A8, A9

### **Cinahl**

<b>Datum</b>	<b>Sökord</b>	<b>Begränsningar</b>	<b>Antal träffar</b>	<b>Relevanta abstrakt</b>	<b>Granskade artiklar</b>	<b>Valda artiklar</b>
2019-10-17	"Intimate partner violence" OR "Battered women" OR "Battered men" OR "Dating violence" OR "Domestic violence"	Peer reviewed	5488			
2019-10-17	Scandinavia OR Norway OR Sweden OR Denmark OR Iceland OR Finland OR Norwegian OR Swedish OR Danish OR Icelandic OR Finnish	Peer reviewed	23201			
2019-10-17	<b>Nurse-patient relations</b>	Peer reviewed	4565			
2019-10-17	#1 AND #2 AND #3	Peer reviewed	1	0	0	0
2019-10-17	<b>Patient attitudes</b>		28532			
2019-10-17	#1 AND #2 AND #5	Peer reviewed	10	2	1	0

		Date newest				
2019-10-21	<b>Help seeking behavior OR Truth disclosure</b>	Peer reviewed All adult	2116			
2019-10-21	Experienc* OR Feel* OR Emotion*	Peer reviewed All adult	56828			
2019-10-21	#1 AND #7 AND #8	Peer reviewed All adult	66	3	3	A8, A9

### Scopus

Datum	Sökord	Begränsningar	Antal träffar	Relevanta abstrakt	Granskade artiklar	Valda artiklar
2019-10-17	"Intimate partner violence" OR "Battered woman" OR "Battered women" OR "Battered men" OR "Dating violence" OR "Spouse abuse" OR "Domestic violence"		32890			
2019-10-17	"Scandinavia and Nordic Countries" OR "Nordic countries" OR Scandinavia OR Norway		564217			

	OR Sweden OR Denmark OR Iceland OR Finland OR Norwegian OR Swedish OR Danish OR Icelandic OR Finnish					
2019-10-17	Nurse-patient OR "Nurse-patient relations" OR "Patient attitudes"		112063			
2019-10-17	#1 AND #2 AND #3	Document type: Article	130	9	9	A1, A2, A4, A5

## Bilaga 2. Artikelbilaga

Artikelnummer	Författare År Land	Titel	Syfte	Metod	Urval	Resultat	Kvalitet enligt SBU:s granskningsmanual (2014)
A1	Örmon, Torstensson-Levander, Sunnqvist och Bahtsevani  2013  Sverige	The duality of suffering and trust: abused women's experiences of general psychiatric care - an interview study	Belysa hur våldsutsatta kvinnor upplever den vård som ges på en psykiatrisk avdelning, efter att ha berättat att de varit utsatta för övergrepp.	Kvalitativ studie med induktiv ansats.  Induktiv innehållsanalys.  Intervjuer	Kvinnorna rekryterades genom en tidigare studie som syftade till att beskriva kvinnliga psykiatripatienters erfarenheter av övergrepp.	Negativa erfarenheter av att bli förminskad, skuldbelagd, misstrodd, förnedrade och att hälso- och sjukvårdsperson	Hög kvalitet.  <u>Styrkor:</u> - Etiskt godkänd. - Kollegialt granskad. - Informerat samtycke.

					<p>Nio kvinnor deltog:  - Åtta hade erfarenhet av övergrepp i barndomen och vuxen ålder.  - En hade erfarenhet av övergrepp i vuxen ålder.</p>	<p>alen fokuserade på deras psykiatriska diagnos.</p> <p>Positiva erfarenheter av att hälso- och sjukvårdspersonalen var empatisk, respektfull och inkännande.</p>	<p>- Deltagarna erbjöds stöd efter intervjuerna.  - Svagheter diskuteras.  - Intressekonflikt förekommer ej.</p>
A2	<p>Edin, Dahlgren, Lalos och Högberg  2010  Sverige</p>	<p>“Keeping Up a Front”:  Narratives About Intimate Partner Violence, Pregnancy, and Antenatal Care</p>	<p>Belysa gravida våldsutsatta kvinnors upplevelser och strategier för att hantera sin situation, samt deras erfarenheter av att möta barnmorskor på mödravårdscentrumen.</p>	<p>Kvalitativ studie med narrativ ansats.  Narrativ analys.  Intervjuer. Tre intervjuer genomfördes under 2001 och sex under 2003.</p>	<p>Koordinatorer på tre kvinnokriscentrum rekryterade deltagare utifrån studiens inklusionskriterium; att vara våldsutsatt under graviditeten.  Nio kvinnor deltog.</p>	<p>Kvinnorna höll upp en fasad för att slippa berätta om sin situation och hantera dess konsekvenser.  Empowerment och psykosocialt stöd var viktigt för att förbereda våldsoffren inför att lämna sin förövare.  Våldsoffer bör uppmuntras till att berätta om sin situation.  Barnmorskor bör ha en icke-dömande attityd och vara empatiska,</p>	<p>Hög kvalitet.  <u>Styrkor:</u>  - Etiskt godkänd.  - Kollegialt granskad.  - Författarnas roll som intervjuare diskuteras.  - Studiens svagheter diskuteras.  - Intressekonflikt förekommer ej.  <u>Svagheter:</u>  - Abstraktet upplevs som otydligt.</p>



