Självständigt arbete 15hp

Att belysa våldsutsatta kvinnors erfarenheter av att möta sjukvården

*Systematisk litteraturstudie*

---

_Författare:_ Felizia Eddegård och Ida Jakobsson  
_Handledare:_ Carina Persson  
_Termin:_ VT17  
_Ämne:_ Vårdvetenskap  
_Nivå:_ Grundnivå  
_Kurskod:_ 2VÅ60E
**Abstrakt**


**Syfte** Att belysa våldsutsatta kvinnors erfarenheter av att möta sjukvården.

**Metod** En systematisk litteraturstudie har tillämpats. 13 artiklar valdes från databaserna Cinahl, PsycINFO och PubMed, och en kritisk granskning genomfördes följt av en innehållsanalys.

**Resultat** Resultatet framförs i fyra kategorier: Att erfara brister i vården, att känna rädsla, att inte bli tagen på allvar och att inte känna sig omhändertagen. Det framkom att många våldsutsatta kvinnor upplever vårdpersonal som okunnig inom ämnet samt att kvinnorna kände sig respektlös behandlade, upplevde att det inte fanns tillräckligt med tid, men även att vårdpersonalen inte tog hänsyn till deras integritet.

**Slutsats** Våldsutsatta kvinnor som söker vård upplever att vårdpersonal har bristande kunskaper gällande ämnet. Det bidrar till att personalen kan missa om en kvinna är våldsutsatt. Sjukvårdspersonal bör få relevant utbildning för att kunna hjälpa.

**Nyckelord**
Våldsutsatta kvinnor, våld i nära relationer, sjukvård, erfarenheter

**Tack**
Vi vill ge ett stort tack till vår handledare Carina Persson.
9.3 Att inte bli tagen på allvar .................................................................................. 14
  9.3.1 Oseriöst och respektlös behandlad ............................................................... 14
  9.3.1 Känner sig nedprioriterad .................................................................................. 15
9.4 Att inte känna sig omhändertagen ........................................................................ 16
  9.4.1 Frågan öppnar upp till samtal .......................................................................... 16
  9.4.2 Avsaknad av empati och förståelse .................................................................... 16
  9.4.3 Hinder begränsar den vårdande relationen ....................................................... 17
  9.4.4 Önskar att få stöd och någon som lyssnar ........................................................ 18
10 Diskussion .................................................................................................................. 18
  10.1 Metodiskussion .................................................................................................... 18
    10.1.1 Söknings- och urvalsförarande ....................................................................... 19
    10.1.2 Analys ............................................................................................................. 20
    10.1.3 Den systematiska litteraturstudiens överförbarhet ....................................... 20
10.2 Resultatdiskussion .................................................................................................. 20
    10.2.1 Att erfara brister i vården .............................................................................. 21
    10.2.2 Att känna rädsla .............................................................................................. 23
    10.2.3 Att inte bli tagen på allvar .............................................................................. 24
    10.2.4 Att inte bli omhändertagen .............................................................................. 25
11 Slutsats ......................................................................................................................... 27
12 Kliniska implikationer ................................................................................................ 28
  12.1 Förslag på framtida forskning .............................................................................. 28
13 Referenser .................................................................................................................... 28
14 Bilagor ........................................................................................................................ 1
  Bilaga I
  Bilaga II
  Bilaga III
1 Inledning


Våld har negativa konsekvenser på psykisk och fysisk hälsa. Kvinnor som utsätts för våld drabbas ofta av hälsoproblem såsom depression, missbruk, ätstörningar, magproblematik och stress (Romito & Gerin, 2002). Eftersom att ämnet på senare tid har blivit allt mer uppmärksammat ökade intresset för att ta reda på mer. Enligt Berglund och Witowski (2014) finns det kvinnor som söker hjälp för andra typer av symtom än för deras övergrepp. Det finns även kvinnor som döljer sina skador, och därmed blir felbehandlade vilket innebär att vårdpersonal inte identifierar våldet och ger behandling för de sekundära symtomen. Felbehandling kan skapa misstro att söka hjälp igen, något vi tror kan skapa onödigt lidande. Därför vill vi undersöka våldsutsatta kvinnors erfarenheter av mötet med vården för att få en inblick i om de upplever sig bli hjälpta.

