



Blekinge Tekniska Högskola
Sektionen för hälsa

KVINNOR UTSATTA FÖR PARTNERRELATERAT VÅLD

EN KVALITATIV LITTERATURSTUDIE OM DESSA
KVINNORS UPPLEVELSER AV BEMÖTANDET FRÅN
HÄLSO- OCH SJUKVÅRDSPERSONAL

Kalle Zetterholm Cronehed

Peter Larsson

Examensarbete i vårdvetenskap 15hp
Kurskod: VO1303
Sjuksköterskeprogrammet 180hp
Oktober 2010

Handledare: Peter Petersson
Blekinge Tekniska Högskola
Sektionen för hälsa
371 79 Karlskrona

KVINNOR UTSATTA FÖR PARTNERRELATERAT VÅLD: EN KVALITATIV LITTERATURSTUDIE OM DESSA KVINNORS UPPLEVELSER AV BEMÖTANDET FRÅN HÄLSO- OCH SJUKVÅRDSPERSONAL

Kalle Zetterholm Cronehed
Peter Larsson

Cronehed Zetterholm, K., & Larsson, P. Kvinnor utsatta för partnerrelaterat våld: En kvalitativ litteraturstudie om dessa kvinnors upplevelser av bemötandet från hälso- och sjukvårdspersonal. *Examensarbete i vårdvetenskap 15 högskolepoäng*. Blekinge Tekniska Högskola: Sektionen för hälsa, 2010.

ABSTRAKT

Bakgrund: I Sverige förekom det 2008 över 20 000 anmälda fall där kvinnor blivit misshandlade. En omfattande studie utförd i Norge visade att över en fjärdedel av kvinnorna varit/är utsatta för partnerrelaterat våld. Kvinnor utsatta för partnerrelaterat våld söker ofta hjälp inom hälso- och sjukvården när de har blivit misshandlade. Hälso- och sjukvården har dock bristande rutiner att upptäcka kvinnomisshandel och vårdpersonalen saknar kunskap om hur kvinnor utsatta för partnerrelaterat våld skall bemötas.

Syfte: Syftet med studien var att undersöka hur kvinnor utsatta för partnerrelaterat våld upplever bemötandet av hälso- och sjukvårdspersonal.

Metod: Studien är utförd som en litteraturstudie med kvalitativ ansats och baseras på åtta vetenskapliga artiklar. Artiklarna analyseras enligt Graneheim och Lundmans analysmetod.

Resultat: Hälso- och sjukvårdspersonals bemötande av kvinnor utsatta för partnerrelaterat våld varierade. Kvinnorna var sårbara, hade sänkt självförtroende och var rädda för konsekvenser om misshandeln skulle bli känd. Det kunde resultera i att kvinnorna inte berättade för vårdpersonal om partnerrelaterat våld. Att avslöja misshandeln upplevdes därför lättare när vårdpersonal frågade om misshandel samtidigt som en förstående och empatisk attityd uppvisades av vårdpersonal. Vårdpersonals tidsbrist, bristande intresse att hjälpa och okunskap om partnerrelaterat våld upplevde kvinnorna som faktorer av ett dåligt bemötande.

Slutsats: Utbildning och riktlinjer för hälso- och sjukvårdspersonal gällande partnerrelaterat våld behövs i större omfattning. Då partnerrelaterat våld även innefattar faktorer av social och psykologisk karaktär behöver behandlingen ses utifrån ett bredare perspektiv, detta för att bättre kunna hjälpa kvinnor utsatta för partnerrelaterat våld.

Nyckelord: Partnerrelaterat våld, kvinnomisshandel, hälso- och sjukvårdspersonal, bemötande.

INNEHÅLLSFÖRTECKNING

INLEDNING.....	1
BAKGRUND.....	1
Statistik över kvinnomisshandel.....	1
Sjukvårdens roll i partnerrelaterat våld.....	1
Hälso- och sjukvårdens kunskap om partnerrelaterat våld.....	2
Vårdrelationen.....	2
Bemötandet av kvinnorna utsatta för partnerrelaterat våld.....	2
Konsekvenser vid bristande kunskap.....	3
SYFTE.....	3
METOD.....	3
Litteratursökning och urval.....	3
Analysmetod.....	4
Etiska övervägande.....	4
RESULTAT.....	4
Kommunikation med vårdpersonal.....	5
Vårdpersonal ställer frågan om partnermisshandel.....	5
Vårdpersonal ställer inte frågan om partnermisshandel.....	5
Kvinnors rädsla för konsekvenser.....	5
Mista sitt barn.....	5
Bristande sekretess.....	6
Avsaknad av avskildhet.....	6
Upplevelsen av vårdpersonals uppträdande.....	6
Tillit till vårdpersonal.....	6
Känna stöd.....	7
Inte känna stöd.....	7
Upplevelse av vårdpersonals negativa attityd.....	7
DISKUSSION.....	8
Metoddiskussion.....	8
Resultatdiskussion.....	9
SLUTSATS/AVSLUTANDE DISKUSSION.....	11
REFERENSER.....	12
BILAGEFÖRTECKNING.....	14

INLEDNING

I vårt arbete inom hälso- och sjukvård har vi kommit i kontakt med kvinnor utsatta för partnerrelaterat våld. När kvinnorna i fråga uppvisade symtom som sårskador och blåmärken väcktes misstankar hos vårdpersonalen om att kvinnorna hade varit utsatta för denna form av misshandel. Sjuksköterska och/eller läkare har då bemött kvinnan utifrån misstankar om möjligt partnerrelaterat våld. I detta bemötande inryms den definition som vi finner i Nationalencyklopedin (2009) som innebär att ett bemötande handlar om hur individen uppför sig mot någon eller något. Hur detta bemötande handhas av vårdpersonalen och vår fokusering kring hur kvinnorna upplever detta bemötande, utgör det bakomliggande intresseområdet för vår uppsats.

United Nations definierar kvinnovåld som en könsrelaterad handling som leder till fysisk, sexuell eller psykisk skada samt lidande, eller risk för detta. Vidare ingår hot, tvång och berövande av frihet i definitionen (United Nations, 1994). Partnerrelaterat kvinnovåld innebär våld utav nuvarande eller tidigare partner (World Health Organization, 2005).

Sannolikheten att komma i kontakt med kvinnor som har blivit utsatta för partnerrelaterat våld är stor i arbetet som sjuksköterska. Våra egna kunskaper och erfarenheter avseende ämnesområdet ”bemötandet av kvinnor som har blivit utsatta för partnerrelaterat våld” är i egenskap av blivande sjuksköterskor begränsade. Dock är säkerligen detta resonemang också giltigt för många andras kunskapsnivåer inom vårdsektorn då tillräcklig kunskap och erfarenhet som har tagit systematiserad vetenskaplig form ofta inte finns att tillgå. Utifrån ovan nämnda problematik vill vi genom detta arbete undersöka hur kvinnor utsatta för partnerrelaterat våld upplever bemötandet av hälso- och sjukvårdspersonal.

BAKGRUND

Statistik över kvinnomisshandel

År 2008 misshandlades 25 785 kvinnor över 18 år i Sverige, enligt antalet anmälda brott (Brottsförebyggande rådet, 2009). En studie utförd i Norge visade på ett resultat att våld mot kvinnor är vanligt (Nerøien & Schei, 2008). En randomiserad studie utfördes i Norge där 2143 kvinnor i åldern 20-55 deltog. Fler än en fjärdel av kvinnorna (574st) svarade att de blivit utsatta för partnerrelaterat våld (a a).