						öppensinnade och se till kvinnans behov.	
A3	Garnweidner-Holme, Lukasse, Solheim och Henriksen  2017  Norge	Talking about intimate partner violence in multi-cultural antenatal care: a qualitative study of pregnant women's advice for better communication in South-East Norway	Undersöka hur kvinnor med olika etnisk bakgrund upplever partnervåld och hur de önskar att barnmorskor pratar om partnervåld på mödravårdscentraler.	Kvalitativ studie med explorativ ansats.  Tematisk analys.  Semi-strukturerade intervjuer.	Bekvämlighetsutvärdering från tre kvinnokriscentrum baserat på studiens inklusionskriterier; kvinnor med barn som var eller har varit bosatta på kvinnokriscentrum t. Deltagarna rekryterades också utifrån etnisk bakgrund och antal år de varit bosatta i Norge.  Åtta kvinnor deltog.	<u>Erfarenheter av att prata om partnervåld:</u> - Kvinnorna hade inte blivit tillfrågade.  <u>Implikationer till barnmorskor:</u> - Definiera partnervåld och förklara varför det är viktigt att prata om.  <u>Faktorer som ökar patientens villighet till att prata om partnervåld:</u> - Förtroende för barnmorskan. - Kulturellt kompetent barnmorska.	Hög kvalitet.  <u>Styrkor:</u> - Etiskt godkänt. - Kollegialt granskad. - Informerat samtycke. - Intervjuerna genomfördes på en säker plats för deltagarna. - Studiens svagheter diskuteras. - Intressekonflikt förekommer ej. - Oberoende finansiering.
A4	Pratt-Eriksson, Bergbom och Lyckhage  2014  Sverige	Don't ask don't tell: Battered women living in Sweden encounter with healthcare personnel and their experience of the care given	Belysa våldsutsatta kvinnors erfarenheter av partnervåld och deras möten med hälso- och sjukvårdspersonal,	Kvalitativ studie med deskriptiv och explorativ ansats.  Fenomenologisk hermeneutisk analys.  Intervjuer	Deltagarna rekryterades från ett skyddat boende för kvinnor. De ombads att berätta om deras erfarenheter av partnervåld och möten med	Deltagarna upplevde besvikelse och lidande på grund av hälso- och sjukvårdspersonalens misstroende, skuldbeläggande och förnedrande	Hög kvalitet.  <u>Styrkor:</u> - Etiskt godkänt. - Kollegialt granskad. - Informerat samtycke.

			socialarbetare och polis.		hälso- och sjukvårdspersonal, socialarbetare och polis.  12 kvinnor deltog.	attityder samt på grund av brist på förtroende, stöd och empati.	- Intressekonflikt förekommer ej. - Förståelsen diskuteras. - Författarna är medvetna om och förhåller sig till ämnets känslighet.
A5	Vranda, Kumar, Muralidhar, Janardhana och Sivakumar  2018  Indien	Barriers to disclosure of intimate partner violence among female patients availing services at tertiary care psychiatric hospitals: A qualitative study	Belysa hur våldsutsatta kvinnor med psykisk ohälsa söker hjälp, vilka faktorer som gör att de väljer att berätta om sin situation eller inte, deras känslor efter att ha berättat och vilken hjälp de fick av den psykiatriska hälso- och sjukvården.	Kvalitativ tvärsnittsstudie med deskriptiv ansats.  Innehållsanalys  Semi-strukturerade intervjuer.	Bekvämlighetsurval av kvinnliga patienter inom den psykiatriska slutenvården. Deltagarna rekryterades om de svarade ja på frågan om de hade tillfrågats om partnervåld av hälso- och sjukvårdspersonalen inom den psykiatriska slutenvården.  62 kvinnor deltog.	- De sökte inte hjälp på grund av skam, skuld och rädsla för att våldet skulle öka. - Vissa var inte medvetna om att de var våldsutsatta eftersom de inte hade fysiska skador. - De tillfrågades under icke-privata omständigheter. - Vissa upplevde hälso- och sjukvårdspersonalen som empatisk och hjälpsam.	Medelhög kvalitet.  <u>Styrkor:</u> - Etiskt godkänd. - Kollegialt granskad. - Informerat samtycke. - Deltagarna försäkrades anonymitet. - Intressekonflikt förekom ej.
A6	Hayden, Barton och Hayden  1997  USA	Domestic violence in the emergency department: How do women prefer to discuss	Undersöka hur bekväma kvinnliga patienter var med att diskutera	Kvantitativ studie med en enkätundersökning	Bekvämlighetsurval där 243 deltagare rekryterades från en akutmottagning	Våldsutsatta patienter var bekväma med att diskutera partnervåld med både läkare och	Medelhög kvalitet.  <u>Styrkor:</u> - Etiskt godkänd.