2 Bakgrund

2.1 Våldsutsatta kvinnor

misshandel utan att reagera då våldet kan börja med exempelvis kommentarer och sedan eskalera till fysiskt våld. En man som utsätter kvinnor för våld kan ofta varva mellan att vara trevlig och omtänksam till att vända och bli aggressiv. De stunder som är bra kan vara tillräckliga för att en kvinna ska stanna i sin parrelation (Grände et al., 2014).

2.2 Våldsutsatta kvinnor ur ett globalt perspektiv


2.3 Våldsutsatta kvinnor i Sverige

I Sverige, ett relativt jämnlikt samhälle, ökar våldet mot kvinnor (Grände et al., 2014). De som anmäler våldet är få, och ännu färre är de fall som går vidare till åtal. Uppmärksamheten för våld mot kvinnor har dock ökat allt mer när fler kvinnor vågar söka hjälp menar Berglund och Witowski (2014) men som vidare belyser att det våldet som är synligt utåt endast är en bråkdel av det verkliga. Brottsförebyggande rådet (2016) upplyser om att det finns ett mörkertal kring hur många kvinnor som faktiskt är drabbade i och med att inte alla söker hjälp (ibid.). Mörkertalet berörs även av de kvinnor som blivit våldsutsatta men som inte ser sig själva som offer. kvinnor i dessa fall ser endast våldet riktat mot dem som ett gräl och saknar insikt i att dem är våldsutsatta (Grände et al., 2014).

2.4 Våldsutsatta kvinnors möte med vården

Det vanligaste är att söka hjälp hos primärvården om skedet inte är alltför akut. Där skrivs det ofta ut läkemedel för olika typer av symtom. Det kan till exempel vara för depression, ångest, sömnproblematik men också mag- och tarmproblem, något som tyder på att själva våldet kvinnorna påverkats av inte alltid identifieras. Generellt sett skrivs det ut mer

2.5 Vårdpersonalens roll vid vård av våldsutsatta kvinnor


Vidare menar de att vårdpersonalen inte har de kunskaper som krävs för att kunna hjälpa på rätt sätt (ibid.).

I senare studier identifieras fortfarande kunskap som en brist vid behandling av våldsutsatta kvinnor, Brykzcynski, Crane, Medina och Pedraza (2009) påvisar bland annat i sin studie behov av en kunskapshöjning just för att ha en möjlighet att förstå kvinnan i sin situation och förhindra framtida våld genom att tidigt identifiera det.


Romito och Gerin (2002) menar att det finns många inom sjukvården som förnekar problemet och hellre hjälper genom att behandla symptom som uppkommit till följd av våldet. Det finns vårdpersonal som tänker att kvinnorna inte vill samtala och känner sig obekväma med att ställa en direkt fråga till den utsatta kvinnan (ibid.).

Berglund och Witowski (2014) menar att kvinnornas livssituation kan förbättras mer effektivt genom tidig vård.
Efter ett obehandlat trauma kan sömnsvårigheter, depressioner samt koncentrationssvårigheter vara vanliga följder (Grände et al., 2014). Behandling för de uppkomna symptomen som är nämnda ovan är dock inte tillräckligt. Det kan i många fall vara nödvändigt men ses inte som god vård så länge situationen kvinnan befinner sig i inte lyfts fram (Berglund & Witowski, 2014).


3 Begreppsdefinition

3.1 Våld riktat mot kvinnor


3.2 Sjukvård och vårdpersonal

Sjukvård definieras i den här studien som de organisationer som kvinnorna vänder sig till för att få hjälp. Det kan exempelvis vara sjukhusets olika avdelningar, hälso- och vårdcentral samt psykiatrin. Vårdpersonal kan i det här fallet vara allt från undersköterskor, sjuksköterskor med alla dess specialistutbildningar, läkare samt psykologer.

