



Institutionen för folkhälso- och vårdvetenskap

KVINNLIGA PATIENTERS UPPLEVELSER AV FRÅGAN OM VÅLD I NÄRA RELATIONER

- En litteraturöversikt

Författare
Märit Blank
Alma Månsson

Handledare:
Anna T Höglund

Examensarbetet i vårdvetenskap 15 hp
Sjuksköterskeprogrammet
2019

Examinator:
Lena Nordgren

SAMMANFATTNING

Bakgrund: Kvinnor som utsätts för våld i nära relation söker oftare vård, men alla får inte den hjälp som behövs. Vårdpersonal kan sakna beredskap och kunskap för att identifiera våldsutsatta kvinnor. Oupptäckt våld i nära relation medför negativa konsekvenser för kvinnan och samhället.

Syfte: Undersöka hur kvinnliga patienter upplever att få frågan om våld i nära relation, hur de vill bli tillfrågade och hur de upplever det att inte bli tillfrågad.

Metod: En integrativ litteraturöversikt baserad på 10 kvalitativa artiklar från databaserna PubMed och CINAHL.

Resultat: Kategorier som framkom ur resultatet var *upplevelser av att bli tillfrågad*, *upplevelser av olika tillvägagångssätt* och *upplevelser av att inte bli tillfrågad*. Från dessa kategorier bildades underkategorier som samlade patienters tankar och känslor. De flesta kvinnor uppskattade att bli tillfrågade om våld i nära relation, för andra uppstod det en rädsla inför frågan. Kvinnor som inte blev tillfrågade kände att de inte var prioriterade

Vårdpersonalen behöver definiera våld, eftersom våldet kan ha normaliserats och deras bemötande vid tillfrågandet samt miljön har betydelse om kvinnan väljer att erkänna sin våldsutsatthet. Frågan bör ställas vid olika tillfällen.

Slutsats: Frågan om våld i nära relation är uppskattad, kvinnor kan dock uppleva rädsla av att svara på frågan. Det är viktigt att sjuksköterskan vågar fråga om våldsutsatthet vid olika tillfällen och ger ett bra bemötande i en trygg miljö. Kvinnor kan känna sig mindre prioriterade om inte frågan ställs.

Nyckelord: Våld i nära relation, sjukvård, våldsutsatthet, kvinnors upplevelser, patienter, vårdpersonal, litteraturöversikt.

ABSTRACT

Background: Women that are victims of intimate partner violence seek care more often, but not all of them receive the care that they need. Caregivers can lack knowledge and preparedness to identify abused women. Undetected intimate partner violence can result in negative consequences for both the woman and the society.

Aim: To describe women's experiences of being asked about violence in intimate partnership, how they want to be questioned and how they felt when they did not get the question.

Method: An integrative literature review based on 10 qualitative articles from the databases PubMed and CINAHL.

Results: The categories that emerged was; *experiences of being questioned, experiences of different approaches, and experiences of not being asked*. From these categories subcategories were built that gathered patients' thoughts and feelings. Most of the women appreciated being asked about intimate partner violence, but some felt scared when they got the question. Women who were not asked felt that they were not prioritized.

Caregivers should define abuse, because the abuse could have been normalized. The caregivers' approach when questioning and the environment are significant if the women choose to admit they are exposed to violence. The question should be asked at different occasions.

Conclusion: The question about intimate partner violence is appreciated, but it can also lead to a feeling of fear when answering the question. It is important that nurses dare to ask about violence exposure at different occasions and that the women are well treated in a safe environment. Women can experience that they are not prioritized if no one asks the question.

Keywords: Intimate partner violence, healthcare, abuse, women's experiences, patients, health care providers, review.

INNEHÅLLSFÖRTECKNING

BAKGRUND	6
<i>Våld mot kvinnor</i>	6
<i>Ohälsa relaterat till våld</i>	7
<i>Hälso- och sjukvårdensansvar</i>	7
<i>Samhällsperspektiv</i>	8
<i>Omvårdnadsperspektiv</i>	8
<i>Etiskt perspektiv</i>	9
<i>Aktuell forskning</i>	10
TEORETISK REFERENSRAM.....	10
PROBLEMFÖRMULERING.....	11
SYFTE.....	12
<i>Frågeställningar</i>	12
METOD	13
DESIGN.....	13
SÖKSTRATEGI.....	13
<i>Tabell 1. Sökresultat</i>	15
BEARBETNING OCH ANALYS.....	16
<i>Kvalitetsanalys</i>	16
<i>Resultatanalys</i>	16
FORSKNINGSETISKA ÖVERVÄGANDEN.....	17
RESULTAT	17
Tabell 2. Kategoriöversikt.....	18
UPPLEVELSER AV ATT BLI TILLFRÅGAD.....	19
UPPLEVELSER AV OLIKA TILLVÄGAGÅNGSSÄTT.....	20
UPPLEVELSER AV ATT INTE BLI TILLFRÅGAD.....	24
DISKUSSION	26
RESULTATDISKUSSION.....	26
METODDISKUSSION.....	31
SLUTSATS	34
REFERENSER	35

BILAGOR	41
BILAGA 1 Granskningsmall.....	41
BILAGA 2 Resultatöversikt.....	43

BAKGRUND

Våld mot kvinnor

Världshälsoorganisationen (WHO) har utvecklat en typologi där fyra olika våldstyper definierar våld: fysiskt, sexuellt, psykologiskt våld och försummelse. Avsiktligt har WHO's våldsdefinition gjorts bred, för även om våldet inte ger upphov till skada eller död, så medför våld en stor börda för individen, familjen, samhället och hälso- och sjukvårdssystemet. Olika våldsformer kan leda till psykiska, fysiska eller sociala problem och konsekvenserna kan vara omedelbara eller latent och bli kvarvarande under en bestående tid. Om våldet enbart definieras utifrån skada och död, kommer våldets fulla omfattning aldrig bli klarlagt (Krug, Mercy, Dahlberg, Zwi & Lozano, 2002).

Våld i nära relation innefattar olika konstellationer, exempelvis våld mot barn av föräldern (SBU, 2018). I en annan rapport från Socialstyrelsen (2014), belyses våld i nära relation mellan den äldre patienten och en person som i sin yrkesroll vårdar den äldre. Samma rapport beskriver även syskon, makar, samboende och partner som en annan variant på nära relation.

Av världens kvinnor utsätts 36 procent under sin livstid för partnervåld och/eller sexuellt våld. Det är mer än en tredjedel av världens flickor och kvinnor, detta motsvarar mer än en miljard kvinnor globalt som utsatts eller utsätts för våld idag. Utöver de 36 procenten så tillkommer andra former av våld mot kvinnor, så som könsstympning, människohandel och andra kränkningar, vilket gör att den totala siffran för kvinnor som utsatts för våld är ännu högre (WHO, 2013). Den i särklass mest förekommande förövaren av våld mot kvinnor är en make eller manlig partner (Krug et al., 2002). Rying (2007) fann i sin rapport till Brottsförebyggande rådet, att genomsnittligen dödades 17 kvinnor per år i Sverige på grund av partnervåld mellan åren 1999-2004.

År 1993 antog FN en ny deklaration om avskaffande av våld mot kvinnor. Deklarationen fastslår att det är varje lands ansvar att skydda, förebygga och bekämpa våld mot kvinnor. Flera folkrättsliga konventioner om mänskliga rättigheter är könsneutrala, vilket ledde till att könsdiskriminering mot kvinnor missade att uppmärksammas innan deklarationen togs fram (UN, 1993).

Enligt en rapport från Brottsförebyggande rådet (2014) framgår det att det är allt vanligare att kvinnor, i jämförelse med män, utsätts för grövre våld. Kvinnorna är därför i större behov av både

hjälp och stödinsatser. Nationellt centrum för kvinnofrid [NCK] (2014) fann i omfångsundersökningen *Våld och Hälsa*, att 46 procent av kvinnorna i Sverige hade utsatts för allvarlig psykiskt, sexuellt eller fysiskt våld. När kvinnorna hade utsatts för våld var förövaren oftast en tidigare eller aktuell partner.

Ohälsa relaterat till våld

Det är väldokumenterat att kvinnor som utsätts för våld i nära relation får, utöver kroppsskador, många negativa hälsokonsekvenser. Dessa kvinnor söker i högre grad vård för kronisk smärta, psykiska problem, långvarig mag- tarmproblematik, gynekologiska besvär och sömnsvårigheter i jämförelse med de kvinnor som inte har utsatts för våld. Kronisk smärtproblematik är dessutom två till tre gånger vanligare hos våldsutsatta kvinnor (Campbell, 2002). De har också upp till fem gånger större risk att söka vård för depression eller ångest. Andra symtom som de oftare söker vård för är bröstsmärta, yrsel, försämring i sin astma eller att de uppsöker vård upprepade gånger, på grund av att tidigare insatt behandling inte har hjälpt (Bonomi, Anderson, Reid, Rivara, Carell & Tompson, 2009). Det är huvudsakligen i dessa möten som vårdpersonal inte misstänker det bakomliggande våldet. En kvinna som exempelvis söker vård upprepade gånger kan ha fått försämring i sin grundsjukdom beroende på att partnern hindrar kvinnan att ta sina mediciner, gå på kontroller och att stressen i sig kan förvärra kvinnans sjukdom (Heimer, Björck & Högmark, 2006). Av kvinnor som lever i en våldsam relation är det dock få som söker akut vård med synliga skador (Lundgren, Heimer, Westerstrand & Kalliokoski 2001).

Hälso- och sjukvårdens ansvar

Hälso- och sjukvården har ett ansvar för att identifiera våld mot kvinnor och att ge bästa möjliga medicinska och psykosociala omhändertagande. För att kunna utföra en adekvat och god vård måste hälso- och sjukvården i största möjliga utsträckning försöka identifiera den bakomliggande orsaken till symptomen patienten söker för. Det är inte god vård att exempelvis behandla för smärta och depression, utan att beakta våldsutsatthet som en möjlig bidragande faktor. Sjukvårdspersonalen har ansvar att försöka hitta orsaken till patientens symptom (SFS, 2017:30). Att inte alla kvinnor får frågan om våld av sjukvårdspersonal kan bero på okunskap och en skev stereotypisk föreställning om den våldsutsatta kvinnan. Vårdpersonal som upplever sig ha kompetens inom området frågar oftare om våldsutsatthet (Lawoko, Sanz, Helström, Castren, 2011). I hälso- och sjukvårdens grundutbildningar vid högskolor och universitet saknas ofta tillräcklig utbildning om våld mot kvinnor (NCK, 2010). Att fråga om våldsutsatthet innebär att vårdpersonalen måste ha beredskap och en handlingsplan om omhändertagande om kvinnan

uppges att hon har blivit utsatt för våld. Sker detta ska kvinnan få information om vilken hjälp som finns att få och ska förutom den medicinska vården även få psykosocialt stöd av sjukvården. Många gånger behövs insatser från flera aktörer för att hjälpa kvinnan, vilket ställer krav på samverkan mellan myndigheter och sjukvården (NCK, 2011).

Samhällsperspektiv

Våld i nära relation är idag ett folkhälsoproblem men kan i många fall undervärderas av bland annat familjemedlemmar, vårdpersonal och politiker (Hägglom & Möller, 2007). Ur ett samhällsperspektiv leder våld i nära relation till stora kostnader för samhället. Det kan exempelvis vara sjukhusvård, dödsfall, stödlinjer och statliga myndigheter som orsakar dessa kostnader och som Institutet för Hälso- och sjukvårdsekonomi beräknar kosta Sverige 2,5 miljarder årligen. I denna beräkning ingår inte alla indirekta kostnader, vilket innebär att den totala kostnaden blir betydligt högre. De uppges också att om kvinnan i en våldsutsatt relation upptäcks under ett tidigt stadium sparar det inte bara pengar för samhället utan också lidande för de kvinnor som blir utsatta (Glenngård, Carlsson & Berglund, 2011).