Sjukvårdens roll i partnerrelaterat våld

Kvinnor utsatta för partnerrelaterat våld söker ofta hjälp inom hälso- och sjukvården (Lundgren, Heimer, Westerstrand & Kalliokoski, 2001). Enligt Lagen om yrkesverksamhet på hälso- och sjukvårdens område (SFS 1998:531) innefattar vårdpersonal den som erhållit legitimation inom yrkesområdet hälso- och sjukvård, samt personal som biträder den som innehar en legitimation. Denna definition av vårdpersonal kommer att användas i studien.

Sjukvården har ett stort ansvar i hjälpen av kvinnor utsatta för partnerrelaterat våld (Heimer & Posse, 2005). Kvinnor utsatta för partnerrelaterat våld upplever skuld känslor och skam över sin situation. Det leder till att kvinnorna har svårt att förlita sig till vårdpersonal (Heimer, Björck & Hogmark, 2006).

Hälso- och sjukvårdens kunskap om partnerrelaterat våld

I en nationell kartläggning av hälso- och sjukvårdens arbete med kvinnor utsatta för våld (Andréasson, Stenson, Björck & Heimer, 2006) framkom att variationer fanns mellan de olika landstingen i Sverige att upptäcka och ta om hand om kvinnor utsatta för misshandel. Verksamheter inom landstingen som undersöktes var akutmottagningar, vårdcentraler och gynekologiska mottagningar. Policy för upptäckande av kvinnomisshandel fanns i elva av nitton landsting i Sverige. I de landsting där policy för kvinnomisshandel fanns följdes den inte i alla verksamheter. Det som var avgörande för att upptäcka våld mot kvinnor var enskilda chefers attityd till problemet och personals kompetens att bemöta kvinnomisshandel. I kartläggningen undersöktes även om rutiner fanns avseende att fråga kvinnor om misshandel på 72 akutmottagningar, 47 gynekologiska mottagningar och 62 vårdcentraler. Av de tillfrågade mottagningarna var det 25 % av akutmottagningarna, 13 % av gynekologiska mottagningarna och 18 % av vårdcentralerna som svarade att rutin fanns (a a).

I en studie utförd av Häggblom, Hallberg och Möller (2005) deltog 133 sjuksköterskor. Studiens syfte var sjuksköterskors bemötande av kvinnor som misstänks blivit utsatta för misshandel. Av de tillfrågade svarade 25 % att de inte skulle våga ta upp frågan om kvinnan blivit utsatt för misshandel. Motiveringen till varför frågan inte togs upp var respekt för kvinnans integritet och att det fanns svårigheter att formulera frågan. Endast 22 % av de tillfrågade sjuksköterskorna hade fått information om hur problemet skulle bemötas, dock ingen utbildning (a a).

Vårdrelationen

I omhändertagandet är det viktigt att kvinnan får vara ensam med vårdpersonalen och att i rollen som vårdpersonal inge förtroende samt ha vilja att stödja kvinnan (Heimer & Posse, 2005). Enligt Dahlberg, Segesten, Nyström, Suserud och Fagereberg (2003) innebär vårdrelationen ett professionellt engagemang från vårdarens sida. Vårdaren använder sin personliga kunskap och erfarenhet för att erbjuda en absolut närvaro i vårdrelationen med patienten. Förutsättningen för att skapa en vårdrelation är bland annat att tid finns. Är arbetssituationen pressad med tidsbrist som följd minskar möjligheterna att kunna relatera till patienten. Andra faktorer som är ett hinder för vårdrelationen är att patienten gör vårdaren osäker eller att vårdaren är rädd för att bli allt för involverad. Enligt Heimer et al. (2006) har vårdpersonal svårt att fråga om partnerrelaterat våld på grund av brist på tid och rädsla för att starta en process som inte är hanterbar. Vårdpersonalens känslor av maktlöshet och bristande förmåga i hur situationen ska hanteras blir därför ett hinder för att skapa en vårdrelation mellan vårdpersonalen och kvinnan utsatt för partnerrelaterat våld.

En bra vårdrelation skapas enligt Dahlberg et al. (2003) när hela patienten berörs ur såväl kroppsliga som själsliga och andliga aspekter. När patientens berättelse om sin hälsosituation framkommit, skapas en relation av ömsesidighet som förutsätter tillit mellan parterna (a a).

Bemötandet av kvinnorna utsatta för partnerrelaterat våld

Kvinnor kan söka hjälp inom sjukvården flera gånger för fysiska skador som exempelvis sår eller hjärnskakning utan att orsaken till skadorna framkommer för vårdpersonal. Orsaken till att bakgrunden till skadorna inte framkommer kan bero på att kvinnor är obenägna att berätta om partnerrelaterat våld (Tønnesen, Lundh & Heimer, 1999). Enligt Dahlberg et al. (2003) kan det synliga vårdbehovet hos en kvinna efter misshandel visa sig genom sårskador på kroppen. Vad vårdpersonal eventuellt missar är att den underliggande orsaken till skadorna kan bero på hustrumisshandel. Kombination av erfarenhet och en öppen hållning leder till att vårdaren uppmärksammar den egentliga orsaken till skadorna (a a).

Kvinnorna kan efter misshandel uppleva skuld känslor och rädsla för att våldet ska förvärras om kvinnans partner upptäcker att vårdpersonal fått kännedom om misshandeln (Tønnesen et al. 1999). Därför är det viktigt att mötet med den misshandlade kvinnan sker avskilt utan sällskap av anhöriga och att kvinnan informeras om vårdpersonals tystnadsplikt (Heimer et al. 2006). Kommunikationens betydelse i mötet med patienten ställer krav på förmågan att kunna kommunicera inte enbart verbalt utan även ickeverbalt, för att få uppfattning om sinnessämningen hos en patient studerar vårdaren kroppsspråket. Då patienten lägger märke till vårdarens kroppsspråk ska det spegla den verbala kommunikationen. Detta skapar en samexistens där patienten får tillit till vårdpersonalen (Dahlberg et al. 2003).

Konsekvenser vid bristande kunskap

Enligt Häggblom et al. (2005) existerar det en kunskapslucka inom hälso- och sjukvården i bemötandet av kvinnor utsatta för partnerrelaterat våld. Vid bristande kunskap finns en risk enligt Dahlberg et al. (2003) att patienten blir åsidosatt genom att vårdpersonal inte uppmärksammar lidandet och fråntar patientens rätt att vara aktiv i sitt vårdande. Hos patienten kan då känslor uppstå i form av maktlöshet och förödmjukelse av att inte bli sedd. En patient som söker hjälp inom sjukvården är sårbar och beroende av vårdpersonalens hjälp. Förnekande av en patient som lider, blir förstärkt i en ömtålig vårdrelation och upplevelsen kan bli vanmakt och förtvivlan (a a).

SYFTE

Syftet med studien var att undersöka hur kvinnor utsatta för partnerrelaterat våld upplever bemötandet av hälso- och sjukvårdspersonal.

METOD

Studien är utförd som en litteraturstudie där en sammanställning av forskning utförd med kvalitativ metod analyserades. En litteraturstudie innebär enligt Forsberg och Wengström (2008) att analysera och beskriva studier baserade på forskning inom ett problemområde. Relevant forskning inom problemområdet inkluderas, därefter analyseras litteraturen kritiskt och sammanställs till ett resultat (a a).

Forskning utförd med kvalitativ metod innebär att fenomen, erfarenheter eller upplevelser studeras på djupet för att söka förståelse. Forskningen grundas på intervjuer, observationer och/eller skrivna berättelser (Forsberg & Wengström, 2008). Då syftet är att undersöka hur kvinnor utsatta för partnerrelaterat våld upplever bemötandet av hälso- och sjukvårdspersonal var en kvalitativ ansats lämpad för studien, utifrån att det handlar om ett upplevelseperspektiv.