4 Teoretisk referensram

I den här systematiska litteraturstudien har lidande valts som teoretisk referensram. I synnerhet kommer inriktningen att vara fokuserad på begreppen livs- och vårdlidande utifrån Erikssons (1994) teorier om fenomenet. Lidande har valts eftersom att det är något kvinnor

4.1 Livslidande


4.2 Vårdlidande

Istället bör patientens egen vilja lyftas då varje människa har full auktoritet över sin kropp (Eriksson, 1994).

5 Problemformulering


6 Syfte

Att belysa våldsutsatta kvinnors erfarenheter av att möta sjukvården.

7 Metod


7.1 Datainsamling


7.1.1 Inklusionskriterier och avgränsningar

7.1.2 Provsökning


Valda sökord: *Battered women, intimate partner violence, health*, *help seeking, experience*.

7.1.3 Sökning i Cinahl
I Cinahl användes sökorden *battered women, intimate partner violence, health*, help seeking och experience*. *Battered women* användes som ämnesord med major concept eftersom att det var det grundläggande sökordet. Fortsättningsvis nyttjades *intimate partner violence* som ämnesord nummer två och det tillsammans med *battered women* kombinerades med booleska sökoperator OR för att få träffar med artiklar som innehöll båda, eller bara ett av sökorden. Kombinationen av dessa gav många träffar och tillsammans med *health*, help seeking och experience* som fritextord valdes slutligen 7 artiklar ut som gick vidare till kvalitetsgranskning. Sökningen finns i tabell 1 i bilaga 1.

7.1.4 Sökning i PsycINFO

I sökningen som gjordes i PsycINFO användes *battered females* istället för *battered women*. *Battered females* och *intimate partner violence* användes som ämnesord, båda som major concept, i kombination med OR. När fler kombinationer lades till blev det antingen ohanterliga mängder i träffarna, eller inga alls. Därför gjordes den här sökningen lite annorlunda. Sökningen som genererade i de fem artiklar som användes i litteraturstudien var de nämnda ämnesorden tillsammans med *health care service* och experience*. Dessa fritextord kombinerades först med ämnesordet *battered females* och sedan med *intimate partner violence*. Sökningen finns i tabell 2 i bilaga 1.

7.1.5 Sökning i PubMed


7.2 Kvalitetsgranskning

7.3 Analysprocessen


8 Forskningsetiska överväganden

I den här systematiska litteraturstudien har de direktiv som Forsberg och Wengström (2015) beskriver gällande etiska aspekter vid forskning följts. Det förekommer inget fusk eller
plagiat i arbetet. Alla artiklarna som används i studien har ett etiskt godkännande från en etisk kommitté alternativt har det förtts ett tydligt etiskt övervägande i artikeln, som framkommit genom läsning. Resultatet presenteras från olika synvinklar och är därmed inte förvrängt.

9 Resultat

Resultatet presenteras med fyra kategorier med följande 2-4 underkategorier. Se tabell 1.

Tabell 1. Kategorier och underkategorier

<table>
<thead>
<tr>
<th></th>
<th></th>
<th></th>
<th></th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>Finns inte tillräckligt med tid.</td>
<td></td>
<td></td>
<td>Hinder begränsar den vårdande relationen.</td>
</tr>
<tr>
<td>Vårdpersonal tar ej hänsyn till integritet.</td>
<td></td>
<td></td>
<td>Önskar att få stöd och någon som lyssnar.</td>
</tr>
</tbody>
</table>