Omvårdnadsperspektiv

I sjuksköterskors arbetsuppgifter ingår det att uppnå god omvårdnad för hela patienten. För god omvårdnad är det holistiska perspektivet något som bör eftersträvas. Att använda sig utav det holistiska perspektivet innebär att se hela patienten som en egen individ och inte definiera personen utifrån vad hen har för sjukdom, behandling och diagnos. I det holistiska perspektivet är samspelet mellan sjuksköterskan och patienten också en viktig del (Nyström, 2002). Om vårdpersonal känner att det finns misstanke, såsom tecken eller symtom, på att patienten har blivit utsatt för våld eller andra övergrepp ska hälso- och sjukvårdspersonalen fråga patienten om våld i nära relation (SOSFS, 2014:4). Genom att utgå utifrån det holistiska perspektivet, där hela individen är i centrum, kan sjuksköterskan lättare upptäcka och förstå dessa tecken och symtom. Detta kan också förklaras som att sjuksköterskan arbetar utifrån personcentrerad vård. Personcentrerad vård innebär, förutom att vara individfokuserad, att låta patienten vara delaktig i sin egen vård samt få sina psykiska, sociala och existentiella behov tillgodosedda, likväl som sina fysiska behov (Svensk sjuksköterskeförening, 2016).

Etiskt perspektiv

Vårdpersonal som rutinmässigt ställer frågan till kvinnor om våld i nära relation kan uppleva många etiska frågor (Wolf & Zuzelo, 2006). Frågor som berör etik handlar om vad som är rätt eller fel, gott eller ont och hur vi ska leva våra liv. Människor inom vården är tvungna att ta dessa etiska beslut dagligen. I svårare etiska dilemman har hälso- och sjukvården fyra etablerade etiska principer som riktlinjer, *principen att göra gott*, *principen att inte skada*, *autonomiprincipen och rättvisepincipen*. Dessa bygger på pliktetik (deontologi) så väl som konsekvensetik (utilitarismen är den mest kända formen). Rättvis- och autonomiprincipen är pliktetiska och har som ideologi att uppfyllas oavsett vad konsekvenserna blir. Att göra gott och inte skada är principer som istället är konsekvensetiska i sin natur och grundas på att de goda konsekvenserna ska optimeras medan de negativa konsekvenserna ska minimeras (Beauchamp & Childress 2008). Dessa etiska principer återspeglas i den etiska kod som internationella sjuksköterskeföreningen har utvecklat (International Council of Nurses [ICN], 2018).

Få studier har gjorts om de etiska aspekterna av att tillfråga kvinnor om våld i nära relation under anamnesen. Det har uppgetts att det föreligger goda etiska skäl för att frågan om våld ska ställas, eftersom det förmodas förbättra kvinnors hälsa och välbefinnande genom att identifiera kvinnor som utsätts eller befaras att utsättas för våld i nära relation (Valente, 2000). En negativ konsekvens som finns i anslutning till att fråga om våld i anamnesen är att frågorna kan väcka obehagliga minnen och kännas anklagande för kvinnorna, vilket kan leda till att de känner sig kränkta i sin integritet. Att kränka en patients integritet, är utifrån *autonomiprincipen* något som sjukvårdspersonalen inte får utsätta sina patienter för. Att istället helt och hållet ta hänsyn till integriteten, innebär att alla frågor som på något sätt kan upplevas för personliga och känsliga ska uteslutas. Istället är frågor som endast förknippas direkt med patientens besök tillåtna. Utifrån detta strikta deontologiska resonemang, anses plikten att respektera patientens integritet mer prioriterad. Om situationen istället ses ur utilitarismens perspektiv, jämförs de negativa konsekvenserna med de positiva, där frågan kan resultera i minskat våld och därmed ger större positiva konsekvenser. Det är vad *principen om att göra gott* står för. Sammanfattningsvis kan frågan om våld i nära relation på kort sikt leda till att kvinnorna känner obehag i sin integritet, men på längre sikt kan det förmodas minska våldet, som i sig medför bättre hälsa och välbefinnande för kvinnorna (Höglund, 2010)

Aktuell forskning

I en studie av Catallo, Jack, Ciliska, & MacMillan (2012) beskrivs sjuksköterskan som en person som kan möta och stötta kvinnor som är utsatta för våld. Genom att sjuksköterskan visa empati och förståelse kan kvinnorna känna sig mer trygga i att våga berätta om sin våldsutsatthet (Catallo et al., 2012). I studien av Catallo et al. (2012) mötte sjuksköterskorna patienterna på akutmottagningar, vilket enligt studien påverkade samtalet med patienten negativt angående avslöjande och diskussion om våldsutsatthet, då det fanns mindre utrymmet att föra en privat diskussion. Vårdpersonal kan uppleva olika barriärer för screening för våld i nära relation beroende på vilken avdelning vårdpersonalen arbetar på. På vårdavdelningar har patienterna oftast separata rum där frågor om våld lättare kan ställas jämfört med på en akutmottagning. En annan barriär kan vara att avdelningar har olika stressiga miljöer vilket påverkar om vårdpersonalen har tid att ställa frågan om våldsutsatthet. Det behövs riktlinjer för hur vårdpersonal ska arbeta med att screena för våld i nära relation beroende på vilken arbetsplats de jobbar på (Williams, Halstead, Salani, Koermer, 2016). Leppäkoski och Paavilainen (2013) visar att om akutmottagningar har en gemensam nedskrivna handlingsplan om hur omhändertagandet av våldsutsatta kvinnor ska ske, leder det till att dessa kvinnor oftare bli uppmärksammade av vårdpersonal. När olika professioner arbetar tillsammans kan man se att dessa kvinnor får bättre hjälp med sin våldsutsatthet än i de fall där professionerna inte har en gemensam handlingsplan (Leppäkoski & Paavilainen, 2013).

Teoretisk referensram

Den teoretiska referensram som speglar detta arbete är Joyce Travelbees omvårdnadsteori, som handlar om värdet av en god kommunikation mellan sjuksköterskan och patienten. I denna teori, som är en interaktionsteori, är kommunikation den faktor som utgör skapandet av en god vård. Det primära i denna teori är att alla människor är lika värda och att upplevelsen av hälsa och ohälsa är unik för varje individ utifrån individens etnicitet, omgivning, arvsanlag och relationer. Travelbee menar att miljö, som är metaparadigmet i hennes teori, påverkar hur patienten upplever sitt psykiska och fysiska tillstånd, oavsett om diagnosen är densamma för många patienter. Därför kan patienter, trots liknande sjukdomstillstånd, behöva sin individuella omvårdnad eftersom individens behov varierar enligt denna teori (Travelbee, 1971).

Syftet som Travelbee (1971) poängterar i sin omvårdnad, är att få patienten att finna hopp. Hoppet beskrivs som en förväntan eller önskan om att uppnå mål, vilket är vad sjuksköterskan ska kunna framkalla och bevara hos patienten. I Travelbees omvårdnadsteori är sjuksköterskan den som hjälper patienten i sitt lidande, såsom att hjälpa patienten att finna mening. Det kan även handla

om att stödja patienten i att hantera och processa de erfarenheter som orsakar lidandet. Lidandet hos patienterna är individuellt och kan uttryckas från allt till chock, förnekelse och uppgivenhet. En del patienter kan acceptera lidandet och ser det som något som tillhör livet och särskilt för den situation som personen befinner sig i. Dessa personer har en större medvetenhet och förståelse, vilket gör det lättare för dem att finna den mening och det hopp som behövs för att ta sig vidare. Denna olikhet grundar sig i vad individen har för synsätt och perspektiv till livet i stort. Det som skapar lidande är att personen har ett behov av att hitta en orsak eller förklaring till det som har hänt, men att helhetsupplevelsen av lidandet kan påverkas av fler faktorer. Därmed blir känslan av lidande individuell och den ska därför bemötas som sådan.

Travelbee (1971) beskriver en process där varje steg för sjuksköterskan och patienten närmare varandra, vilket bygger den relation som är viktig i omvårdnadsarbetet enligt hennes teori. Dessa steg börjar utifrån att både patienten och sjuksköterskan skapar en personlig identitet hos varandra och inte utgår ifrån en fast yrkesroll. Att skapa en djupare relation och större förståelse till patienten bidrar till en bättre kommunikation mellan parterna. Enligt Travelbee är kommunikationen den utgångspunkt som främjar hälsa och minskar lidande. Med detta ska sjuksköterskan möta patienten på ett plan som är balanserat personligt, men också professionellt, för att skapa en bättre kommunikation.

Denna teoretiska referensram har valts eftersom den fokuserar på kommunikationen mellan sjuksköterskan och patienten, vilket är en viktig del i mötet med en patient som misstänks vara i eller befinner sig i en våldsutsatt relation. Teorin belyser också vikten av att sjuksköterskan bemöter patienterna olika, då upplevelsen av sjukdomskänsla och lidande är individuellt. Därför används denna teori, då den går att applicera på studiens syfte om vilket tillvägagångssätt och bemötande en våldsutsatt kvinna föredrar.

Problemformulering

Att kvinnor blir utsatta för våld i nära relationer är något som förekommer världen över. För att hälso- och sjukvården ska kunna utföra en god och heltäckande vård behöver vården identifiera orsaken till symptomen som patienten söker för. Vid många sjukdomstillstånd och symptom kan den bakomliggande faktorn bero på våld i nära relation. Därför är frågan om våld i nära relation viktig att belysa, särskilt av sjuksköterskor som vanligtvis har den första kontakten med patienten. Varför frågan inte lyfts upp kan bero på en ovisshet i att inte veta hur kvinnorna känner kring frågan om våld i nära relation och hur sjuksköterskorna kan bemöta detta. Därför kan relevant

information utebli som annars skulle framkommit om frågan ställdes rutinmässigt.

Syfte

Syftet med examensarbetet var att undersöka kvinnliga patienters upplevelser av att bli tillfrågade om våld i nära relationer av vårdpersonal.

Frågeställningar

- Hur upplever kvinnliga patienter att det är att bli tillfrågade om det finns våld i en nära relation?
- Hur vill kvinnliga patienter bli tillfrågade om det finns eller har förekommit våld i nära relation?
- Hur upplever kvinnliga patienter det att inte ha blivit tillfrågade om våld i nära relation?

METOD

Design

För att besvara syftet för denna studie valdes en kvalitativ litteraturstudie som metod tillsammans med en deskriptiv design. I kvalitativa artiklar analyseras människors upplevelser utifrån erfarna upplevelser med hjälp av exempelvis intervjuer, observationer och texter (Henricson & Billhult, 2017). Litteraturstudier syftar till att ta fram forskning som sedan tidigare finns inom ett ämne, för att framställa en översiktlig bild av forskningen. Deskriptiv design som tillvägagångssätt innebär att studiens syfte uppnås genom en översikt av adekvat forskning (Polit & Beck, 2018). Genom denna metod, kunde frågeställningarna om hur kvinnliga patienters upplevelser av frågan om våld i nära relationer belysas.

Sökstrategi

Urval

De databaser som användes för artikelsökningen var Public Medline (PubMed) och The Cumulative Index to Nursing and Allied Health Literature (CINAHL). Under tidsperioden 14 november till 28 november år 2018 utfördes sökningarna. PubMed och CINAHL användes eftersom det fanns mycket omvårdnadsforskning att hämta ur dessa databaser (Polit & Beck, 2018). Även databasen Medical Subject Headings (MeSH) användes, då den var en ämnesordlista och kunde presentera olika terminologier för begreppen (Polit & Beck, 2018). Nyckelorden utformades utefter relevanta ämnesområden som uppfylldes utifrån studiens syfte. De svenska nyckelorden omvandlades till engelska MeSH-termer, dessa användes sedan som sökord för artikelsökningarna i PubMed och CINAHL. Sökorden kombinerades på olika sätt när sökningarna genomfördes (Tabell 1).