Litteratursökning och urval

Litteratursökning gjordes i följande databaser: CINAHL, PubMed och Medline, samtliga databaser innefattar omvårdnadsforskning. PsychInfo användes då databasen innehåller omvårdnadsforskning utifrån psykologiskt perspektiv (Forsberg & Wengström. 2008). Exempel på sökord vi fann lämpliga var: *domestic violence, intimate partner violence, health care, health personnel*. Samtliga sökord och kombinationer (bilaga 1). Booleska operatör användes för att kombinera sökorden. AND användes för att begränsa artikelsökningen och OR för ett bredare resultat (Forsberg & Wengström. 2008).

Inklusionskriterierna för studien var heterosexuella kvinnor över 18 år. Artiklarnas årtal för publicering skulle vara tidigast år 2000 och skrivna på engelska alternativt svenska. Artiklarna skulle vara peer reviewed vilket enligt Willman, Stoltz och Bahtsevani (2006) innebär att artiklarna blivit granskade innan publicering av personer med erfarenhet inom området. Utifrån artikelsökningen fanns det en begränsad artikelrepresentation i Norden vilket innebär att länder som inkluderades fick utökas till Europa, USA och Australien.

Bedömningsmall användes för att kvalitetssäkra artiklarna. Willman et al. (2006) menar att genom frågor utifrån en bedömningsmall kan artiklar delas in i olika grader av kvalitet vilket gör det lättare att få översikt över artiklarnas kvalitet. Carlsson och Eimans (2003) bedömningsmall (bilaga 2) användes för att kvalitetssäkra artiklarna. Kvalitetsgranskningen utfördes utifrån ett flertal frågor som poängbedömdes, den maximala poängen en artikel kunde uppnå var 48 poäng. Poängen räknades om till en procentsats, där artiklar som uppnådde 80-100% fick benämningen grad ett, 70-80% grad två och 60-70% grad tre. Åtta artiklar valdes ut till resultatet, på dessa artiklar utfördes en artikelpresentation (bilaga 3).

Analysmetod

De kvalitetsgranskade artiklarna innehållsanalyserades enligt Graneheim och Lundmans (2008) analysmetod. Först lästes artiklarna igenom för att skapa en bra bild av innehållet och jämfördes med syftet till studien. Meningsenheter som svarade till syftet plockades ut ifrån de kvalitetsgranskade artiklarnas resultat och placerades under spalten original, där antecknades vilken författare och sida meningsenheten var tagen ifrån. Meningsenheterna fick inte vara för korta då risken fanns att meningsenhetens sammanhang i texten blev otydlig. Översättning av meningsenheterna gjordes för att göra texten lätthanterlig, därefter kondenserades meningsenheten. Det innebär att meningarna kortades ner utan att det centrala i innehållet försvann. De kondenserade enheterna försågs med koder som kortfattat beskrev innehållet. Koder med liknande innehåll delades in i gemensamma subkategorier. Slutligen skapades huvudkategorier som rymde subkategorier med gemensamt innehåll, exempel på analysmetod se Bilaga 4.

Etiska övervägande

Enligt Lagen om etikprovning av forskning som avser människor (SFS 2003:460) framgår det att för forskningens godkännande i en etisk provning, ska bland annat den som deltar i forskningen informeras om frivilligt deltagande och rätten att avbryta sin medverkan. Vidare ska det även framgå i vad forskningen syftar till och hur den kommer att utföras (a a). I samtliga artiklar som ingår i resultatet framgår det att en etisk provning genomförts.

RESULTAT

I resultatet framkom tre huvudkategorier som tog upp hur kvinnor utsatta för partnerrelaterat våld upplever bemötandet av hälso- och sjukvårdspersonal. Den första huvudkategorin kommunikation med vårdpersonal innefattar subkategorierna *Vårdpersonal ställer frågan om partnermisshandel* och *Vårdpersonal ställer inte frågan om partnermisshandel*. Den andra huvudkategorin kvinnornas rädsla för konsekvenser med subkategorierna *Mista sitt barn*, *Bristande sekretess* och *Avsaknad av avskildhet*. Den tredje och sista huvudkategorin upplevelsen av vårdpersonals uppträdande med subkategorierna *Tillit till vårdpersonal*, *Känna stöd*, *Inte känna stöd* och *Upplevelse av vårdpersonals negativa attityd*.

Kommunikation med vårdpersonal

Vårdpersonal ställer frågan om partnermisshandel

Kvinnor som sökte sjukvård efter att ha blivit misshandlade av sin partner upplevde det lättare att berätta om misshandeln när vårdpersonal frågade direkt om de blivit misshandlade (Baccus, Mezey & Bewley, 2002). Vanligaste faktorn som ledde till att vårdpersonal frågade kvinnorna om de blivit utsatta för misshandel var typiska tecken på fysiskt våld som blåmärken och sårskador (Hathaway, Willis & Zimmer, 2002). Vårdpersonalens förmåga att svara på frågor om konsekvenserna utav misshandeln samtidigt som en tillmötesgående attityd uppvisades skapade trygghet för kvinnorna (Battaglia, Finley & Liebschutz, 2003). Viljan att hjälpa och uppvisandet av förståelse i uppträdandet från vårdpersonal gentemot kvinnorna var viktigt då de kunde uppleva ett obehag vid frågan om de blivit misshandlade (Hathaway et al. 2002).

”They make me feel very comfortable. They answer all my questions. If there’s something seriously wrong they tell me” (Battaglia et al. 2003. Sid 619).

Vårdpersonal som frågade om partnerrelaterat våld genom att läsa frågor från ett rutinformulär upplevdes av kvinnorna som opersonligt vilket resulterade i att kvinnorna upplevde det svårt att berätta för vårdpersonalen om partnerrelaterat våld (Hathaway et al. 2002). Vårdpersonals tidsbrist var ytterligare en faktor som gjorde det svårt för kvinnorna att berätta för vårdpersonalen. Kvinnorna i fråga upplevde att vårdpersonalen var stressade, ointresserade och ovilliga att sitta ner och lyssna på dem (Yam, 2000).

“They (doctors and nurses) just wanted to get me out. They ask you questions like a textbook. They could act like they really care, even if they don’t, pretend. They act like they are reading a textbook when they talk to you. They write down the answers, but just say ah, um” (Yam, 2000. Sid 467).

Vårdpersonal ställer inte frågan om partnermisshandel

Kvinnor utsatta för partnerrelaterat våld upplevde att vårdpersonalen misstänkte att de blivit misshandlade, men frågan ställdes inte av vårdpersonalen (Peckover, 2003). Kvinnor kunde söka sjukvård för blåmärken, sår, hjärnskakning eller brutna ben. Trots skador på kroppen kopplade inte vårdpersonalen till den underliggande orsaken till skadorna, som var misshandel (Yam, 2000). Vidare fanns kvinnor som sökte sjukvård upprepade tillfällen med symtom som viktnedgång, sömnproblem eller minskad kondition. De fick endast sina symtom behandlade, ingen fråga om misshandel ställdes (Dienemann, Glass & Hyman, 2005).

“As far as medical treatment they are great, but as far as knowing how you feel and you are feeling pretty lousy, they only see the outside, they don’t see the inside” (Yam, 2000. Sid 467).

Kvinnornas rädsla för konsekvenser

Mista sitt barn

Rädsla för att förlora sina barn var ett hinder för kvinnor att berätta om misshandel för vårdpersonal. Rädslan för att sociala myndigheter skulle överta vårdnaden av barnen var överhängande för att kvinnorna inte vågade avslöja misshandeln (Dienemann et al. 2005).

Detta styrks även av Peckover (2003) där en kvinna inte ville berätta för vårdpersonalen på grund av rädsla för att förlora sitt barn. Enligt Hathaway et al. (2002) kände kvinnor ett hot för att partnern som var far till deras barn skulle försvinna med barnen om de avslöjade misshandel för vårdpersonal.