9.1 Att erfara brister i vården

9.1.1 Problematiken blir inte uppmärksammand


### 9.1.2 Upplever kunskapsbrist hos vårdpersonal

En av de största barriärerna nästan alla kvinnor visade sig uppleva var att de kände att vårdpersonalen inte erhöll tillräcklig kunskap för att kunna hjälpa dem i sin situation. De kände att vården inte hade de förutsättningar som krävdes (Loke et al., 2012; Lutenbacher et al., 2003; Peckover, 2003). I några fall framkom det att varken sjuksköterskor eller läkare gjorde något för att förhindra framtida övergrepp, några av kvinnorna lämnades för att tackla sina problem på egen hand (Leppäkoski, Paavilainen & Åstedt-Kurki, 2011). En kvinna fick förslag om att åka på semester och vårdpersonalen visade mer intresserade av att samtala med mannen (Damra et al., 2015). En annan faktor som tydde på vårdpersonalens
kunskapsbrist var att mannen blivit inbjuden till samtal när kvinnan egentligen hellre hade behövt prata i enrum då de inte vågade eller ville berätta framför mannen (Bacchus, Mezey & Bewley, 2003; Pratt-Eriksson et al., 2014). Kunskapsbehovet visade sig vara stort då de flesta kvinnor upplevde att de varken fått hjälp eller information om var de kan vända sig för vidare rådgivning. Även om vårdpersonalen var medveten om situationen hade de inte kapacitet att hantera den (Bacchus et al., 2003; Loke et al., 2012; Lutenbacher et al., 2003; Peckover 2003). Okunskapen leder inte bara till brist på information utan också att våldssituationer inte identifieras när vårdpersonalen inte känner till vanliga tecken (Dijkanovic et al., 2012; Loke et al., 2012; Lutenbacher et al., 2003; Pratt-Eriksson et al., 2014). Några studier lyfta gravida kvinnors erfarenhet av vård, även dem upplevde personalen som okunnig. De blev ifrågasatta men aldrig utredda, trots tydliga skador, och uppfattade det som att personalen blev osäker för att sedan ignorera problemet (Lutenbacher et al., 2003; Peckover, 2003). Kvinnorna tyckte att vårdpersonal förslagsvis borde fokusera på ett mer rutinmässigt arbete där de ska ta upp våld vid minsta misstanke, kvinnorna menade vidare att det i längden kan öka personalens trygghet av att hantera de drabbade samt ge dem mer kunskap (Lutenbacher et al., 2003).

Vid akuta skeden är akutmottagningen oftast den första kontakten kvinnorna har med vården. Kvinnorna tyckte därför att vårdpersonal på akutmottagningen borde lägga ett större fokus på bemötande då kvinnorna tidigare känt sig i vägen. Väldigt få fick den information de hade haft behov av att få och de lämnade med fler frågetecken än när de kom (Loke et al., 2012). Informationsbehovet kvinnorna visade sig ha var främling inriktat på vem de kunde vända sig till eller vad de kunde göra (Bacchus et al., 2003; Leppäkoski et al., 2011; Postmus, Sewerson, Berry & Yoo, 2009; Pratt-Eriksson et al., 2014). Vissa kvinnor var dock i behov av information om våld i nära relationer eftersom att de inte sett att de var drabbade (Petersen, Moracco, Goldstein & Clark, 2008). Många kvinnor hade gärna velat veta mer om vad våldet de utsatts för innebar samt att få bekräftat att psykisk trakassering också räknas som misshandel (Petersen et al., 2008). Information visar sig ge ökad kunskap inför deras situation så pass att det hjälpte dem att öppna ögonen för vad som egentligen hade hänt (Nemoto, Rodriguez & Mkandawire-Valhmu, 2008; Petersen et al., 2008). De menade även att läkare och sjuksköterskor ofta ställer fel sorts frågor, precis som om de inte alls är engagerade och att kvinnorna istället hittar på svar (Lutenbacher et al., 2003; Loke et al., 2012). Många kvinnor menade att om dem hade fått information i ett tidigare stadie hade
de kunnat ta sig ur situationen på ett bättre sätt och därmed undvikit att ta skada i den grad de gjort (Peckover, 2003).