Specificering av sökord

Sökord som användes i databaserna var: *Violence, domestic violence, relationship violence, medical history taking, interpersonal relations, women, healthcare, ask, nurse, screening, asking, intimate partner violence, against women, providers, disclosure, emergency departments, emergency healthcare, women´s experiences, female domestic violence victims, perspectives, emergency care, health care needs, experiences, abusive relationships, patient-provider relationship, battered women, health care settings, attitudes, asking, screen, och partner violence, abused women, family physicians*. Dessa sökord redovisas i Tabell 1.

Inklusions- och exklusionskriterier.

Inklusionskriterierna för den kvalitativa litteraturöversikten var att den skulle innefatta vetenskapliga artiklar som var referensgranskade. Artiklarna som valdes ut var kvalitativa originalstudier Dessa studier behandlade ämnet om hur, och på vilket sätt kvinnliga patienter över 18 år känner kring frågan om våld i nära relation. De vetenskapliga artiklarna skulle utgå ifrån antingen Europa, USA eller Australien; detta för att minska antalet sökträffar, då studien var beräknad att bestå av 10-15 artiklar. Artiklarna som användes fanns tillgängliga och var kostnadsfria via universitetets elektroniska prenumerationer eller annan databas som var av relevans. Ett annat kriterium var att artiklarna och datan skulle vara publicerade och insamlade från år 2000 till 2018, detta för att samla den aktuella forskningen inom ämnet (Forsberg & Wengström, 2016). De skulle även vara etiskt granskade och godkända, samt vara av hög eller medelhög kvalitet efter utförd kvalitetsgranskningen. De studier som exkluderades var de som publicerades innan 2000-talet och som inte var skrivna på antingen engelska eller svenska. Även de artiklar som hade gravida kvinnor som urvalsgrupp valdes att exkluderas eftersom våld i samband med graviditet redan har forskats mycket om inom sjukvården, där barnmorskor anses vara mer erfarna inom ämnet och har på rutin att ställa frågan om våld (Berglund, 2015). De artiklar som hade låg kvalitetsnivå efter kvalitetsgranskningen exkluderades.

Tillvägagångssätt

Olika kombinationer av sökorden testades och om utfallet av sökningen blev mer än 70 artiklar, specificerades sökningen med ytterligare sökord. Detta resulterade i att de artiklar som presenterades var av större relevans för studiens syfte. Titlarna som verkade behandla kvinnliga patienters upplevelse av frågan om våld, avgjorde sedan vilka abstract författarna läste. Efter att ha läst abstracten så sållades artiklar som inte uppnådde författarnas inklusionskriterier bort. De återstående artiklarna lästes grundligt och kvalitetsgranskades enligt SBU:s kvalitetsmall för kvalitativa studier. Efter granskningen återstod endast de som fick hög eller medelhögkvalitet och dessa blev sedan grunden för detta arbete, se tabell 1 och bilaga 2.

Tabell 1. Sökresultat

Databas	Sökord	Utfall	Lästa abstract	Utvalda	Utvalda efter granskning
PubMed					
	Violence, domestic violence, relationship violence, medical history taking, interpersonal relations, women	3	3	1	0
	Domestic violence, Health care, Ask, women, nurse	22	15	3	2
	Domestic violence, medical history taking, women, healthcare, nurse	8	5	1	0
	Partner violence, healthcare, ask, providers	10	5	1	1
	Intimate partner violence, disclosure, emergency departments	38	8	1	0
	Emergency healthcare, experiences, women, intimate partner violence	20	5	2	1
	"Domestic violence", "health care", Women's experiences	69	11	2	2
	Female Domestic Violence Victims, Perspectives, Emergency Care	4	1	1	0
	healthcare needs,experiences,women,abusive relationships	8	2	2	1
	Abused Women, Experiences, Family Physicians	14	5	2	2
CINAHL					
	intimate partner violence, battered women, health care settings, domestic violence	20	5	2	1
	women, screen, experience, domestic violence	35	6	1	0

Bearbetning och analys

Kvalitetsanalys

SBU:s granskningsmall, som fokuserar på studier med kvalitativ forskningsmetodik, användes för kvalitetsgranskningen av artiklarna (bilaga 1). Denna granskningsmall bestod utav 21 frågor, varav varje fråga hade fyra olika svarsalternativ: ”ja”, ”nej”, ”oklart” och ”ej tillämpligt” och innefattade områden som urval, insamling av dataanalys, syfte och resultat (SBU, 2014).

Kvalitetsmallen från SBU hade ingen tydlig rankning gällande artiklarnas kvalitet. Författarna framställde därför egna poängskriterier för när artiklarna var av ”hög”, ”medelhög” eller ”låg” kvalitet. Dessa poängskriterier innebar att de artiklar som uppfyllde 80 procent eller mer av svarsalternativet ”ja”, ansågs vara av hög kvalitet. De artiklar som fick över 70 procent räknades som ”medelhög” och de som hamnade under 70-procent-gränsen exkluderades på grund av låg kvalitet. Av de slutgiltiga artiklarna som inkluderades, var två av hög kvalitet och åtta av medelhög kvalitet.

Resultatanalys

Författarna till examensarbetet använde sig av Fribergs (2018) beskrivning av integrativ litteraturöversikt för att analysera resultatet. En integrativ litteraturöversikt innebär att framställa resultat från tidigare publicerad forskning så att en ny slutsats kan uppstå. Datan jämförs från tidigare studier och mönster identifierades. Efter att alla studier har sammanställts och analyserats, skapar mönstret en ny ”helhet” och en gemensam slutsats om resultaten i studierna kan bildas. (Friberg, 2018). Följande tillvägagångssätt var att författarna till examensarbetet riktade in sig på olika frågeställningar och därför kunde rätt innehåll tas fram för att besvara syftet. De valda studierna lästes igenom flera gånger individuellt av författarna för att innehållet skulle förstås och ingen information av vikt skulle förbises (Friberg, 2018).

När innehåll som berörde frågeställningarna hittades i artiklarna ströks dessa meningar under. Sedan genomfördes en gemensam diskussion om datan som strukits under för att tillsammans få en överblick av vad som framgick i studierna. Med detta tillvägagångssätt minimerades risken för bias (Forsberg & Wengström, 2016). Sedan skrevs en resultatöversiktstabell (bilaga 2) där aspekter som titeln på artiklarna, publiceringsår, land, författare, syfte, design, urval, resultat och kvalitet dokumenterades. En resultatöversiktstabell skapades för att få en summarisk grund till den fortsatta analysen (Friberg, 2018). Innehållet som ströks under i artiklarna lästes sedan igen för att sedan sorteras in under varje frågeställning. Sedan jämfördes informationen som fanns under varje

frågeställning för att hitta likheter och skillnader. Likheter sorterades in genom att de fick olika färger vid understrykningarna, vilket gjorde att kategorier och underkategorier växte fram som författarna namngav med relevant rubrik. När datan passade in under flera frågeställningar färglades de meningarna med båda färgerna. En kategoriöversikt bildades (tabell 2) för att lättare se vilka artiklar som kunde besvara vilka frågeställningar. Detta för att läsaren ska se hur de olika studierna tillsammans besvarade de olika frågeställningarna (Friberg, 2018).

Forskningsetiska överväganden

Vid litteraturoversikten skulle alla originalartiklar vara godkända av en etisk kommitté, detta betydde att de studier som var godkända hade tagit hänsyn till de individer som deltog i undersökningarna. Forskningen måste alltid ställas mot kravet att skydda och inte orsaka deltagarna i undersökningen men eller skada. De etiska överväganden som författarna för denna studie vidtog, var att inte utföra plagiat, att inneha korrekta källhänvisningar och ha rätt utförda referenser. Förvanskning förekom inte av resultatet i denna litteraturstudie, utan presenterades uppriktigt. I studien strävade författarna efter att vara objektiva i sina resonemang och värderade inte data utifrån egna åsikter. Dessa etiska aspekter ingår i studiens inklusionskriterier.

RESULTAT

Litteraturstudiens resultat baseras på 10 kvalitativa artiklar, dessa artiklar presenteras i bilaga 2. Fem artiklar är från USA, fyra från Europa och en från Australien. Av dessa har författarna efter kvalitetsgranskning värderat två artiklar som högkvalitet och de resterande åtta som medelkvalitet för att författarna till dessa artiklar inte beskrev något etiskt resonemang, eller beskrev sin egna förförståelse i metoden och att resultatet inte förhöll sig utifrån en teoretisk referensram. De 189 kvinnor som deltog i artiklarna var över 18 år och tillhörde olika etnicitet- och minoritetsgrupper från Europa, USA och Australien. Dessa kvinnor blev intervjuade utifrån sina upplevda erfarenheter och åsikter om hur de vill bli tillfrågade om våld i nära relation, hur de känner av att få och av att inte få frågan om våldsutsatthet av sjukvården. Detta sammanställs nedanför i tre olika kategorier: upplevelser av att bli tillfrågad, upplevelser av olika tillvägagångssätt och upplevelser av att inte bli tillfrågad. Till varje kategori finns underkategorier för att urskilja olika patienter upplevelser av samma erfarna situation.

Tabell 2. Kategoriöversikt

KATEGORI	UNDERKATEGORI	ARTIKEL NUMMER
Upplevelser av att bli tillfrågad	Positiva känslor och tankar	4, 1, 2, 5, 7, 9, 10, 8, 6,
	Negativa känslor och tankar	
Upplevelser av olika tillvägagångssätt	Information om våld	4, 1, 2, 7, 9, 10, 8, 3,
	Vårdpersonalens bemötande	
	Ge anledningar till att frågan ställs	
	Vissa vill inte få raka frågor	
	Miljön vid tillfrågandet	
	Återkoppling	
Upplevelser av att inte bli tillfrågad	Inte prioriterade	4, 10, 9, 6, 5, 3

Upplevelser av att bli tillfrågad

Positiva känslor och tankar

Flera kvinnor uppskattade att bli tillfrågade om våld i nära relation eller om sin hemsituation (Belknap & Sayeed, 2003; Narula, Agarwal, & McCarthy, 2012; Wong et al., 2008). Frågan öppnade upp för diskussion och fick kvinnorna att reflektera och bli medvetna om sin situation i relationen (Belknap & Sayeed, 2003; Wong et al., 2008). Kvinnorna ansåg att frågan i sig var en möjlighet för vårdpersonalen att ge kvinnan stöd och information (Chang et al., 2005).

Kvinnorna tyckte att det var en viktig del av vården att diskutera våldsutsatthet vid flera olika tillfällen. En del kvinnor brukade förneka att våld i nära relation förekom och därför var det viktigt att vårdpersonal ställde frågan vid flera olika tillfällen (Reisenhofer & Seibold 2012; Wester, Wong & Lagro- Janssen, 2007). I en utav studierna beskrev en kvinna det så här: ”*I would have been relieved if they had asked: I might have denied it, but then I have taken an interest [seen a way forward].*” (Reisenhofer & Seibold, 2012, s 2257)

I Wongs studie upplevde ingen av kvinnorna uppgav att de kände sig förolämpade av att få frågan om våldsutsatthet. Kvinnorna kunde känna sig konfronterade, men dessa tyckte ändå att frågan var nödvändig att ställa, eftersom de blev medvetna om sin våldsutsatthet (Wong et al., 2008). Ställdes frågan som en rutin och presenterades som del av anamnesen, så kände kvinnan att hon inte blev utpekad eller dömd (Chang et al., 2005).

Negativa känslor och tankar

Kvinnor som hade blivit utsatta för våld upplevde en rädsla när de fick frågan av vårdpersonalen (Belknap & Sayeed, 2003; Chang et al., 2005; Narula et al., 2012). Den rädslan berodde på de konsekvenser kvinnorna trodde de skulle få om de berättade för vårdpersonalen och rädslan för att partnern skulle få reda att våldet var känt (Belknap & Sayeed, 2003; Chang et al., 2005). En del kvinnor upplevde att vårdpersonalen inte tog frågan på allvar och valde därför att inte berätta hela sanningen för dem (Narula et al., 2012; Pratt-Eriksson, Bergbom & Lyckhage, 2014). Kvinnorna upplevde att det kändes som att vårdpersonalen frågade utifrån egen personlig nyfikenhet och inte av professionalism (Chang et al., 2005).