Bristande sekretess

Sekretessen var den enskilt viktigaste faktorn för kvinnorna (Hathaway et al. 2002). Rädsla för bristande sekretess var en överhängande orsak till att kvinnor inte ville avslöja misshandel för vårdpersonalen (Tower, McMurray, Rove & Wallis, 2006). Brist i sekretessen där kvinnornas partner riskerade få kännedom om avslöjandet av misshandel för vårdpersonal kunde resultera i hämnd ifrån partnern (Battaglia et al. 2003). Detta styrks av Dienemann et al. (2005) där kvinnorna inte vågade berätta om misshandel för vårdpersonal av rädsla för egen säkerhet.

Skamkänslor över att vara utsatt för partnerrelaterat våld ledde även till rädsla att sekretessen skulle brista och att de skulle bli känt för allmänheten (Battaglia et al. 2003). Bristande kunskap om vårdpersonals sekretess utgjorde därför ett hinder för kvinnor att berätta om våld (Peckover, 2003). En kvinna var ovetande om läkarens tystnadsplikt vilket gjorde att hon inte ville berätta om partnermisshandeln (Hathaway et al. 2002).

Avsaknad av avskildhet

Brist på integritet på sjukhusen upplevdes problematiskt för kvinnorna. En avsaknad av avskildhet orsakade problem vid frågan om uppkomsten av de fysiska skadorna när kvinnorna kom till sjukvården i sällskap med sin partner eller annan närstående (Baccus et al. 2002; Dienemann et al. 2005).

“I went down to the hospital with his mum. She said to me, If they ask what’s wrong with your head, don’t tell the doctor my son hit you” (Baccus et al. 2002. Sid 15).

“I was afraid to tell; my boyfriend was right there. The doctors believed him when he said he was my brother and I couldn’t tell them he was lying. It intimidates you and especially with him standing right there and him making sure you don’t open your mouth” (Yam, 2000. Sid 468).

Upplevelsen av vårdpersonals uppträdande

Tillit till vårdpersonal

Tillit skapades genom ett bemötande där vårdpersonal avsatte tid och lyssnade på kvinnornas berättelse (Battaglia et al. 2003). I bemötandet var det viktigt att kvinnorna sågs som unika individer som kunde fatta adekvata beslut (Hathaway et al. 2002). Vidare var det angeläget att vårdpersonal under mötet med kvinnorna var fördomsfria och uppvisade empati (Tower et al. 2006). Enligt Hathaway et al. (2002) värdesatte kvinnorna även att vårdpersonal uppvisade kunskap och förståelse om deras situation vilket resulterade i tillit till vårdpersonalen.

“Just her talking to me, making me feel comfortable, trying to make me not feel ashamed with what happened, trying to lift my spirits. Not telling me what to do, but just the strength in her letting me know that okay, you’ve made the first step and just educating me enough to know what to do next” (Dienemann et al. 2005. Sid 225).

"The attitudes and responses of health professionals were considered the most important attributes affecting women's willingness to disclose abuse experiences" (Baccus et al. 2002. Sid 14).

Känna stöd

Upplevelsen av bra stöd enligt Baccus et al. (2002) var när vårdpersonalen kunde ge råd om åtgärder som kunde hjälpa kvinnor utsatta för partnerrelaterat våld. Det kunde röra sig om hjälp att få kontakt med socialen (Hathaway et al. 2002). Vidare relevant information om vart kvinnorna kunde vända sig för ytterligare hjälp (Peckover, 2003; Yam, 2000). Enligt Dienemann et al. (2005) kunde även vårdpersonal erbjuda kvinnorna hjälp att ordna skyddat boende.

"She just reaffirms... like already what I know, but she reinforces my own, supporting me that I'm doing the right thing, helps me to take control" (Tower et al. 2006. Sid 194).

Inte känna stöd

Flertalet kvinnor var missnöjda med hur bemötandet skedde utav vårdpersonal när de berättade att de blivit misshandlade (Flinck, Paavilainen & Åstedt-Kurki, 2005; Baccus et al. 2002). Vårdpersonal kunde exempelvis efter kvinnornas berättelse om misshandel fortsätta med att endast fokusera på behandling av fysiska skador. Det ledde till att kvinnorna upplevde att vårdpersonal ignorerade vad de berättat (Yam, 2000). Vårdpersonalen upplevdes inte ha kunskap om hur adekvat hjälp skulle ges till kvinnor utsatta för partnerrelaterat våld (Peckover, 2003).

"When I told the doctor what he had done to me, the doctor could have asked if I needed help or something instead of just examining the bruises and contusions impersonally" (Flink et al. 2005. Sid 388).

Många fall där kvinnorna upplevde bristande hjälp var vid muntliga kommentarer om att vara försiktig och att lämna mannen. Vidare kunde vårdpersonal lägga en hand på armen eller ge uppmuntrande ord, efter det blev kvinnan lämnad ensam och ingen hjälp gavs. I ett fall fick den drabbade kvinnan rådet att höra av sig vid fortsatta problem, dock fanns ingen personal tillgänglig när telefonkontakt söktes (Peckover, 2003).

"None of the women who disclosed domestic violence were provided with any information about community resources or referred on to other agencies for help" (Baccus et al. 2002. Sid 14).

Upplevelse av vårdpersonals negativa attityd

Kvinnorna kände sig anklagade och förnedrade av vårdpersonalens attityd när de sökte hjälp för partnermisshandel. Vårdpersonalens kroppsspråk kunde av kvinnorna upplevas som anklagande (Tower et al. 2006). Känslan av att vårdpersonalen hade en nedvärderande syn på kvinnorna var återkommande (Dienemann et al. 2005). Kvinnornas skam över att leva i en relation kantad av våld gjorde att de var övertygade om att vårdpersonalen skulle se på dem med förakt (Hathaway et al. 2002; Battaglia et al. 2003).

"When a person hits you, beats you . . . verbally or physically, you lose a lot of your self-esteem. I know I did, and I didn't like talking about it. You feel they are going to look at you another way, judge you for who you're not" (Hathaway et al. 2002. Sid 701).

Kvinnor kunde uppleva förnedring och ilska av vårdpersonals bemötande. En kvinna berättade för sjuksköterskan på en akutmottagning att hon blivit slagen av sin partner, sjuksköterskan hänvisade henne att sitta ner i väntrummet (Tower et al. 2006). Kvinnor kunde även bli kränkta verbalt av vårdpersonal (Hathaway et al. 2002).

“An emergency provider told her, you probably deserved it” (Hathaway et al. 2002. Sid 694).

DISKUSSION

Metoddiskussion

För att svara till studiens syfte utfördes en litteraturstudie av forskning med kvalitativ ansats. Artiklar med kvalitativ ansats innebar en ökad förståelse om partnermisshandlade kvinnors upplevelse av bemötandet från hälso- och sjukvårdpersonal. Studier med kvalitativ ansats har enligt Dahlberg (1997) beskyllts av kritiker för att vara ovetenskapliga då dataunderlaget är för begränsat för att göra en generalisering. Hade studien baserats på forskning med kvantitativ ansats hade resultatet baserats enligt Forsberg och Wengström (2008) på forskning som strävar efter att ordna, se samband, förutsäga och förklara. Det innebär att resultatet skulle byggts på en generell mätbar giltighet genom förekomst av ett fenomen (Friberg, 2006). Studiens syfte hade då inte besvarats genom att individens unika upplevelse av ett fenomen inte hade framkommit.

Hade en empirisk studie utförts där kvinnor utsatta för partnerrelaterat våld intervjuats, skulle det troligtvis resultera i en djupare förståelse i enlighet med syftet. Då kvinnomisshandel kan beröra intervjudeltagare på ett känslomässigt plan är det etiskt svårt att genomföra en intervjustudie. Vidare innebär enligt Friberg (2006) tidbristen för examensarbete i sjuksköterskeprogrammet att det är svårt att genomföra en empirisk studie med god kvalitet.