		or disclose the issue?	partnervåld på en akutmottagning, Vem de var mest bekväma med att diskutera partnervåld med och om obligatorisk polisanmälan hindrar våldsoffer från att söka hjälp.	Deskriptiv statistik.	genom att de svarade på en enkät. Deltagarna rekryterades oavsett vad de sökte akutsjukvård för.	sjuusköterskor på en akutmottagning. De var dock mindre bekväma med att prata om partnervåld i triagen.  En tredjedel av deltagarna skulle inte berätta om sin våldsutsatthet om hälso- och sjukvårdsperson alen var tvungen till att anmäla.	- Kollegialt granskad.  <u>Svagheter:</u> - Äldre än tio år. - Metoden var inte utförligt skriven.
A7	Yam  2000  USA	Seen but not heard: Battered women's perceptions of the ED experience	Belysa våldsutsatta kvinnors upplevelser av hälso- och sjukvårdsperson alens bemötande på en akutmottagning.	Kvalitativ studie med fenomenologisk ansats.  Fenomenologisk analys.  Semistrukturera de intervjuer.	Bekvämlighetsu rval där fem kvinnor rekryterades från skyddade boenden. Kvinnorna hade sökt hälso- och sjukvård på grund av skador som orsakats av partnervåld.	Kvinnorna upplevde rädsla, oro, ensamhet, att hälso- och att sjukvårdsperson alen var okunnig och att de inte var medlidande eller erbjöd hjälp.	Hög kvalitet.  <u>Styrkor:</u> - Etiskt godkänd. - Kollegialt granskad. - Informerat samtycke. - Datainsamling fortsatte tills inga nya teman kunde identifieras.  <u>Svagheter:</u> - Äldre än tio år.
A8	Damra, Abujilban, Rock, Tawalbeh,	Pregnant Women's Experiences of Intimate Partner	Undersöka gravida våldsutsatta kvinnors	Kvalitativ studie.	Bekvämlighetsu rval där 25 kvinnor rekryterades	Deltagarna var missnöjda med hälso- och sjukvårdsperson	Hög kvalitet.  <u>Styrkor:</u>

	Ghbari och Ghaith 2015 Jordanien	Violence and Seeking Help from Health Care Professionals: A Jordanian Qualitative Study	upplevelser av att söka hjälp för partnervåld av hälso- och sjukvårdspersonal.	Tematisk innehållsanalys. Semistrukturerade intervjuer.	från fyra mödravårdscentraller baserat på studiens inklusionskriterier; erfarenhet av partnervåld under det senaste året, minst 18 år, bosatt och gift med sin make, gravid, kunde samtycka och ville delta i studien.	alens bemötande. De var mer bekväma med att prata om partnervåld med kvinnlig hälso- och sjukvårdspersonal som var jämnåriga eller äldre än de själva. Brist på tid, kontinuitet och en privat plats gjorde att deltagarna inte berättade om sin situation.	- Etiskt godkänd. - Kollegialt granskad. - Informerat samtycke. - Deltagarna erhöll en kopia av transkriptet och hade möjlighet att ändra eventuella felaktigheter. - Studiens svagheter diskuteras.
A9	Bacchus, Mezey och Bewley 2002 England	Experiences of seeking help from health professionals in a sample of women who experienced domestic violence	Undersöka våldsutsatta kvinnors erfarenheter av att söka hjälp från hälso- och sjukvårdspersonal, samt bedöma deras psykiska hälsa.	Kvalitativ studie. Innehållsanalys Djupgående och semistrukturerade intervjuer med 16 kvinnor. - Tio kvinnor hade varit utsatta för partnervåld under det senaste året, inklusive den nuvarande graviditeten. - Sex kvinnor hade varit	Bekvämlighetsutvärdering från en grupp kvinnor som screenats positivt för partnervåld på ett sjukhus i London.	Deltagarna visade symtom på förlossningsdepression och oro. De föredrog att prata om partnervåld med sjuksköterskor, jämfört med läkare och ambulanspersonal. Brist på tid, kontinuitet och privat plats hindrade kvinnorna från att berätta om sin situation. Deltagarna	Medelhög kvalitet.  <u>Styrkor:</u> - Etiskt godkänd. - Kollegialt granskad. - Informerat samtycke. - Studiens brister diskuteras.  <u>Svagheter:</u> - Äldre än tio år.

				utsatta för partnervåld under det senaste året, men inte under den nuvarande graviditeten.		menar att hälso- och sjukvårdsperson al bör vara stöttande, icke- dömande, ha kunskap om partnervåld och vilken hjälp de kan erbjuda.	
--	--	--	--	--	--	--	--