Det hände att kvinnorna, trots att de blev tillfrågade vid flera olika tillfällen, ändå valde att inte erkänna sin situation för vårdpersonalen (Pratt-Eriksson et al., 2014; Wester et al., 2007). Det

kan bero på att rädslan hindrade dem att berätta (Wester et al., 2007) eller att vårdpersonalens brist på respekt och förståelse gjorde att det kändes hopplöst och oviktigt (Pratt-Eriksson et al., 2014). Andra kvinnor kände sig konfronterade av frågan och upplevde att de blev tvingade av vårdpersonal att inse vad för situation de befann sig i (Wong et al., 2008).

Kvinnorna upplevde att vårdpersonalen egentligen inte hade någon beredskap för hur de skulle hantera situationen om en kvinna var utsatt för våld. Kvinnorna upplevde att de inte fick det bemötande som de behövde och att vårdpersonalen inte hade någon förståelse för dem (Wester et al., 2007; Yam & Oradell, 2000; Zink, Jeffrey, Jacobson, Regan, & Pabst, 2004). När en av kvinnorna i studien av Yam och Oradell (2000) hade fått frågan om våld i nära relation av en sjuksköterska på akutmottagningen, hade hon svarat ”ja” på frågan. Sjuksköterskan hade antecknat detta, gått vidare och frågat ytterligare några frågor utan att bry sig om svaret. Kvinnan kände att hon inte hade fått något stöd eller medlidande och upplevde att vårdpersonalen frågade frågor som från en kursbok (Yam & Oradell, 2000). I en annan studie, där en läkare hade frågat en kvinna om våld i nära relation, hade läkaren inte fortsatt diskussionen efter att kvinnan hade erkänt att hon hade varit utsatt för våld. Hon upplevde honom som ointresserad och lat, eftersom han inte frågade mer angående hennes situation (Wester et al., 2007). En annan kvinna kände sig nedvärderad när hennes läkare hade frågat om våld i nära relation. Hon förklarade att hon hade varit utsatt för emotionellt våld som hade skett verbalt och den respons hon fick från läkaren var att han gjorde en markering i sitt papper (Zink et al., 2004).

I en annan studie berättade två kvinnor som uppgav via ett formulär som de hade fått av deras vårdgivare, att de hade blivit utsatta för våld i nära relation. De upplevde att vårdpersonalen blev obekvämd av deras svar och inledde ingen diskussion, utan ignorerade deras svar. Kvinnorna upplevde att de inte fick den bekräftelse och den hjälp som de sökte för (Zink et al., 2004).

Upplevelser av olika tillvägagångssätt

Information om våld

I många fall var kvinnorna inte medvetna om att de hade utsatts för våld, utan de trodde det som hänt var normalt. Detta berodde dels på att de inte visste vad som räknades som våld och att de inte hade förståelse för att alla kvinnor kan hamna i en våldsrelation. Därför behövde kvinnorna

information för att förstå vad som inte var acceptabelt att utsättas för (Narula et al., 2012; Reisenhofer & Seibold, 2012). En kvinna berättade:

"He never struck me, but he'd grab me and push me into the wall... during that time I did not think it was abuse at any point... I thought of myself as an abused woman when the physical violence started." (Narula et al., 2012, s 596)

Även i Zink et al. (2004) förstod inte kvinnorna att de var utsatta för våld, förrän de fick det förklarat för sig av sin vårdgivare.

Information om våld i nära relation behöver vara tillgänglig för alla och bör ges till alla patienter. För även om en kvinna inte berättar att hon är utsatt för våld, utesluter det inte att hon inte befinner sig i en våldsam relation. Om inte information ges, kan det lämna kvinnor som är utsatta utan kunskap om att hjälp finns och vart hjälpen finns (Chang et al., 2005; Wester et al., 2007). Genom att vårdpersonal förklarar att alla kvinnor kan bli utsatta för våld och berättar att de ger information om våldsutsatthet till alla som kommer till vården, kan det minska stigmatiseringen kring ämnet och leda till att en kvinna vågar berätta för vårdpersonalen om vad hon har varit med om (Yam & Oradell, 2000).

Vårdpersonalens bemötande

Vårdpersonal som visade att de var villiga att ta sig tid att lyssna, beskrevs som en mycket viktig faktor för om kvinnan skulle känna sig bekväm med att prata om sin våldsutsatta situation när frågan om våld ställdes (Belknap & Sayeed, 2003; Narula et al., 2012; Wester et al., 2007; Yam & Oradell, 2000; Zink et al., 2004). Om sjuksköterskor och läkare visade genuint intresse för de kvinnliga patienterna som sökte vård, upplevde kvinnorna att de såg hela patienten och inte enbart de medicinska problemen. Detta bemötande ledde till att kvinnorna upplevde att det var lättare att öppna upp sig (Belknap & Sayeed, P, 2003). Vidare borde frågan ställas på ett sätt så att kvinnan uppfattade att den är personligen ställd till henne; att ställa frågan med hennes namn medförde till exempel att kvinnan kände sig mer bekväm med vårdpersonalen (Chang et al., 2005; Wester et al., 2007). Kvinnorna ville bli bemötta med empati, medkänsla, respekt och inte av en dömande attityd, och känna att det fanns en jämställdhet mellan patienten och vårdpersonalen. De ville mötas i en omgivning som var känslomässigt stödjande och öppen (Chang et al., 2005; Keeling & Fisher, 2014; Reisenhofer & Seibold, 2012; Yam & Oradell, 2000; Zink et al., 2004)

Ett empatiskt bemötande, med visande av ömhet och värnande om starkt självförtroende, ville kvinnorna i en studie av Wong et al. (2008) få av sin läkare. Vissa kvinnor i studien ville bli bemötta på ett mer kliniskt och medicinskt sätt, men att det ändå behövde inkluderas ett empatiskt eller självstärkande bemötande (Wong et al., 2008). I en studie betonades betydelsen av att skapa en personlig och tillmötesgående atmosfär där patienterna kände sig välkomna (Wester et al., 2007). Även positivt kroppsspråk av vårdpersonalen, så som leenden och ögonkontakt, var viktigt vid samtal om våld i nära relation (Chang et al., 2005). Enligt Zink et al. (2004) var det viktigt att berätta att allt som sägs är konfidentiell och att personalen har tystnadsplikt.

Kvinnor ville höra från sin vårdgivare att de inte förtjänade att bli våldsutsatta, att det inte var rätt och att våld inte var acceptabelt (Reisenhofer & Seibold, 2012; Wong et al., 2008; Yam & Oradell, 2000). I studien av Reisenhofer och Seibold, (2012) tog kvinnorna upp vikten av att inte uttrycka sig på ett sätt så att skulden lades på kvinnorna. Våldsutsatta kvinnor var rädda att bli misstrodda och för att de skulle känna sig betrodna var det viktigt att vårdpersonalen tog dem på allvar (Narula et al., 2012). Kvinnorna ville inte erkänna våld för vårdpersonalen om de uppfattade att deras svar inte togs på allvar (Yam & Oradell, 2000). Många kvinnor skämdes över att de hade blivit utsatta för våld och därför var det viktigt att vårdpersonalen förklarade att det inte var något att känna skam över. Validering av kvinnornas känslor hade en positiv inverkan på kvinnorna då de upplevde sig hörda och tagna på allvar (Narula et al., 2012).

Ge anledningar till att frågan ställs

I en studie beskrev kvinnorna att de gav råd till vårdpersonal om att ge en anledning till kvinnorna varför de ställde frågan, till exempel att de kunde berätta att frågorna var en del i den medicinska anamnesen och ställdes på rutin till alla. Detta kunde hjälpa till att minska stigma, minska att kvinnorna kände sig dömda och leda till att kvinnornas misstänksamhet minskades då de annars undrade varför frågan ställdes just till dem. Detta var särskilt viktigt, när relationen mellan vårdpersonal och patienten inte var etablerad ännu (Chang et al., 2005).

Vissa vill inte få raka frågor

I Belknaps och Sayeeds (2003) studie, beskrevs ett varsamt närmande av frågan om våldsutsatthet som hjälpsamt, eftersom kvinnorna kunde bli skrämda av att sjukvårdspersonal ställde frågor kring våld för aggressivt och för rakt på sak. Ett exempel på en närmande fråga är

"Do you get along with your husband?" (Belknap & Sayeed, 2003, s 733). Eller att fråga frågor om de spenderar tid för sig själva, utan att utföra hushållssysslor, befinner sig på arbetet, eller om de har barnfritid. Om en kvinna svarade att hon inte lämnade huset utan sin partner, kunde detta indikera misstanke om våldsutsatthet. Andra förslag på hur vårdpersonal kunde närma sig frågan var att visa intresse och fråga om deras barn och på så vis kände kvinnorna förtroende för sjuksköterskan (Belknap & Sayeed, 2003).

Att ställa undersökande frågor om kvinnors situation och att nämna att våldsutsatthet kan vara en möjlig orsak till deras hälsoproblem, kan vara en början till en djupare diskussion (Wong et al., 2008). Även i studien av Zink et al. (2004) beskrevs att hjälpa kvinnan att namnge våldet och att koppla ohälsan relaterat till våldet som essentiellt. I studien av Narula et al. (2012) upplevde kvinnorna inte att husläkaren var intresserad av andra aspekter av hälsan än den fysiska. De föreslog att läkarna öppet skulle säga att de inte bara var intresserade av det kroppsliga och att patienterna skulle bli informerade om vilka olika tjänster läkaren och kliniken kunde erbjuda, så som rådgivning (Narula et al., 2012). Det verkade vara viktigt att informera kvinnor om att läkaren var kunnig inom psykosociala problem (Wester et al., 2007). De äldre kvinnorna i studien av Zink et al. (2004) verkade, i likhet med kvinnorna i Belknaps och Sayeeds (2003) studie, inte vilja ha för raka frågor kring våld. En kvinna ville bli tillfrågad varsamt och sade: *"They don't have to come right out and say, "Are you in an abusive relationship" "* (Zink et al., 2004, s 903). Tillika i studien av Yam och Oradell (2000) ville kvinnorna inte bli tillfrågade rakt ut, till exempel: *"... are you a victim of violence?"* (Yam & Oradell, 2000, s 468). De kände sig mer bekväma om sjuksköterskan började samtalet med att berätta och ge exempel på andra kvinnor som hade uppsökt vård på grund av våldsutsatthet. De föreslog att vårdgivaren kunde uttrycka sig så här: *"This is not right, If you want to talk to me, I can sit you down, I can let you know there's a bit more I can help you with, if you want to get out of this."* (Yam & Oradell, 2000, s 467).

Att sjuksköterskan förklarade och visade sitt stöd för den kvinna som sökte vård tyckte kvinnorna var nödvändigt (Wester et al., 2007).

Miljön vid tillfrågandet

När frågan ställdes, ville kvinnorna att det skulle ske i en trygg och avskild miljö (Chang et al., 2005; Yam & Oradell, 2000). Den viktigaste punkten var att avlägsna partnern under sjukvårdsbesöket (Chang et al., 2005; Zink et al., (2004). I en situation där patienten behövde

tolk hände det att partnern tolkade under läkarbesöken, vilket kunde leda till att kvinnan förnekade våld om en sådan fråga ställdes (Wester et al., 2007). Frågan bör inte ställas i en sårbar situation, exempelvis när patienten inte är helt påklädd. Utöver hur frågan ställs var andra material i rummet, så som affischer och broschyrer om våld i nära relation, av betydelse då det kan få kvinnorna att känna att vårdgivaren i rummet var en trygg person att prata med om våld i nära relation (Chang et al., 2005). I studien av Yam och Oradell (2000) önskade kvinnorna att i samband med frågan om våld, också få litteratur om våld i nära relation, på grund av att kvinnorna kan vara nervösa och inte klartänkande i den stunden då frågan ställs. Ett exempel som kvinnorna förespråkade var att i samband med att broschyren ges säga: *"We give this to everybody who comes in, take some time to read it, call us any time"* (Chang et al., 2005, s 145).