Databaserna valdes utifrån där det fanns vårdvetenskapliga artiklar som belyste studiens syfte. Om fler databaser hade använts är det möjligt att ytterligare artiklar relevanta för syftet hade hittats. Sökorden som användes varierade mellan de olika databaserna, då samma sökord inte gav önskvärt sökresultat i alla databaser.

Inklusionskriterier var artiklar från år 2000 och framåt. Det innebär att äldre artiklar som svarade på syftet fallit bort. Enligt Forsberg och Wengström (2008) är det önskvärt vid systematisk litteraturstudie att aktuell forskning används.

De kulturella skillnaderna mellan olika länder och sjukhus har inte kunnat tas hänsyn till, det kan ha påverkat resultatet eftersom kvinnors återberättande om misshandel i partnerrelationer helt naturligt samspejar bäst i sitt eget sammanhang i ett samhälle.

Kvalitetsbedömning utfördes enligt Carlsson och Eimans (2003) bedömningsmall. Valet av denna bedömningsmall gjordes för att tillvägagångssättet i att gradbestämma artiklarnas kvalitet var systematiskt och tydligt. Kvaliteten på artiklarna hade troligtvis bedömts annorlunda om annan bedömningsmall använts.

Analysmetoden utgick från Graneheim och Lundman (2008). Analysmetoden var väl beskriven vilket gjorde kondenseringen av meningsenheterna lättförståeliga och hanterbara.

Svenska översättningen av meningsenheterna innebar att texten blev mer lätthanterlig istället för en direkt kondensering från engelska till svenska, översättningarna kontrollerades med hjälp av engelskt – svenskt lexikon. För att minimera risken för egna tolkningar kondenserade författarna till denna studie meningsenheterna tillsammans.

Resultatdiskussion

Resultatet visar att kvinnor utsatta för partnerrelaterat våld har varierande upplevelser i bemötandet av hälso- och sjukvårdspersonal. Det finns flera olika faktorer som är betydelsefulla för kvinnorna som berättar om misshandeln. En faktor handlar om vårdpersonalens uppträdande när de frågar kvinnorna om en förmodad misshandel. I detta sammanhang framkommer det även att de synliga symtomen på misshandel som föranleder frågorna. Det föreligger ofta en otydlighet från sjukvårdens sida om vad som ska hända efter kvinnans berättande om misshandel. En annan faktor handlar om att kvinnorna i fråga behöver känna trygghet och tillit till vårdpersonalen för att våga avslöja en partnermisshandel. En tredje betydelsefull faktor är att kvinnor som är utsatta för partnerrelaterat våld ofta har svårt att känna tillit till att sekretessen i samtalen med vårdpersonalen upprätthålls. Det är då också viktigt att samtalen ska kunna ske i avskildhet. Utifrån studien framgår det att vårdpersonal ibland inte frågar om misshandel trots typiska och synliga tecken på detta. Det framgår även att vårdpersonal kan ignorera att kvinnorna berättat om partnerrelaterad misshandel och endast fokusera på behandling av fysiska skador.

I kategorin *kommunikation med vårdpersonal* framkom att kvinnor upplevde det lättare att berätta om partnermisshandel när frågan ställdes utav vårdpersonal. Den vanligaste faktorn som ledde fram till att vårdpersonalen frågade var tecken på fysiskt våld. Det styrks av Häggblom et al. (2005) där utgångspunkten från synliga fysiska skador är avgörande för vårdpersonalen att ställa fråga om partnerrelaterat våld.

I resultatet framkom även att vårdpersonal inte ställde frågan om partnerrelaterat våld trots typiska tecken på misshandel. Vården resulterade då endast i att skador behandlades utan att orsaken till skadorna framkom. Enligt Dahlberg et al. (2003) leder det till att känslor som maktlöshet och förödmjukelse av att inte bli sedd uppstår hos patienten, vårdpersonal uppmärksammar inte lidandet hos patienten. Om vårdpersonalen ska uppmärksamma partnermisshandel sker det enligt Dahlberg et al. (2003) genom en kombination av öppen hållning och erfarenhet. Utifrån denna kombination är det tänkbart att vårdpersonal som frågade kvinnorna om de var utsatta för partnerrelaterat våld hade erfarenhet av liknande fall sedan tidigare. Häggblom et al. (2005) menar att vårdpersonal med bristande erfarenhet från att bemöta partnerrelaterat våld har svårt att ställa frågan om detta våld när misstanke finns.

Trots att det kändes lättare att berätta när vårdpersonal ställde frågan om partnermisshandel, upplevde kvinnor en känsla av obehag när frågan ställdes. Frågor som ställdes utifrån ett rutinformulär skapade en opersonlig känsla hos kvinnorna, vilket gjorde det svårare att berätta om misshandeln. Fler faktorer som gjorde det svårt att berätta var tidsbrist och att vårdpersonal inte var uppmärksamma på vad kvinnorna berättade. Tidsbristen gör enligt Dahlberg et al. (2003) det svårare för vårdpersonalen att uppmärksamma patientens egentliga behov av att berätta om sitt problem.

I kategorin *Rädsla för konsekvenser* var den enskilt viktigaste faktorn för kvinnorna sekretessen. Kvinnorna var rädda för att den information om misshandeln de gav till vårdpersonalen skulle bli känd för utomstående och framförallt deras partner.

Rädslan för att partnern skulle få vetskap om avslöjandet för vårdpersonal kan kopplas till Tønnesen et al. (1999) som menade att kvinnor utsatta för partnerrelaterat våld inte vågar avslöja det för vårdpersonal på grund av rädsla för upptrappning av våldet från partnern. Utifrån denna risk är det av stor vikt att kvinnors säkerhet tryggas. Heimer et al. (2006) menar att den information kvinnor ger till vårdpersonal om misshandel, ska endast hanteras av vårdpersonal som är direkt inblandade i behandlingen. Vidare ska kvinnans kontakt med sjukvården vara begränsad till så få personer som möjligt (a a).

Det framkom även i resultatet att avsaknad av avskildhet i kontakten med hälso- och sjukvården var ett problem för kvinnorna. Kvinnornas partner kunde medverka vid läkarundersökningen vilket ledde till att kvinnorna var tvungna att ljuga för vårdpersonal om orsaken till skadorna. Power (2004) menar att vid misstanke om misshandel ska kvinnan vara ensam med vårdpersonalen. Om det sker som i fallet ovan när kvinnor söker hjälp, leder det enligt Dahlberg et al. (2003) till att kvinnans individuella behov blir lidande och det inger en känsla av hopplöshet att inte få rätt behandling av sjukvården.

I kategorin *Upplevelse av vårdpersonals uppträdande* var vårdgivarens attityd gentemot partnerrelaterat våld och synen på kvinnor utsatta för partnerrelaterat våld en avgörande faktor för att kvinnorna skulle uppleva ett bra bemötande samt känna tillit gentemot vårdpersonal. Genom ett fördomsfritt förhållningssätt, samtidigt som vårdpersonalen visade empati upplevde kvinnorna ett tillfredställande bemötande.

Vårdpersonals kunskap inom kvinnomisshandel samt att se kvinnan som en unik individ kapabel till riktiga beslut var faktorer för att uppleva tillit vilket enligt Dahlberg et al. (2003) leder till en god vårdrelation. Dålig vårdrelation uppstod när kvinnorna upplevde ett nedvärderande uppträdande från vårdpersonalen. Uppträdandet kunde visa sig genom att vårdpersonalen inte visade intresse kring vad kvinnorna berättade, eller att vårdpersonalen hade en anklagande och förnedrande attityd. Det kan sättas i relation till att det även framkom i resultatet att kvinnor upplevde skam över sin situation vilket resulterade i att kvinnorna var övertygade om att vårdpersonalen skulle se på dem med förakt. Heimer et al. (2006) menar att vårdpersonal bör vara medvetna om att den egna attityden påverkar kvinnan, där även kroppsspråket speglar attityden. Vilket framkom i resultatet där kvinnor kände sig anklagade av vårdpersonalens kroppsspråk. Kvinnor utsatta för partnerrelaterat våld innehar en stor förmåga att läsa kroppsspråk vilket enligt Heimer et al. (2006) är en förmåga som blir väl utvecklad för en kvinna i ett förhållande kantat av misshandel.