9.1.3 Vårdpersonal tar ej hänsyn till integritet

Något som kvinnorna upplevde som bristande under vårdtiden var behandlingen kring sekretess och integritet. Flertalet kvinnor hade fått frågor om partnervåld i väntrummet till akutmottagningen (Damra et al., 2015; Leppäkoski et al., 2011). De tänkte att det berodde på ett späckat schema med tidsbrist men tyckte att det var obehagligt att inte få så pass privata frågor i enrum. Det upplevdes som ett bekymmer gällande att det fanns barn i väntrummet som kunde höra. Det var även vanligt att kvinnan fick frågor framför mannen, vilket automatiskt ledde till att de hade nekat våld (Bacchus et al., 2003; Lutenbacher et al., 2003). De tyckte vidare att inget privat skulle diskuteras på platser där andra kunde höra. Vårdpersonal bör, till följd av kvinnornas erfarenheter, vara mer följsam och försöka prata enskilt med kvinnan om de misstänker något. På akuten lade några kvinnor märke till att det blev svårt att öppna upp sig då de kände att andra runt omkring kunde höra (Leppäkoski et al., 2011).

9.1.4 Finns inte tillräckligt med tid

Ett annat problem flera kvinnor i studierna identifierat är tidspressen vid mötet med vårdpersonal. De syftar främst på läkare som de menar kan vara väldigt arroganta och skriva ut läkemedel före de ens har samtalat med patienten. Kvinnorna var enade om att många läkare stressade för att hinna med nästa patient (Kelly, 2006; Pratt-Eriksson et al., 2014). De menade vidare att det tar tid att öppna upp sig när de är så sårbara och att de inte känner att den tiden finns (Bacchus et al., 2003; Nemoto et al., 2008). Kvinnorna kände av tecken som de tyckte visade på att vårdpersonalen var stressad och ville skynda på. Dessa tecken kunde vara allt från att inte ha ögonkontakt till att ordna med annat samtidigt. Ofta ställdes frågor samtidigt som enklare undersökningar utfördes, vilket upplevdes som att fokus inte låg på samtalet. Vårdpersonalen kunde öppna med en fråga men sen inte ha tid att fortsätta diskutera eller lyssna till svaret (Bacchus et al., 2003; Pratt-Eriksson et al., 2014). En kvinna som fick gott om tid berättade att när det fanns tid för samtal, kunde prat varvas med tysta pauser. Vilket var en bidragande orsak till att hon kände sig sedd och omhändertagen (Nemoto et al., 2008).

9.2 Att känna rädsla
9.2.1 Rädsla för att berätta

Nästan alla kvinnor upplevde att de kände skam i sin sårbara situation (Kelly, 2006; Loke et al., 2012; Leppäkoski et al., 2011). Några berättar att de ofta stannar hemma några dagar tills blåmärken och skador lagt sig men de nämner även att de förekommer att de hittar på historier på grund av skam. Lågt självförtroende var också en anledning till att de inte vågade berätta (Loke et al., 2012). De var rädda för att det dem försökt dölja skulle avslöjas (Kelly, 2006; Loke et al., 2012). Den största orsaken till rädslan var vilken reaktion vårdpersonalen skulle ha och därmed osäkerheten kring vad som skulle hända om de berättade (Bacchus et al., 2003; Kelly, 2006; Örmon et al., 2014). En annan orsak var också att de lade skulden på sig själva och rädslan för att berätta för vårdpersonal var på grund av att de kände rädsla för att bli klandrade, vilket många hade upplevt att de blev (Nemoto et al., 2008; Peckover, 2003). Några kvinnor hade fått responsen att vårdpersonalen anklagat dem att vara skyldiga till våldet (Damra et al., 2015; Loke et al., 2012; Lutenbacher et al., 2003; Pratt-Eriksson et al., 2014).