Återkoppling

Det kan vara svårt för kvinnor att avslöja att de utsätts för våld, därför vill kvinnor som utsatts för våld att vårdpersonalen ska säga att de är välkomna åter om de har bekymmer. En kvinna gav som exempel på hur det kan sägas: *"Well, do you need to talk about anything or if you need help with anything, call my office"* (Chang et al., 2005, s 144).

Kvinnorna kände sig tacksamma när läkaren erbjöd att boka in ett nytt möte under samtalet eller när de sa att de ville träffa patienten regelbundet, (Narula et al., 2012). Även i studien av Yam och Oradell (2000) ville kvinnorna ha uppföljande samtal och få frågan på nytt om hur de mådde. Att fråga uppreparande gånger om våldsutsatthet, även i fall där kvinnor nekat under tidigare samtal var viktigt, då kvinnan kanske inte hade varit redo att berätta tidigare och inte känt förtroende (Belknap & Sayeed, 2003; Wester et al., 2007). Om kvinnan får medicinskt oförklarliga symptom, så som spändhet och stress och söker sig tillbaka till vården, ska frågan speciellt upprepas på nytt (Wester et al., 2007). Även om vårdpersonal misstänker våldsutsatthet får de inte visa frustration över att kvinnan inte vill berätta om det på en gång, utan vårdpersonalen måste vara tålmodig och visa medkänsla och stöd (Chang et al., 2005).

Upplevelser av olika tillvägagångssätt

Inte prioriterade

En del kvinnor blev inte tillfrågade om de hade blivit utsatta för våld av vårdpersonalen och kvinnorna vågade inte heller berätta för dem. De upplevde vårdpersonalen som stressad, att de inte tog sig tid att lyssna på sina patienter och att de trodde att det inte ingick i deras arbetsuppgift att

behandla icke-medicinska problem (Narula et al., 2012; Yam & Oradell 2000; Zink et al., 2004). En kvinna som hade varit utsatt för våld trodde att hennes vårdpersonal inte var ansvarig för att hjälpa henne i en sådan situation och tyckte synd om sin ansvarige läkare för att han var så upptagen med annat, och ansåg inte att han skulle behöva lägga tid på hennes problem (Zink et al., 2004). Kvinnor som inte blev tillfrågade om våldsutsatthet av vårdpersonalen upplevde dem som kyliga, att de inte gav tillräckligt med känslomässigt stöd och att de inte var intresserade av sina patienters verkliga mående (Keeling & Fisher 2014; Pratt-Eriksson et al., 2014; Reisenhofer & Seibold, 2012). Fokus inriktade sig enbart på de fysiska problemen och fick kvinnorna att känna sig mindre sedda och bekräftade (Pratt-Eriksson et al., 2014; Reisenhofer & Seibold, 2012). Kvinnorna uppfattade att vårdpersonalen enbart tog hand om de skador som syntes utan på, men ingen kunde eller ville hjälpa dem med de skador som var på insidan (Yam & Oradell, 2000).

DISKUSSION

Resultatet visar att beroende på vilket bemötande kvinnorna fick, ledde det till antingen en positiv eller en negativ upplevelse av tillfrågandet om våld i nära relation. Kvinnorna hade en positiv inställning till att få frågan om våld men menade att tillfrågandet måste ske på ett bra sätt. Hur vårdpersonalen ställer frågan, påverkar hur kvinnan väljer att svara. Vissa kvinnor hade en negativ upplevelse av att få frågan om våld i nära relation, vilket berodde på bemötandet, miljön och att de inte fick tillräckligt med stöd. En del kvinnor blev inte ens tillfrågade om våld av vårdpersonalen. I denna studie har det framkommit flera olika förslag på tillvägagångssätt för hur vårdpersonal kan fråga om våld i nära relationer.

Resultatdiskussion

Det som framkom i resultatet var att kvinnorna uppskattade att bli tillfrågade om våld i nära relation av vårdpersonal. Detta stämmer med tidigare forskning av Valente (2000), som dessutom har uppgett att det finns för få studier som undersöker de etiska aspekterna av tillfrågade om våld i nära relation till kvinnor. Valentés studie visar att ställa frågan om våld i nära relationer, kan förbättra kvinnors hälsa och välbefinnande, eftersom det identifierar kvinnor som utsätts eller befarsas att utsättas för våld i nära relation (Valente, 2000). Att vårdpersonal vågar ställa frågan om våld i nära relation till patienten, kan vara det första steget som för patienten och vårdpersonalen närmare varandra. Detta bidrar till en djupare relation och bättre kommunikation.

Kommunikation, som är grundstenen i Travelbees omvårdnadsteori (1971) bidrar till god vård, som i detta fallet kan förbättra kvinnors hälsa och välbefinnande.

Utifrån studiens resultat upplevde vissa av kvinnorna en rädsla inför att svara på frågan om våld i nära relation av vårdpersonal. Resultatet visar i likhet med Höglund (2010) som undersökt kvinnors åsikter om att bli tillfrågade om våld i nära relation, att frågan om våld kan väcka obehagliga minnen, kännas anklagande och leda till att kvinnorna känner sig kränkta i sin integritet. Höglund (2010) förklarar att det på längre sikt kan medföra bättre hälsa och välbefinnande för kvinnan om frågan ställs, även om det kan påverka kvinnans integritet negativt till en början. Det är ändå viktigt att sjuksköterskan frågar för att få reda på hur kvinnan upplever tidigare eller pågående våldsutsatthet, så att sjuksköterskan kan hjälpa henne i sitt lidande och hjälpa patienten att finna hopp, vilket är sjuksköterskans arbetsuppgift enligt Travelbees omvårdnadsteori (Travelbee, 1971).

Det som också framkom i resultatet var att en del kvinnor brukade förneka att våld i nära relation förekom när de, vid flera olika tillfällen, ställdes inför frågan. Kvinnorna tyckte ändå att vårdpersonalen skulle fortsätta ställa frågan vid olika tillfällen. Av Häggbloms och Möllers studie (2007) framgår att våld i nära relation är ett folkhälsoproblem och Glenngård et al. (2011) uppger att våldsutsatta kvinnor som upptäckts i tid, sparar både resurser för samhället och minskar lidandet för den kvinna som blir utsatt. Våldsutsatta kvinnor söker och behöver sjukvård oftare, till följd av det våld som de utsätts för, och detta blir därför en samhällsekonomisk fråga. Framförallt blir det ett problem och en större kostnad om dessa kvinnor inte får det stöd och den hjälp som de behöver och därför fortsätter att söka vård.

Vad som också framkom av resultatet var att kvinnorna upplevde att vårdpersonalen sällan hade kunskap eller förståelse för hur de skulle hantera och bemöta en patient som var i en våldsutsatt position. NCK:s rapport (2010) belyser att grundutbildningar inom hälso- och sjukvård på högskolor och universitet ofta saknar tillräckligt med utbildning om våld mot kvinnor. Utbildning om våld i nära relation är något som det behöver finnas mer utav, för att sjukvården ska kunna hjälpa och hantera de patienter som söker vård. Det är viktigt att vårdpersonal bemöter denna patientgrupp med förståelse och respekt, eftersom kvinnorna överlag kan känna att deras integritet och autonomi ständigt kränks i vardagen. Om inte vårdpersonal bemöter dem med empati kan det leda till att kvinnorna inte vågar erkänna att de är utsatta för våld eller vill ge ut mer information till vårdpersonalen. Därav kan det leda till att kvinnan fortsätter att vara kvar i en våldsutsatt relation på grund av att vårdpersonal inte har rätt sorts kunskap av att hantera och bemöta denna patientgrupp. Att inte kunna kommunicera med sin patient strider mot Travelbees omvårdnadsteori om vägen till god vård och att det är viktigt att förstå att alla individer är lika värda, men att upplevelsen av hälsa och ohälsa är unik för varje person (Travelbee, 1971). De konsekvenser som kan uppstå om en våldsutsatt kvinna inte upptäcks av vårdpersonalen, kan vara att hennes lidande blir bestående, som enligt Travelbee (1971) är det som en sjuksköterska ska motarbeta i sin omvårdnad. Som Glenngård et al. (2011) skriver blir det en samhällskostnad som kan minska om vårdpersonal vågar fråga och får kunskap och utbildning i hur denna utsatta patientgrupp ska bemötas.

Resultatet visar att kvinnorna inte var medvetna om vad som definieras som våld och inte heller hade kunskap om att alla kvinnor kan utsättas för våld. Därav hade de inte insikt i att de själva kunde befinna sig i en våldsutsatt situation. WHO har fastställt att våld kan vara både fysiskt, sexuellt, psykologiskt och försummelse (Krug et al., 2002). Våld i nära relationer kan

till exempel innefatta våld mellan makar, samboende och partners (Socialstyrelsen, 2014). Enligt en studie är en manlig partner eller make den överlägset vanligaste förövaren av våld mot kvinnor (Krug et al., 2002) och över en tredjedel av världens kvinnor och flickor utsätts för partnervåld och/eller sexuellt våld under sina liv (WHO et al., 2013). En artikel i denna studie berättade om en kvinna som inte var medveten om att hon hade blivit utsatt för våld. Hon förklarade att hennes partner hade tagit tag i henne och tryckt upp henne mot väggen, men att hon trodde att våldet behövde vara mer fysiskt än så för att räknas som våld (Narula et al., 2012). Detta visar att vårdpersonal behöver ge mer information om vad våld innebär till alla kvinnor, eftersom många kvinnor frekvent utsätts för våld i sina nära relationer. Sjukvården behöver även ge information om vilken hjälp det finns att få och var den hjälpen finns. Leppäkoski och Paavilainen (2013) menar att när olika professioner arbetar tillsammans med en gemensam handlingsplan för våldsutsatta kvinnor så bidrar det till att kvinnorna får bättre hjälp. Att varje avdelning ska ha en handlingsplan som passar deras avdelning om hur de ska gå tillväga om de möter en våldsutsatt kvinna. Alla olika avdelningar inom sjukvården har sina olika förutsättningar, där en vårdavdelning kan ha bättre förutsättningar att skapa en avskild miljö som gör det enklare att diskutera våldsutsatthet jämfört med en akutmottagning där det inte är lika lätt att hitta samma privata utrymme (Catallo et al., 2012; Williams, Halstead, Salani, Koermer, 2016). I resultatet framkom det att miljön var en viktig faktor vid tillfrågandet då kvinnorna ville att det skulle ske i en trygg och avskild miljö, exempelvis kunde det vara att avlägsna partner från rummet när frågan om våld ställs. Enligt studien av Krug et al. (2002) är det maken eller en manlig partner den mest vanliga förövaren av våld mot kvinnor. Därför är det av vikt att avlägsna partnern från rummet för att kvinnan ska känna sig trygg i att uttrycka sig. På en akutmottagning kanske det frågeformulär med screeningsfrågor som Fulfer et al. (2007) tog fram skulle kunna användas istället för att säga frågorna högt och för att patienten ska kunna svara på frågorna privat. Olika avdelningar behöver jobba fram sin egen handlingsplan för hur de kan erbjuda hjälp och konkret samspela mellan andra professioner, så att kvinnorna tydligt får reda på vilken hjälp det finns att tillgå (NCK, 2011).