När kvinnorna upplevde dåligt stöd kunde det grunda sig i muntliga kommentarer som att lämna mannen vilket enligt Power (2004) är en kommentar som bör undvikas då det ger en antydning på att kvinnan inte kan ta egna beslut. Resultatet visade även att kvinnorna upplevde att vårdpersonal inte hade adekvat kunskap om hur partnerrelaterat våld skulle bemötas. Det styrks av Andréasson et al. (2006) som menar att vårdpersonal inte har tillräcklig kompetens om bemötande utifrån ett psykologiskt perspektiv. Vårdpersonalen behandlade endast synliga skador när kvinnor berättat att de blivit misshandlade. I detta skapas ett vårdlidande utifrån att personalen har bristande kunskaper och inte kan bemöta kvinnan på ett adekvat sätt där hennes lidande kommer fram och behandlas (Dahlberg et al. 2003).

Det är möjligt att ytterligare belysa problematiken avseende bemötandet av kvinnor som blir misshandlade av sina partners. Hur sjukvården kan sätta igång processer av social och psykologisk karaktär genom att frågor om misshandel ställs. Föregående resonemang kan förklaras genom Repstad (2005) som beskriver olika former av stämplings- och avvikelseperspektiv samt den stigmatisering som då kan uppstå.

Om föregående perspektiv sätts i relation till fenomenet ”misshandlade kvinnor i partnerrelationer” handlar det om att dessa kvinnor i mötet med vårdpersonal ”också” kan komma att ingå i en social och psykologisk samverkan som kan leda till en ytterligare stigmatisering av alla parter som ingår i fenomenet misshandel. Genom att etiketten ”misshandel” ges kan till och med beteendet förstärkas utifrån att det endast blir definierat och inga andra rehabiliterande åtgärder vidtas på det sociala och psykologiska planet. Vidare kan den samhällseliga etiketten ”misshandlad kvinna i partnerrelation” ofta vara en mycket svår etikett, samhällselig stämpling att ”tvätta bort”. I de fall då sjukvårdspersonal endast ger en etiketten ”misshandlad kvinna i partnerrelation” och sedan inte ger någon icke medicinsk hjälp utöver detta, så har vårdpersonalen endast gett denna etikett och startat en process som de inte tar ansvar för. Här måste vårdpersonalen ta ansvar och hjälpa kvinnorna ifråga, detta fungerar bevisligen långt ifrån alla gånger och här måste sjukvården bli bättre.

SLUTSATS/AVSLUTANDE DISKUSSION

I vår studie fann vi att kvinnornas synliga skador behandlades på ett adekvat sätt, dock inte problematiken gällande orsaken till skadorna, då vårdpersonal ofta inte frågade om detta. Även i de fall orsaken till skadorna framkom efter vårdpersonal frågat om de blivit misshandlade eller om kvinnorna själva berättade så gavs ingen eller knapphändig hjälp till kvinnorna. Utbildning och riktlinjer för behandling av kvinnor utsatta för partnerrelaterat våld behöver i större omfattning finnas inom hälso- och sjukvården. Det innebär att partnerrelaterat våld snabbare skulle upptäckas och att kvinnorna får större hjälp av sjukvården avseende denna problematik.

För att belysa ytterligare en viktig faktor som missades av vårdpersonalen innefattar den problemet med avskildhet och att vara ensam med vårdpersonal utan anhöriga, vilket skulle kunna leda till att den misshandlade kvinnan vågar berätta för vårdpersonal. Kvinnornas bristande kunskap om vårdpersonalens sekretess eller rädsla att vårdpersonal ska brista i sekretessen tyder på en viktig problematik. Vårdpersonal skulle här kunna vinna kvinnornas förtroende genom att tydligare informera om sekretessen som vårdpersonal lyder under.

Vårdpersonalen måste vara mycket medveten om att de både ingår i och kan starta upp processer av långvarig social och psykologisk karaktär hos den misshandlade kvinnan, som kan kräva insatser från flera olika samhällsinstanser och allt det ansvarstagande som detta kräver. I sammanhanget är förvisso det fysiska vårdandet av stor vikt, men inte den enda formen av läkningsprocess som krävs för att kvinnor som är eller har varit utsatta för partnerrelaterat våld skall kunna återgå till en acceptabel tillvaro i det vardagliga livet.

REFERENSER

- Andréasson, C., Stenson, K., Björck, A., Heimer, G. (2006). *Den svenska hälso- och sjukvårdens arbete inom kompetensområdet våld mot kvinnor –Nationell kartläggning. Rapport 2006-2 från Rikskvinnocentrum: Uppsala.*
- Bacchus, L., Mezey, G., & Bewley, S. (2002). Experience of seeking help from health professionals in a sample of women who experienced domestic violence. *Health and Social Care in the Community*, 11, (1), 10-18.
- Battaglia, T., Finley, E., & Liebschutz, J. (2003). Survivors of Intimate Partner Violence Speak Out. *Journal of General Internal medicine*, 18, 617-923.
- Brottsförebyggande rådet. (2009). Statistik för brott utförda 2008 i hela landet. Tillgänglig: www.bra.se (2009-12-13).
- Carlsson, S., & Eiman, M. (2003). *Evidensbaserad omvårdnad – ett samarbete mellan Universitetssjukhuset MAS och Malmö högskola* (rapport, nr 2). Malmö: Malmö högskola.
- Dahlberg, K. (1997). *Kvalitativa metoder för vårdvetare*. Lund: Studentlitteratur.
- Dahlberg, K., Segesten, K., Nyström, M., Suserud, B-O., & Fagerberg, I. (2003). *Att förstå vårdvetenskap*. Lund: Studentlitteratur AB.
- Dienemann, J., Glass, N., & Hyman, R. (2005). Survivor preferences for response to IPV disclosure. *Clinical Nursing Research*, 14,(3), 215-233.
- Flinck, A., Paavilainen, E., & Åstedt-Kurki, P. (2005). Survival of intimate partner violence as experienced by women. *Journal of Clinical Nursing*, 14, 383-393.
- Forsberg, C., & Wengström, Y. (2008). *Att göra systematiska litteraturstudier*. Stockholm: Natur och kultur.
- Friberg, F. (2006). *Dags för Uppsats: Vägledning för litteraturbaserade examensarbeten*. Lund: Studentlitteratur.
- Graneheim, U.H., & Lundman, B. (2008). Tillämpad kvalitativ forskning inom hälso- och sjukvård. Granskär, M., & Höglund-Nilsen, B. *Kvalitativ innehållsanalys* (s.159-173). Lund: Studentlitteratur AB.
- Hathaway, J., Willis, G., & Zimmer, B. (2002). Listening to survivor's voices: Addressing partner abuse in health care setting. *Violence against women*, 8, (6), 687-719.
- Heimer, G., Björck, A., & Hogmark, S. (2006). *Att möta kvinnor utsatta för misshandel och våldtäkt – Ett utbildningsmaterial för hälso- och sjukvårdens personal*. Rapport från Uppsala Universitet och Rikskvinnocentrum: Uppsala.
- Heimer, G., Posse, B. (2005). Hälso- och sjukvården och den våldsutsatta kvinnan – den nationella nivån. *Socialmedicinsk tidskrift*, 6, 558-565.
- Hägglom, A, M, E., Hallberg, L, R-M., Möller, A, R. (2005). Nurses' attitudes and practices towards abused women. *Nursing and Health Sciences*, 7, 235-242.