9.2.2 Vill skydda familjen

Vissa kvinnor som har undvikit att berätta för vårdpersonalen har gjort det för att skydda sina barn. Rädsla för att förlora barnen är därför en vanlig orsak till att inte söka hjälp (Dijkanovic et al., 2012; Kelly, 2006; Peckover, 2003). Av de kvinnor som sökt hjälp var det få som fått frågor om deras barns trygghet (Leppäkoski et al., 2011). De hade önskat mer konkret hjälp med hur de istället kunnat öka barnens säkerhet i hemmet. Vissa kvinnor skyddade även deras män trots att det var dem som orsakade skadorna. Det var främst på grund av att de var rädda för att ta barnens pappa ifrån sina barn (Lutenbacher et al., 2003).

9.3 Att inte bli tagen på allvar

9.3.1 Oseriöst och respektlöst behandlad

Generellt sätt var det många kvinnor som upplevde att de personer dem mött i vårdpersonalen hade en domande attityd kring att ha blivit våldsutsatt av en partner. Kvinnorna som inte fick hjälp av vårdpersonal, och därmed inte utlopp för sina tankar, upplevde känslor av lidande (Damra et al., 2015; Kelly, 2006; Pratt-Eriksson et al., 2014; Örmon et al., 2014). Många upplevde att vårdpersonalen förminskade våldet de upplevde. Istället för att få hjälp lämnades kvinnorna med skuldkänslor samt känslor av att ingen trodde på dem (Bacchus et al., 2003; Damra et al., 2015; Pratt-Eriksson et al., 2014; Örmon
et al., 2014). Kvinnorna berättade att vårdpersonal lade större fokus på diagnos än deras lidande och de fick därmed inte ge uttryck för sin psykiska smärta. (Damra et al., 2015; Leppäkoski et al., 2011; Loke et al., 2012; Lutenbacher et al., 2003; Pratt-Eriksson et al., 2014; Örmon et al., 2014). Det lades störst fokus på fysiska skador. För några som valde att be om hjälp var det märkbart att vårdpersonalens intresse för att hjälpa minskade när de berättade att de blivit våldsutsatta, de kände sig istället ifrågasatta (Leppäkoski et al., 2011; Loke et al., 2012; Pratt-Eriksson et al., 2014; Örmon et al., 2014). Somliga kvinnor upplevde att de blev behandlade som om de gjort något fel och läkaren tog dem inte på allvar (Bacchus et al., 2003; Loke et al., 2012; Örmon et al., 2014). Många tappade självförtroende när de kände att ingen förstod eller visade hänsyn. Flera kvinnor blev ifrågasatta över hur sjuka de egentligen var, och läkare tvekade med att skriva under papper om sjukskrivning (Pratt-Eriksson et al., 2014). De kände också att stödet som vårdpersonalen gav inte var tillräckligt och att de inte höll sina löften vilket gjorde att kvinnorna tappade förtroende för vården och lämnades ovetande (Bacchus et al., 2003; Leppäkoski et al., 2011; Loke et al., 2012; Lutenbacher et al., 2003; Pratt-Eriksson et al., 2014; Örmon et al., 2014).

En stor kontrast till de kvinnor som känt sig lurade av personalen är de kvinnor som hade en positiv upplevelse. De lämnade istället med känslor av positivitet och trovärdighet till vårdpersonalen. De menade att när de fick berätta och blev behandlade med respekt samt att vårdpersonalen aktivt lyssnade kände de mer hopp inför att ta sig ur sin situation (Örmon et al., 2014). De tyckte att det var bra när vårdpersonalen inte drog några slutsatser utan lyssnade till hela berättelsen (Nemoto et al., 2008).