En klinisk implikation är att vårdpersonalen motiverar för patienten om varför frågan om våldsutsatthet ställs, till exempel förklara att den ställs på rutin till alla kvinnor som en del av den medicinska anamnesen för att minska stigmatiseringen. Genom att berätta att våldsutsatthet, utöver kroppsskada, kan leda till andra negativa konsekvenser på hälsan, exempelvis smärtproblematik och sömnsvårigheter, så kan vårdpersonalen hjälpa patienten att

koppla våldet som en orsak till sin ohälsa (Bonomi et al., 2009; Campbell, 2002). Genom att förklara detta kan patienterna få mer förståelse för varför frågan ställs i den medicinska anamnesen och stigmatiseringen minskar. Hälso- och sjukvårdslagen fastslår att det är vårdpersonalens ansvar att försöka hitta orsaken till patienters symptom, detta kan även vara att förklara för patienten varför frågan ställs på rutin (SFS, 2017:30). Att dela ut skriftlig information när frågan ställdes ledde till att kvinnorna i lugn och ro kunde reflektera över informationen. Därav var det viktigt att frågan ställs upprepade gånger så att kvinnorna haft möjlighet att reflektera och bestämma sig om de vill berätta om sin våldsutsatthet. Ur ett samhällsperspektiv kan den enkla upprepade frågan bespara kostnader som annars kan uppstå av att kvinnor inte får hjälp i tid med sin våldsutsatthet (Glenngård et al., 2011). Kvinnor kan ha svårt att berätta om att de har utsatt för våld, och därför är det viktigt att vid tillfrågandet informera om att patienten alltid kan vända sig till sin vårdpersonal och som vårdpersonal följa upp patienterna regelbundet.

En annan klinisk implikation är vikten av att varsamt ställa frågan om våldsutsatthet genom andra närmande frågor, som exempelvis undersöker hur kvinnan upplever relationen till sin partner (Belknap & Sayeed, 2003). Detta liknar en studie av Fulfer et al. (2007) där de föreslår fem indirekta frågor eller påståenden som besvaras med ja- eller nej, där kvinnor som har utsatts för våld av sin partner jämförs med kvinnor som inte har blivit utsatta. De påståenden som undersöks är till exempel om kvinnorna känner sig trygga i sina hem, vad de tror att deras familj tycker om partnern, hur kvinnorna upplever sin partners beteende i förhållande till konflikter, relationen och dem själva. Detta skiljer sig dock från Rhodes et al. (2008) studie som visade att det var större sannolikhet att kvinnor avslöjade sin våldsutsatthet på akuten om de istället fick öppna frågor. Det kan vara svårt att erkänna våldsutsatthet, på grund av rädsla för att våldet ska öka om det kommer fram att kvinnan har erkänt det eller rädsla över att bli dömd av personalen. Det kan också vara svårt att erkänna, då kvinnorna kan ha normaliserat sin partners våldsbeteende och därav inte har insikt i att de blivit utsatta för våld. Frågor som inte är direkta och som är relativt lätta att svara på, på grund av bara två svarsalternativ, kan hjälpa både kvinnorna och sjukvårdspersonalen att förtydliga att våldsutsatthet förekommer. Att däremot använda öppna frågor, öppnar upp för samtal och uppgifter om våld som annars skulle kunna missas med slutna frågor.

Resultatet visade att när vårdpersonalen i praktiken använde sig av det holistiska omvårdnadsperspektivet och såg hela individen och inte enbart det medicinska (Nyström,

2002), fick kvinnorna lättare att öppna sig och berätta om sina upplevelser. Kvinnorna kände sig mer bekväma när frågan var personligt ställd till dem, vilket kan kopplas till kravet på en personcentrerad vård. Personcentrerad vård innebär att se hela individens existentiella, sociala, andliga och psykiska behov i lika mån som de fysiska behoven. Personcentrerad vård handlar om att validera personens upplevelse av sin ohälsa och att främja hälsan utifrån vad som är viktigt för den enskilda personen (Svensk sjuksköterskeförening, 2016). Detta kan jämföras med Travelbees omvårdnadsteori där upplevelsen av hälsa och ohälsa är unik för varje individen och att liknande sjukdomstillstånd kan behöva olika omvårdnad eftersom individens behov varierar (Travelbee, 1971).

En annan studie berättade om en kvinnlig patient som ett flertal gånger hade sökt vård på grund av våld som uppstått i nära relation. Vid dessa besök var det ingen av vårdpersonalen som hade tagit upp frågan, utan kvinnan behandlades endast med smärtstillande läkemedel (Leppäkoski, Paavilainen & Åstedt-Kurki, 2010). I resultatet beskriva att kvinnorna kände sig mindre bekräftade och sedda när vårdpersonalen enbart var fokuserad på att behandla de skador som var direkt medicinska. Vårdpersonalen upplevdes som ointresserad när de inte frågade om våld i nära relation. Att patienterna inte kände sig bekräftade eller sedda tyder på bristande personcentrerad vård. Om vårdpersonal enbart fokuserar på att behandla medicinska, akuta och synliga problemen, leder det till att de missar den bakomliggande orsaken till varför en kvinna vid upprepade tillfällen söker vård. Det är framtaget från tidigare forskning av Campbell (2002) att det är vanligt att kvinnor söker för fysiska problem och sjukdomar, som är kopplade till våld i nära relation. Kvinnorna söker således vård för sina fysiska besvär som är relaterade till våldet, men de söker inte hjälp för sin våldsutsatthet.

Resultatet visar också att flera kvinnor som inte blev tillfrågade om våld i nära relation, inte heller vågade berätta att de hade varit utsatta. Därför är det viktigt att vårdpersonal ställer frågan om våld i nära relation, oavsett vad för sjukdomsbild kvinnan inkommer för. I en tidigare artikel skriver Lawoko et al. (2011) att frågan om våld inte ställs till alla kvinnor, på grund av okunskap och en skev stereotypisk föreställning om den våldsutsatta kvinnan hos vårdpersonalen. Därför behövs mer utbildning och kunskap för vårdpersonal, för att de ska veta hur de ska hantera våldsutsatta patienter och framförallt, hur de ska våga fråga för att kunna ge kvinna den vård som hon behöver. En klinisk implikation av resultaten i den här litteraturstudien kan vara att ökad utbildning och kunskap om våld i nära relationer ute på olika sjukhusavdelningar. Därför bör det holistiska perspektivet användas av all personal för

att kunna identifiera våldsutsatta kvinnor. Det holistiska perspektivet identifierar hela patienten som en egen individ och patienten ska inte definieras utifrån vad hen har för sjukdom, behandling eller diagnos (Nyström, 2002). Perspektivet anses därför som användbart i situationer där misstanke om våld förekommer. Om vårdpersonalen ser hela individen och inte enbart fokuserar på fysiska och synbart kroppsliga problem, bidrar det till att våldsutsatthet kan upptäckas.

Metoddiskussion

Design

Inför den här studien valdes en litteraturstudie för att besvara syftet. Litteraturstudier belyser den forskning som finns inom ett ämne sen tidigare och framställer en översiktlig bild av forskningen. Ett annat alternativ hade varit att författarna utfört egna intervjuer för att stärka studien, eftersom intervjustudier avser att undersöka människors upplevelser och upplevda erfarenheter (Polit & Beck, 2018), i det här fallet kvinnors upplevelser. På grund av tidsbrist ansåg författarna att en litteraturstudie var lämpligare och med en litteraturstudie får studien ett större omfång av kvinnors olika upplevelser från olika delar av världen.

Urval

Artikelsökningar gjordes i databaserna PubMed, CINAHL och SBU. I SBU gjordes sökningar, men inga artiklar som både var anpassade till studiens syfte och inklusionskriterier. Användning av flera databaser ökar ett trovärdigt resultat (Bettany-Saltikov & McSherry, 2016). Databaserna PubMed och CINAHL täckte adekvata studier om omvårdnad och medicinska områden, vilket författarna ansåg tillräckligt inför denna studie. En styrka var att databasen MeSH användes, då författarna inte ville riskera användning av missvisande terminologi i artikelsökningarna.

Inklusions- och exklusionskriterier

Inklusions- och exklusionskriterier bestämdes för artiklarna för att i högsta grad få fram relevanta artiklar (Olsson & Sörensen, 2011). De vetenskapliga artiklarna skulle vara kvalitativa originalstudier som referensgranskats (Polit och Beck, 2018). Att enbart inkludera kvalitativa artiklar bestämdes för att de kunde tänkas svara bättre på syftet, då det handlade om kvinnors upplevelse av att bli tillfrågade om våld i nära relationer av vårdpersonal. Att artiklarna skulle utgå från antingen Europa, Australien eller USA valdes för att minska sökträffarna. Att specifikt dessa valdes beror på att de kan tänkas ha liknande levnadsstandard och därav vara jämförbara. Skulle

skillnader i resultaten uppkomma var det då mer intressant. Det kulturella sammanhanget kan få betydelse för människors upplevelser, i denna studie var resultatet liknande, oberoende av vilket land kvinnorna bodde i. Möjligtvis hade resultatet sett annorlunda ut om artiklar från andra länder och kulturer inkluderats. Generaliserbarheten minskar när studien inte inkluderade fler länder eller världsdelar, och detta kan ses som en svaghet i studien.

Studien skulle undersöka kvinnors upplevelser av frågan om våld, och därav valdes ett brett åldersspann; från 18 år och uppåt. Studierna som togs med skulle innehålla empiriska, kvalitativa data och vara publicerade från år 2000 och framåt. Detta kan ses både som en styrka och en svaghet. En styrka, eftersom det inkluderar enbart den senaste forskningen inom området och kvinnors upplevelser av våld i nära relation troligen inte har förändrats mycket över tid. En svaghet, utifrån att inte äldre forskning har inkluderats, vilket skulle ha kunnat innebära att fler och bättre artiklar hade hittats. En ytterligare svaghet i studien var att enbart kostnadsfria artiklar användes. Det kan spekuleras i om värdefulla artiklar därmed exkluderades. Artiklar skrivna på antingen svenska eller engelska som inklusionskriterium användes för att undvika feltolkade resultat. Dock finns det ändå en risk för feltolkningar, då författarnas modersmål inte är engelska. Exkluderade var även artiklar som behandlade gravida kvinnors upplevelser, då det kan ses som att de har ett annat perspektiv och förhållningssätt till frågan om våld. Exempelvis kan gravida kvinnor känna att de har en instinkt av beskyddande av fostret/barnet, då våldet påverkar båda parter. Därför tyckte författarna att gravida var en separat urvalsgrupp, som inte var jämförbara med kvinnor som inte var gravida när frågan ställdes. Författarna ansåg även att barnmorskor är mer erfarna inom ämnet om hur tillfrågandet om våld bör ske, och att mycket forskning kring graviditet i samband med våldsutsatthet redan finns tillgänglig. Författarna ville undersöka gruppen kvinnor som inte är gravida, då de ansåg att mindre forskning fanns inom denna grupp omkring hur de upplever att få frågan om våld av sin vårdpersonal.

Författarna använde sig av artiklar som var inriktade på partnervåld i nära relation. En partner eller make är den mest förekommande förövaren av våld mot kvinnor (Krug et al., 2002), därav bestämde författarna att inrikta sig mot den sortens våld i nära relation. Men våld i nära relation är mycket bredare än så och andra perspektiv än makar och partners som förövare hade varit relevant att belysa.

Tillvägagångssätt

En styrka var att författarna försökte specificera sökningarna så mycket som möjligt, för att inte få

för stort utfall av artiklar, då många irrelevanta artiklar kunde tänkas förekomma. Efter att ha läst relevanta abstracts valdes de som uppfyllde inklusionskriterierna ut för fortsatt läsning. De återstående artiklarna lästes separat av författarna och efter att artiklarna kvalitetsgranskats med SBU:s kvalitetsmall för kvalitativa studier återstod de som ligger till grund för detta arbete. Artiklarna som ingår i denna studie behandlar kvinnor som har upplevt våld i nära relation. Författarna insåg i efterhand att de hade velat ha artiklar om hur kvinnor som inte varit våldsutsatta hade upplevt frågan och hur de skulle vilja bli tillfrågade. Andra sökord skulle i så fall ha inkluderats. En annan möjlig förklaring till att inga sådana artiklar hittades av författarna kan vara att forskning kring den gruppen kvinnor inte finns.