Lundgren, E., Heimer, G., Westerstrand, J., Kalliokoski, A-M. (2001). *Slagen dam Mäns våld mot kvinnor i jämställda Sverige – en omfångsundersökning*. Stockholm: Fritzes Offentliga Publikationer.

Nationalencyklopedin. (2009). Svensk ordbok. Tillgänglig: www.ne.se (2009-12-13).

Nerøien, A, I., Schei, B. (2008). Partner violence and health: Result from the first national study on violence against women in Norway. *Scandinavian Journal of Public Health*, 36, 161-168.

Peckover, S. (2003). I could have just done with a little more help: an analysis of women's help-seeking from health visitors in the context of domestic violence. *Health and Social care in the Community*, 11, (3), 275-282.

Power, C (2004). Domestic violence: What can nurses do? *Australina Nursing Journal*, 12, (5), 1-3.

Repstad, P. (2005). *Sociologiska perspektiv –i vård, omsorg och socialt arbete*. Lund: Studentlitteratur.

SFS 1998:531. Lag om yrkesverksamhet på hälso- och sjukvårdens område. Stockholm: Socialdepartementet.

SFS 2003:460. Lag om etikprövning av forskning som avser människor. Stockholm: Utbildningsdepartementet.

Tower, M., McMurray, A., Rowe, J., & Wallis, M. (2006). Domestic violence, health and health care: Women's accounts of their experiences. *Contemporary Nurse: A journal for the Australian nursing profession*, 21, (2), 186-190

Tönnesen, E., Lundh, C., Heimer, G. (1999). Respektfullt, lyhört lyssnande kan bryta en ond misshandelscirkel. *Läkartidningen*, 96, (48), 5381-5384.

United Nations. (1994). *Declaration on the Elimination of Violence against Women*. United Nations: New York.

Willman, A., Stoltz, P., & Bahtsevani, C. (2006). *Evidensbaserad omvårdnad: en bro mellan forskning och klinisk verksamhet* (2:a uppl.). Lund: Studentlitteratur.

World health organization. (2005). WHO Multi-country Study on Women's Health and Domestic Violence against Women -Initial results on prevalence, health outcomes and women's responses. Rapport från World health organization: Schweiz.

Yam, M. (2000). Seen but not heard: Battered women's perceptions of the ED experience *Journal of emergency nursing*, 26, (5), 464-470.

BILAGEFÖRTECKNING

Bilaga 1: Databassökning	1
Bilaga 2: Kvalitetsbedömningsmall	2
Bilaga 3: Artikelpresentation för resultat	3
Bilaga 4: Exempel på analysmetod	7

Bilaga 1: Databassökning

MEDLINE	SÖKORD	TRÄFFAR	VALDA TRÄFFAR
#1	Domestic violence	564	-
#2	Intimate partner violence	341	-
#3	Health care	23828	-
#4	Nursing	14612	-
#5	#1+#2 (OR)	795	-
#6	#5 + #3 (AND)	158	-
#7	#6 + #4 (AND)	29	2

CHINAL	SÖKORD	TRÄFFAR	VALDA TRÄFFAR
#1	Intimate partner violence	506	-
#2	Domestic violence	379	-
#3	Health professional	4511	-
#4	#1+#2 (OR)	757	-
#5	#4+#3 (AND)	6	1
#6	#4+Help-seeking	28	1

PsycInfo	SÖKORD	TRÄFFAR	VALDA TRÄFFAR
#1	Domestic violence	2143	-
#2	Health personnel	8489	-
#3	Partner abuse	1578	-
#4	#1+#2 (AND)	53	-
#5	#4 + #3 (AND)	14	2

PubMed	SÖKORD	TRÄFFAR	VALDA TRÄFFAR
#1	Experiences	90851	-
#2	Domestic violence	3105	-
#3	Survivors	4654	-
#4	#1+#2 (AND)	143	1
#5	#2+#3(AND)	72	1

Bilaga 2: Kvalitetsbedömningmall

Poäng	0	1	2	3
Abstrakt	Saknas	1/3	2/3	Samtliga
Introduktion	Saknas	Knapphändig	Medel	Välskriven
Syfte	Ej Angivet	Otydlig	Medel	Tydlig
METOD				
Adekvat metodval	Ej angivet	Ej relevant	Relevant	
Metodbeskrivning (repetierbarhet)	Ej angivet	Knapphändig	Medel	Utförlig
Triangulering	Saknas	Finns		
Urval (antal, beskrivning, representativitet)	Ej Acceptabelt	Låg	Medel	God
Partnerrelaterat våld	Ej undersökt	Liten andel	Hälften	Samtliga
Bortfall	Ej angivet	>20%	5-20%	<5%
Bortfallets betydelse för resultat	Analys saknas / Ja	Nej		
Kvalitet på analysmetod	Saknas	Låg	Medel	Hög
Etiska aspekter	Ej angivet	Angivet		
RESULTAT				
Frågeställning besvarad	Nej	Ja		
Tolkning av resultat (citat, kod, teori)	Ej acceptabel	Låg	Medel	God
Resultat beskrivning (redovisning, kodning)	Saknas	Otydlig	Medel	Tydlig
Diskussion				
Problemanknytning	Saknas	Otydlig	Medel	Tydlig
Diskussion av egenkritik och felkällor	Saknas	Låg	God	
Anknytning till tidigare forskning	Saknas	Låg	Medel	God
Slutsatser				
Resultat överensstämmelse (huvudpunkt belys)	Saknas	Låg	Medel	God
Ogrundade slutsatser	Finns	Saknas		
Poäng (MAX 48p)	P	P	p	p
Grad 1 = 80%				P
Grad 2 = 70%				%
Grad 3 = 60%				Grad

Bilaga 3: Artikelpresentation för resultat

Författare	Kvalitetsgrad	Titel/Tidskrift	Syfte	Metod	Resultat
Bacchus, L., Mezey, G., & Bewley, S.	Grad 1 (87,5%)	Experience of seeking help from health professionals in a sample of women who experienced domestic violence. <i>Health and Social Care in the Community</i> , (2002).	Undersöka den aktuella och dåtida psykiska hälsan hos kvinnor utsatta för partnerrelaterat våld, samt beskriva kvinnornas erfarenhet av att söka hjälp från hälso- och sjukvårdspersonal.	Kvalitativ metod. Djupgående semi strukturerade intervjuer genomfördes på 16 kvinnor utsatta för partnerrelaterat våld.	Väldigt få kvinnor berättade om det partnerrelaterade våldet för hälsopersonalen. Avsaknad av avskildhet och tid hos vårdpersonal var några av de faktorer som gjorde att kvinnorna inte ville berätta om misshandeln. Vidare framkom att väldigt få av dessa kvinnor blev tillfrågade om de blivit utsatta för partnerrelaterat våld.
Battaglia, T., Finley, E., & Liebschutz, J.	Grad 1 (83%)	Survivors of Intimate Partner Violence Speak Out. <i>Journal of General Internal Medicine</i> , (2003).	Att identifiera vilka faktorer som gör att kvinnorna känner tillit till sin vårdgivare i relation till att vara utsatt för partnerrelaterat våld.	Kvalitativ metod. Etnografisk intervjustudie gjord på 27st kvinnor utsatta för partnerrelaterat våld.	Undersökning resulterade i fem huvudpunkter som var viktiga för en vårdgivare att inneha för att de intervjuade kvinnorna skulle känna tillit, exempelvis att vårdgivare kunde pratat öppet om det inträffade och att vårdgivaren hade en icke dömande attityd.

Dienemann, J., Glass, N., & Hyman, R.	Grad 1 (81%)	Survivor preferences for response to IPV disclosure <i>Clinical Nursing Research</i> (2005).	Syftet med studien var att öka hälso- och sjukvårdspersonals förståelse för partnermisshandlade kvinnors erfarenhet av att avslöja partnerrelaterat våld för hälso- och sjukvårdspersonal.	Metoden var en kvalitativ analys av fokusgrupper från en större studie.	Deltagarna i studien uttryckte att hälso- och sjukvården inte behandlade dem med respekt och omtanke samt inte tog sig tid. I ett flertal fall följde ofta partnern med till sjukhuset och ingen av vårdpersonalen uppmärksammade att kvinnornas skador var orsakade av partnermisshandel. Deltagarna uttryckte avsaknad av uppföljning från hälso- och sjukvården och att personalen var nedlåtande mot kvinnorna.
Flinck, A., Paavilainen, E., & Åstedt-Kurki, P.	Grad 1 (81,25%)	Survival of intimate partner violence as experienced by women. <i>Journal of Clinical Nursing</i> , (2005).	Studien består av tre stycken syften. Kvinnors erfarenhet av partnerrelaterat våld och dess konsekvenser, vilken sorts av support och hjälp de fick samt vilka faktorer som gjorde att kvinnorna ville fortsätta leva.	Kvalitativ metod. Intervjuer genomfördes på sju kvinnor utsatta för partnerrelaterat våld.	Kvinnorna sökte först hjälp när deras hälsa och sociala situation förvärrades. Faktorer som gjorde att kvinnorna kunde klara sig igenom partnerrelaterat våld var medvetenhet om våldet, agera utifrån det, konsultation med vårdpersonal och sociala relationer. Det framkom även skillnader i synen på en relation utifrån om kvinnan hade kristen tro eller inte.

<p>Hathaway, J., Willis, G., & Zimmer, B.</p>	<p>Grad 1 (87,5 %)</p>	<p>Listening to survivor's voices: Adressing partner abuse in health care setting <i>Violence against women</i> (2002)</p>	<p>Att undersöka hur hälso- och sjukvårdspersonal bäst kunde bemöta kvinnor utsatta för partnerrelaterat våld.</p>	<p>Kvalitativ ansats med semistrukturerad intervju där kvinnor utsatta för partnerrelaterat våld deltog. Kvinnorna hade även erfarenhet av att söka hjälp hos hälso- och sjukvården.</p>	<p>Deltagarna i studien beskrev ett flertal faktorer som påverkade deras vilja att avslöja partnerrelaterat våld för hälso- och sjukvårdspersonalen. Det rörde sig om personalens kunskap och förståelse om partnerrelaterat våld samt viljan att hjälpa. Förmågan att ta tid och identifiera partnerrelaterat våld samt uppmärksamma den egna tystnadsplikten för patienten.</p>
<p>Peckover, S</p>	<p>Grad 1 (83%)</p>	<p>I could have just done with a little more help: an analysis of women's help-seeking from health visitors in the context of domestic violence. <i>Health and Social care in the Community</i> (2003)</p>	<p>Att undersöka upplevelsen av hälsobesök i hemmet hos kvinnor utsatta för partnerrelaterat våld samt deras erfarenhet av att berätta om partnerrelaterat våld och få hjälp.</p>	<p>Kvalitativ ansats, med en semistrukturerad intervju. De intervjuade kvinnorna fick uttrycka upplevelsen av hälsobesök i relation till partnerrelaterat våld.</p>	<p>De kvinnor som deltog i studien upplevde det svårt att avslöja partnerrelaterat våld under hälsobesöken på grund av risk för sin egen säkerhet. Vidare upplevdes oklarhet angående tystnadsplikt samt bristande information från hälso- och sjukvården om partnerrelaterat våld. Kvinnor som avslöjade partnerrelaterat våld under hälsobesöken upplevde att tillräckligt stöd och information inte gavs av hälso- och sjukvården.</p>

Tower, M., McMurray, A., Rowe, J., & Wallis, M.	Grad 1 (87,5%)	Domestic violence, health and health care: Women's accounts of their experiences. <i>Contemporary Nurse: A journal for the Australian nursing profession</i> , (2006).	Syftet var att undersöka kvinnors hälsa och erfarenheten av att söka hjälp utav hälso- och sjukvården efter partnermisshandel.	Kvalitativ intervjustudie.	Kvinnorna i studien upplevde sämre hälsa ju längre tid de var utsatta för partnerrelaterat våld. I många fall blev de dåligt bemötta av vårdpersonalen och bakgrunden till de fysiska skadorna upptäcktes oftast inte av vårdpersonal.
Yam, M.	Grad 1 (91%)	Seen but not heard: Battered women's perceptions and the ED experience <i>Journal of emergency nursing</i> (2000)	Att beskriva kvinnors upplevelse av besök på akutmottagning efter partnerrelaterad misshandel.	Kvalitativ design med fenomenologisk ansats. Kvinnorna hade varit utsatta för partnerrelaterat våld och bodde i skyddat boende.	Under besöket på akuten upplevde kvinnorna rädsla för att partnern skulle få kännedom om kvinnornas besök på akuten. Kvinnorna upplevde att personalen på akuten inte uppmärksammade att de blivit misshandlade utan koncentrerade sig mer på att behandla fysiska skador.

Bilaga 4: Exempel på analysmetod

Original	Översättning	Kondensering	Kod	Subkategori	Kategori
<p><i>“I told my GP one time and she sent me for counseling. She actually asked me first so it was easy for me to talk about. I think it’s possible to tell a GP about domestic violence as long as you see one GP all the time, but again, the GP has to mention it first.”</i></p> <p>Bacchus et.al. (2003) sid 13.</p>	<p>Jag berättade för min doktor en gång och hon skickade mig för konsultation. Doktorn frågade mig, vilket gjorde det lätt att berätta. Jag tror det är möjligt att berätta om våld i nära relation för sin läkare, så länge man träffar läkaren kontinuerligt. Dock måste läkaren fråga om misshandel först.</p>	<p>Doktor frågade mig om våld i nära relation, vilket gjorde det lättare för mig att berätta om misshandeln.</p>	<p>Lättare att berätta vid tillfrågan.</p>	<p>Vårdpersonal ställer frågan om misshandel</p>	<p>Kommunikation med vårdpersonal</p>
<p>Several participants expressed concern that a provider’s failure to keep confidentiality could lead to retribution from the abuser.</p> <p>Battaglia et al. (2003) sid 620.</p>	<p>Flera deltagare uttryckte oro över att vårdpersonal skulle brista i sekretessen vilket kunde leda till hämnd från den som misshandlat dem.</p>	<p>Bristande sekretess från vårdpersonal kunde resultera i hämnd utav partnern.</p>	<p>Rädsla för hämnd av partnern.</p>	<p>Bristande sekretess</p>	<p>Kvinnornas rädsla för konsekvenser</p>

<p><i>“I told the nurse what happened. I told her my son’s father beat me up.... She just wrote down what was hurting me and my vital signs and that was it. She didn’t ask any more questions.”</i></p> <p>Yam (2000) sid 467.</p>	<p>Jag berättade för sjuksköterskan vad som hade hänt. Jag berättade att min sons far slog mig... Hon skrev ner orsaken till skadorna och mina vitala tecken, det var allt. Hon ställde inga fler frågor.</p>	<p>Sjuksköterskan skrev bara ner mina synliga skador och frågade inga fler frågor, trots att kvinnan berättat om misshandeln.</p>	<p>Vårdpersonal frågar inte om misshandel vid berättande</p>	<p>Inte känna stöd från vårdpersonal</p>	<p>Vårdpersonals uppträdande</p>
---	---	---	--	--	----------------------------------