Kvalitetsanalys

De 10 utvalda artiklarna kvalitetsbedömdes utifrån SBU:s granskningsmall för kvalitativa artiklar. Författarna satte själva ett poängsystem för vad som ansågs vara av hög, medel eller låg kvalitet. Uppfyllede artiklar 80 procent eller mer av svarsalternativet ”ja” var de av hög kvalitet, medel var för de artiklar som hade 70 procent eller över den gränsen. Artiklar med lägre poäng blev exkluderade. De flesta artiklarna i den här studien består av artiklar med medelhög kvalitet och det kan ses som en svaghet att artiklarnas kvalitet inte var högre. Att studien baseras på endast 10 artiklar kan också ses som en svaghet då det kan vara för få artiklar för en litteraturstudie (Forsberg & Wengström, 2016).

Resultatanalys

Resultatet analyserades genom Fribergs (2018) tillvägagångssätt av en integrativ litteraturöversikt. Efter att författarna hade läst artiklarnas resultat separerat, fördes en gemensam diskussion, i syfte att minska risken för bias (Forsberg & Wengström, 2016; Friberg, 2018). För att förenkla granskningen av artiklarnas innehåll sammanställdes artiklarna i en översiktstabell, bilaga 2 (Friberg, 2018). En svaghet i resultatanalysen var att en av författarna hade en förförståelse omkring ämnet, då hon hade studerat en kurs på universitetet om mäns våld mot kvinnor. Författaren har trots förförståelsen eftersträvat ett neutralt perspektiv vid analyserandet av resultatet för att garantera pålitligheten i resultatet.

Forskningsetiska överväganden och behov av vidare forskning

De artiklar som har använts i den här studien har fått godkännande från en etisk kommitté, vilket även var ett av inklusionskriterierna. Vid granskning av artiklarna, tolkning av material och val av urval för vilka artiklar som skulle inkluderas till denna studie, har författarna försökt ha ett

objektivt och neutralt synsätt, trots viss förförståelse. Dock finns det alltid en risk att det inte blir helt och hållet objektivt och att det kan påverka resultatet.

Resultatet från denna studie beskrev hur olika kvinnor upplevde frågan om våld i nära relation. De flesta kvinnor uppskattade att bli tillfrågade, men ändå var det inte alla kvinnor som fick frågan av vårdpersonal. Att vårdpersonal inte har tillräckligt med kunskap och beredskap på hur de ska möta våldsutsatta kvinnor är något som det behöver forskas mer om. Därför behövs mer utbildning för personal och för detta behövs underlag från mer forskning som sträcker sig globalt, eftersom våldsutsatthet sker i många delar av världen.

Slutsats

Resultatet från denna studie tyder på att kvinnor uppskattar att bli tillfrågade om våld i nära relation och att vårdpersonalen definierar för kvinnorna vad våld är. Information i samband med att frågan ställs öppnar upp för diskussion och gör kvinnorna mer medvetna om sin eventuellt våldsutsatta situation. Blir kvinnor tillfrågade men inte får det stöd och den information de behöver, känner de att de inte blir tagna på allvar eller att personalen inte vet hur de ska hjälpa dem. De är ibland också rädda för att svara på frågan, då kvinnorna känner att de inte riktigt är införstådda med vad för konsekvenser det kan ge. Tillfrågandet om våld kan med fördel ställas med närmande frågor, då ett för aggressivt tillfrågande kan leda till att kvinnan känner sig mer obekvämt. När frågan ställs är vårdpersonalens bemötande, egenskaper och miljön de faktorer som påverkar om kvinnan känner att hon vill erkänna våldsutsatthet eller inte. Det är också viktigt att tillfrågandet sker vid flera olika tillfällen. Får inte kvinnan frågan av vårdpersonalen, fast hon egentligen hade velat, kan hon känna att personalen inte bryr sig om problem som är icke-medicinska och att de inte är intresserade av att ta hand om hela patienten.

REFERENSLISTA

Beauchamp TL & Childress JF (2008). *Principles of Biomedical Ethics. 6th edition.* New York: Oxford University Press.

* Belknap, R A. & Sayeed, P. (2003). Te contaria mi vida: I would tell you my life, if only you would ask. *Health Care for Women International. 24(8)*, 723-37. doi: 10.1080/07399330390227454

Berglund, A. (2015). Kvinnohälsovården. I Nationellt centrum för kvinnofrid, *Att fråga om våldsutsatthet som en del av anamnesen* (sid. 95-101). Uppsala: Nationellt centrum för kvinnofrid

Bettany-Saltikov, J. & McSherry, R. (2016). *How to do a systematic literature review in nursing: a step-by-step guide.* (2. ed.) London: McGraw-Hill Education/Open University Press.

Bonomi, A., Anderson, M., Reid, R., Rivara, F., Carell, D. & Tompson, R. (2009). Medical and Psychosocial Diagnoses in Women with a History of Intimate Partner Violence. *Archives of Internal Medicine, 169(18)*, 1692–1697. doi:10.1001/archinternmed.2009.292

Brottsförebyggande rådet (BRÅ). (2014). *Brott i nära relationer - en nationell kartläggning.* Brå. Hämtad 15 november 2018, från https://www.bra.se/download/18.9eaaede145606cc8651ff/1399015861526/2014_8_Brott_i_nara_relationer.pdf

Campbell, J. (2002). Health consequences of intimate partner violence. *Lancet, 359(9314)*, 1331-1336. doi:10.1016/S0140-6736(02)08336-8

Catallo, C., Jack, S., Ciliska, D. & MacMillan, H. (2012). Minimizing the risk of intrusion: a grounded theory of intimate partner violence disclosure in emergency departments. *Journal of Advanced Nursing, 69(6)*, 1366-1376. doi:10.1111/j.1365-2648.2012.06128.x

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

Forsberg, C. & Wengström, Y. (2016). *Att göra systematiska litteraturstudier: värdering, analys och presentation av omvårdnadsforskning*. (4. rev. utg.) Stockholm: Natur & kultur.

Friberg, F. (2018). *Dags för uppsats: vägledning för litteraturbaserade examensarbeten*. (3. rev. utg.) Lund: Studentlitteratur

Fulfer, J L., Tyler, J J., Choi, N J., Young, J A., Verhulst, S J., Kovach, R. & Dorsey, J K. (2007). Using indirect questions to detect intimate partner violence: the SAFE-T questionnaire. *Journal of Interpersonal Violence*, 22(2), 238-49. doi:10.1177/0886260506295814

Heimer, G., Björck, A. & Högmark, S. (2006). *Att möta kvinnor som utsatts för misshandel och våldtäkt – Ett utbildningsmaterial för hälso- och sjukvårdens personal*. Uppsala: Nationellt centrum för kvinnofrid

Henricson, M., & Billhult, A. (2017). Kvalitativ metod. I M. Henricsson (Red.), *Vetenskaplig teori och metod: Från idé till examination inom omvårdnad* (2:1. uppl., s. 111-120). Stockholm: Studentlitteratur.

Hägglom, A. & Möller, A. (2007) Fighting for survival and escape from violence: Interviews with battered women. *International Journal of Qualitative Studies on Health and Well-Being*, vol. 2(3), 169-178. doi: 10.1080/17482620701296259

Höglund, A. (2010). Etiska aspekter på rutinmässigt frågan om erfarenheter av våld i nära relation. I Nationellt centrum för kvinnofrid, *Att fråga om våldsutsatthet som en del av anamnesen* (sid. 95-101). Uppsala: Nationellt centrum för kvinnofrid

Glenngård, A., Carlsson, K. & Berglund, A. (2011). *Ekonomiska konsekvenser av våld mot kvinnor - en kunskapsöversikt samt kostnadsberäkningar utifrån tre typfall*. Lund: Institutet för hälsa- och sjukvårdsekonomi

International Council of Nursing. (i.d.) *Nursing policy*. Genève: International Council of Nursing. Hämtad 28 november, 2018, från <https://www.icn.ch/nursing-policy/nursing-definitions>

*Keeling, J. & Fisher, C. (2014). Health Professionals' Responses to Women's Disclosure of Domestic Violence. *Journal of Interpersonal Violence*, 30(13), 2363-2378. doi: 10.1177/0886260514552449

Krug, E., Mercy, J., Dahlberg, L., Zwi, J. & Lozano, R. (2002). The World report on violence and health. *Lancet*, 360(9339), 1083-1088. doi: 10.1016/S0140-6736(02)11133-0

Lawoko, S., Sanz, S., Helström, L. & Castren, M. (2011). Screening for Intimate Partner Violence against Women in Healthcare Sweden: Prevalence and Determinants. *ISRN Nursing*, 2011, 1-7. doi: 10.5402/2011/510692

Leppäkoski, T. & Paavilainen E. (2013). Interventions for women exposed to acute intimate partner violence: emergency professionals' perspective. *Journal of Clinical Nursing*, 22(15-16), 2273-2285. doi: 10.1111/j.1365-2702.2012.04202.x

Leppäkoski, T., Paavilainen, E. & Åstedt-Kurki P. (2010). Experiences of emergency care by the women exposed to acute physical intimate partner violence from the Finnish perspective. *International Emergency Nursing*, 19(1), 27-36. doi:10.1016/j.ienj.2010.02.006

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

*Narula, A., Agarwal, G., McCarthy, L. (2012). Intimate partner violence: patients' experiences and perceptions in family practice. *Family Practice*, 29(5), 596-600. doi 10.1093/fampra/cms008

Nationellt centrum för kvinnofrid. (2010). Delrapport 2. *Nationell kartläggning av hur mäns våld mot kvinnor, hedersrelaterat våld och förtryck beaktas i grundutbildningar vid universitet och högskolor*. NCK-rapport 2010:3. Uppsala: Nationellt centrum för kvinnofrid, Uppsala universitet.

Nationellt centrum för kvinnofrid. (2011). *Att fråga om våldsutsatthet som en del av anamnesen. NCK-rapport 2010:4*. Uppsala: Nationellt centrum för kvinnofrid, Uppsala universitet.

Nationellt centrum för kvinnofrid. (2014). *Våld och hälsa - En befolkningsundersökning om kvinnors och män våldsutsatthet samt kopplingen till hälsa*. Uppsala: Nationellt centrum för kvinnofrid, Uppsala universitet.

Nyström, M. (2002). Inadequate nursing care in an emergency care unit in Sweden - lack of holistic perspective. *Journal of Holistic Nursing*, 20(4), 403-417. doi 10.1177/089801002237595

Olsson, H. & Sörensen, S. (2011). *Forskningsprocessen*. (3. uppl.). Liber AB. Stockholm.

Polit, D. & Tatano-Beck C. (2018) *Essentials of Nursing Research* (9th edition). Philadelphia: Wolters Kluwer.

*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), 23166. doi: 10.3402/qhw.v9.23166

*Reisenhofer, S. & Seibold, C. (2012). Emergency healthcare experiences of women living with intimate partner violence. *Journal of Clinical Nursing*, 22(15-16), 2253-2263. doi: 10.1111/j.1365-2702.2012.04311.x

Rhodes, K V., Frankel, R M., Levinthal, N., Prenoveau, E., Bailey, J. & Levinson, W. (2008). "You're Not a Victim of Domestic Violence, Are You?" Provider-Patient Communication about Domestic Violence. *Annals of Internal Medicine*. 147(9), 620-627. PMID: 17975184

Rying, M. (2007). *Utvecklingen av dödligt våld mot kvinnor i nära relationer*. Stockholm: Brottsförebyggande rådet.

SFS 2017:30. *Hälso- och sjukvårdslag*. Stockholm: Sveriges riksdag. Hämtad 20 november 2018,

från https://www.riksdagen.se/sv/dokument-lagar/dokument/svensk-forfattningssamling/halso--och-sjukvardslag_sfs-2017-30

Socialstyrelsen. (2014). *Kartläggning av interventioner som rör äldre personer som utsatts för våld i nära relationer*. Socialstyrelsen. Hämtad 20 november 2018, från http://www.sbu.se/contentassets/ea5ca70cffc94c1bb3e32b382d750f29/aldre_vald_nara_relation_2014-1-34.pdf

SOSFS 2014:4. *Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd om våld i nära relationer*. Hämtad 20 november 2018, från <https://www.socialstyrelsen.se/Lists/Artikelkatalog/Attachments/19441/2014-5-7.pdf>

Statens beredning för medicinsk utvärdering. (2014). *Mall för kvalitetsgranskning av studier med kvalitativ forskningsmetodik - patientupplevelser*. Stockholm: Statens beredning för medicinsk utvärdering. Hämtad 26 november, 2018 från http://www.sbu.se/globalassets/ebm/metodbok/mall_kvalitativ_forskningsmetodik.pdf

Statens beredning för medicinsk och social utvärdering (SBU). (2018). *Öppenvårdsinsatser för familjer där barn utsätts för våld och försummelse - en systematisk översikt och utvärdering och etiska aspekter*. SBU. Hämtad 20 november, 2018 från http://www.sbu.se/contentassets/7d3b278a3b8041f7b7e46f10fe5a4346/oppenvardsinsatser_familjer_barn_utsatts_vald_forsummelse.pdf

Svensk sjuksköterskeförening. (2016). *Personcentrerad vård*. Stockholm: Svensk sjuksköterskeförening. Hämtad 26 november från https://www.swenurse.se/globalassets/01-svensk-sjukskoterskeforening/publikationer-svensk-sjukskoterskeforening/ssf-om-publikationer/svensk_sjukskoterskeforening_om_personcentrerad_vard_oktober_2016.pdf

Travelbee, J. (1971). *Interpersonal aspects of nursing*. (2nd ed.). Philadelphia: Davis

United Nations - General Assembly. (1993). *Declaration on the Elimination of Violence against Women*. USA: United Nations. Hämtad 20 november 2018, från <http://www.un.org/documents/ga/res/48/a48r104.htm>

Valente, S. (2000). Evaluating and managing intimate partner violence. *The Nurse Practitioner*, 25(5), 18–30. PMID: 10826135

*Wester, W., Wong, S. & Lagro- Janssen, A. (2007). What Do Abused Women Expect from Their Family Physicians? A Qualitative Study Among Women in Shelter Homes. *Women & Health*, 45(1), 105-119. doi: 10.1300/J013v45n01_07

WHO, London School of Hygiene and Tropical Medicine, South African Medical Research Council (2013) *Global and regional estimate of violence against women: Prevalence and health effects of intimate partner violence and non-partner sexual violence*. Geneva: World Health Organization

Williams, J., Halstead., Salani, D., Koermer, N. (2016). An exploration of screening protocols for intimate partner violence in healthcare facilities: a qualitative study. *Journal of clinical nursing* 26(15-16), 2192-2201. doi: 10.1111/jocn.13353

Wolf, Z. & Zuzelo, P. (2006). "Never again". Stories of nurses: dilemmas in nursing practice. *Qualitative Health Research*, 16(9), 1191–1206. doi: 10.1177/1049732306292544

*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 and Counseling*. 70(3), 386-394 doi: 10.1016/j.pec.2007.11.013.

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

*Zink, T., Jeffrey, C., Jacobson, CJ., Regan, S. & Pabst, S. (2004). Hidden victims: the healthcare needs and experiences of older women in abusive relationships. *Journal of Women's Health*, 13(8), 898-908. doi: 10.1089/jwh.2004.13.898

Bilaga 1.

Bilaga 5. Mall för kvalitetsgranskning av studier med kvalitativ forskningsmetodik – patientupplevelser

REVIDERAD 2014

SBU:s granskningsmall bygger på tidigare publicerat material [1,2], men har bearbetats och kompletterats för att passa SBU:s arbete.

Författare: _____ År: _____ Artikelnummer: _____

Total bedömning av studie kvaliteten:

Hög Medelhög Låg

Anvisningar:

- Alternativet "oklart" används när uppgiften inte går att få fram från texten.
- Alternativet "ej tillämpligt" väljs när frågan inte är relevant.

1. Syfte

Ja Nej Oklart EJ tillämpl

a) Utgår studien från en väldefinierad problemformulering/frågeställning?

Kommentarer (syfte, problemformulering, frågeställning etc):

2. Urval

Ja Nej Oklart EJ tillämpl

a) Är urvalet relevant?

b) Är urvalsförfarandet tydligt beskrivet?

c) Är kontexten tydligt beskriven?

d) Finns relevant etiskt resonemang?

e) Är relationen forskare/urval tydligt beskriven?

Kommentarer (urval, patientkarakteristika, kontext etc):

Bilaga 1.

3. Datainsamling	Ja	Nej	Oklart	Ej tillämpl
a) Är datainsamlingen tydligt beskriven?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b) Är datainsamlingen relevant?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c) Räder datamättnad?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
d) Har forskaren hanterat sin egen förståelse i relation till datainsamlingen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Kommentarer (datainsamling, datamättnad etc):

4. Analys	Ja	Nej	Oklart	Ej tillämpl
a) Är analysen tydligt beskriven?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b) Är analysförfarandet relevant i relation till datainsamlingsmetoden?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c) Räder analysmättnad?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
d) Har forskaren hanterat sin egen förståelse i relation till analysen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Kommentarer (analys, analysmättnad etc):

5. Resultat	Ja	Nej	Oklart	Ej tillämpl
a) Är resultatet logiskt?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b) Är resultatet begripligt?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c) Är resultatet tydligt beskrivet?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
d) Redovisas resultatet i förhållande till en teoretisk referensram?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
e) Genereras hypotes/teori/modell?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
f) Är resultatet överförbart till ett liknande sammanhang (kontext)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
g) Är resultatet överförbart till ett annat sammanhang (kontext)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Kommentarer (resultatens tydlighet, tillräcklighet etc):

Bilaga 2. Resultatöversikt

Artikel nummer	Författare, år land	Titel	Syfte	Metod/deltagare	Resultat	Kvalitet
1.	Belknap, R. & Sayeed, P. (2003) USA	Te contaria mi vida: I would tell you my life, if only you would ask.	Förstå hur kvinnor från Mexico och Amerika känner om att bli tillfrågad om partnervåld för att hitta ett sätt att lyfta upp problemet.	Kvalitativ studie. 7 kvinnor som hade erfarenhet av att vara i en våldsutsatt relation intervjuades.	Viktigt att vara närvarande, lyssna och skapa en bra kontakt med de utsatta kvinnorna för att hjälpa dessa och för att våga fråga frågan om våld i nära relation.	Medel
2.	Chang, J., Decker, M., Moracco, K., Martin, S., Petersen, R & Frasier, P. (2005)	Asking about intimate partner violence: advice from female survivors to	Vilka råd en kvinna som har upplevt våld i nära relation kan ge vårdpersonal om hur dem ska fråga och	Kvalitativ studie. Olika fokusgrupper med kvinnor, totalt 41 st, intervjuades	Artikeln tar fram ett antal förslag som kvinnorna belyste och som handlar om att personal ska skapa god kontakt, rutiner och ge	Medel

	USA	health care providers	diskutera partnervåld med patienter		adekvat information till patienten om våld i nära relation	
3.	Keeling, J. & Fisher, C. (2014) UK	Health Profession's' Responses to Women's Disclosure of Domestic Violence	Få en djupare förståelse av kvinnors upplevelse av att berätta om våld i nära relation för vårdpersonal	Kvalitativ studie 15 kvinnor som deltog i studien och blev intervjuade.	Resultatet presenterar hur vårdpersonal närmar sig frågan om våld i nära relation och om kvinnors upplevelse av vårdpersonalens bemötande.	Hög

4.	Narula, A., Agarwal, G. & McCarthy, L. (2012) USA	Intimate partner violence: patients' experiences and perceptions in family practice	Att förstå hur kvinnor som utsätts för våld i nära relation kände när deras husläkare brydde sig om dem och att identifiera brister i vården gällande ämnet.	Kvalitativ studie 10 kvinnor deltog.	Kvinnorna var inte medvetna om att husläkaren var intresserad av problem utanför fysisk ohälsa. De uttryckte frustration över att <i>schemat</i> var offentligt och att de hade flera olika vårdgivare. För att förbättra vården borde husläkaren utbilda patienterna om vårdpersonalens roll och förse en trygg miljö för att patienten ska våga berätta samt att personal ska ge	Medel
----	--	---	--	--	---	-------

					uppföljning och stöd.	
5.	Pratt- Eriksson, D., Bergbom, I. & Lyckhage, E. (2014) Sverige	Don't ask don't tell: Battered women living in Sweden encounter with	Att få en djupare förståelse om kvinnor som upplevt våld I nära relation och hur de har blivit mottagna av bland annat	Kvalitativ studie. 12 kvinnor intervjuades och som hade skyddat boende. Dessa hade varit	Vårdpersonal bör ändra attityden och beteenden i mötet med våldsutsatta kvinnor. Även öka förståelsen och kunskapen om denna patientgrupp	Hög

		healthcare personnel and their experience of the care given	vården på grund av detta	utsatta för våld i nära relation.	för att den våldsutsatta kvinnan ska känna sig förstådd.	
6.	Reisienhofer, S. & Seibold, C. (2012) Australien	Emergency healthcare experiences of women living with intimate partner violence	Utforska Australienska kvinnor som lever med våld i nära relation och om deras erfarenhet av sjukvården. Hur sjukvården ökar deras förståelse om våld i nära relation och deras självuppfattning.	Kvalitativ studie. Intervjuer med 7 kvinnor.	Sjukvården är en av de få platser där kvinnor som lever i våld i nära relation kan få psykiskt- och fysiskt stöd. Sjukvård som ignorerar psykosociala problem skadar i längden kvinnornas självuppfattning.	Medel

7.	Wester, W., Wong, S. & Lagro- Janssen, A. (2007) Nederländerna	What Do Abused Women Expect from Their Family Physicians? A Qualitative Study Among Women in Shelter Homes	Att få insikt om våldsutsatta kvinnor som lever i skyddshem o, deras behov och erfarenheter av husläkaren.	Kvalitative studie 18 kvinnor som intervjuades	Majoriteten av kvinnorna tyckte att husläkarens attityd var mycket viktig och ansåg det var husläkarens uppgift att erbjuda hjälp.	Medel
8.	Wong, S., Wester, F., Mol, S., Römkens, R., Hezemans, D., Lagro- Janssen, T. (2008)	Talking matters: Abused women's views on disclosure of partner abuse to the family doctor and its	Syftet var att utforska vad kvinnor värderade mest med att avslöja våld i nära relation till deras läkare och om avslöjandet	Kvalitativ studie. 36 kvinnor intervjuades fyra veckor efter att ha avslöjat sin våldsutsatthet till sin läkare.	Ett kommunikativt tillvägagångssätt, med ett empatiskt och bemyndigande sätt är viktigt för kvinnor i avslöjandet om våld i nära relation. Mer än hälften av	Medel

	Nederländerna	role in handling the abuse situation	spelade en roll i att hantera deras våldsutsatta situation.		kvinnorna upplevde möjligheten för en förändring.	
9.	Yam, M. & Oradell, N. (2000) USA	Seen but not heard: battered women's perceptions of the ED experience	Beskriva våldsutsatta kvinnors erfarna upplevelse av bemötande på akutmottagning.	Kvalitativ studie 5 kvinnliga deltagare som intervjuades	Olika kategorier togs fram som beskrev kvinnornas känslor av bemötandet på akutmottagningen. En rädsla och osäkerhet fanns för att öppna upp sig och berätta.	Medel
10.	Zink, T., Jeffrey, C., Jacobson, C., Regan, S. & Pabst, S. (2004)	Hidden victims: the healthcare needs and experience of older women	Äldre kvinnors som utsatts för våld i nära relation och deras upplevelse av hälso- och sjukvården.	Kvalitativ studie 38 kvinnor deltog och intervjuades	Äldre kvinnor hade uppfattades ha en större integritet och familjeangelägenhet än yngre kvinnor, därför var det sällan äldre kvinnor	Medel

	USA	in abusive relationships-			erkände att våld förekom. Upplevelsen av sjukvårdspersonal var både positiva och negativa.	
--	-----	---------------------------	--	--	---	--