9.3.1 Känner sig nedprioriterad

9.4 Att inte känna sig omhändertagen

9.4.1 Frågan öppnar upp till samtal

Den mest beskrivna faktor som är genomgående i samtliga studier är angående huruvida vårdpersonal ställer frågan eller inte. Frågan handlar om ifall kvinnorna någon gång varit eller är drabbade av våld i nära relationer. Nästan alla kvinnor hade önskat att de fick frågan och tyckte att den var grundläggande för att öppna upp till samtal. De flesta var eniga om att frågan skulle få dem att berätta (Damra et al., 2015; Dijkanovic et al., 2012; Kelly, 2006; Leppäkoski et al., 2011; Loke et al., 2012; Lutenbacher et al., 2003). På grund av osäkerhet inför att berätta tyckte de att det var bäst när vårdpersonalen tog initiativet. Kvinnor som har haft kontakt med samma vårdpersonal under längre tid men aldrig tagit upp deras egentliga problem berättar att de ej gjorde det med anledning att de aldrig fått frågan (Bacchus et al., 2003; Damra et al., 2015; Kelly, 2006; Lutenbacher et al., 2003). Några tyckte att frågan fick dem att tänka på sig själva och fokusera på att må bra, samt göra lämpliga livsstilsförändringar (Nemoto et al., 2008; Petersen et al., 2008). Några kvinnor upplevde att genom att de fick frågan, besatt vårdpersonal med svar, vilket ökade förtroendet då de kände att någon tog kontroll över situationen och att de inte var ensamma (Lutenbacher et al., 2003). De menar dock vidare att vårdpersonal bör ställa frågan när det finns tid att prata för att undvika en stressig situation (Bacchus et al., 2003). Om de fick en direkt fråga var det större chans att vårdpersonalen fick ett ärligt svar vilket kvinnorna uppskattade. Frågor som “hur känner du dig?” gjorde att några kvinnor istället hittade på symtom som huvudvärk och att de inte kunde sova om nätterna, just för att frågan inte var direkt riktad (Bacchus et al., 2003; Damra et al., 2015; Loke et al., 2012; Lutenbacher et al., 2003).

Av de kvinnor som inte fått frågan delgav majoriteten inte med sig av sina tankar till vårdpersonalen. Om ingen frågade, berättade de helt enkelt inte, även om de gärna ville (Damra et al., 2015; Kelly, 2006). Några kvinnor föreslog att vårdpersonal borde ställa rutinfrågor vid minsta misstanke då många kvinnor uppgav att de aldrig blivit tillfrågade (Damra et al., 2015; Kelly, 2006; Lutenbacher et al., 2003).

9.4.2 Avsaknad av empati och förståelse

I mötet med vårdpersonal belyste kvinnorna hur viktigt det är att bli behandlad med empati och förståelse (Pratt-Eriksson et al., 2014). Om vårdpersonal fick kvinnorna att känna sig betydelsefulla kände dem att de kunde prata om allt. Något så enkelt som att bara få existera
och berätta om sina upplevelser fick kvinnorna att må bättre och känna att de faktiskt fått hjälp (Nemoto et al., 2008). De menade att det var svårt att berätta i deras sårbara situation och blev besvikna om de möttes av vårdpersonal som inte var tillgiven och behandlade dem utan respekt (Bacchus et al., 2003; Damra et al., 2015; Kelly, 2006; Leppäkoski et al., 2011; Pratt-Eriksson et al., 2014). Om vårdpersonalen mötte kvinnorna med den attityden var det liten eller ingen chans alls att de skulle våga berätta (Bacchus et al., 2003; Leppäkoski et al., 2011). Det var få kvinnor som kände att de faktiskt blev hjälpta och utifrån deras berättelse var det främst för att de kunde tala ut ordentligt (Bacchus et al., 2003; Örmon et al., 2014).

De kvinnor som mött vårdpersonal som varit öppna och intresserade av att lyssna, kände att de fick utrymme att berätta ännu mer, vilket för dem bidrog till att dem kunde bearbeta sitt lidande (Kelly, 2006; Nemoto et al., 2008; Örmon et al., 2014). Dem som tyckte sig ha fått bra vård belyser följande faktorer som hjälpsamma: att de fick hjälp snabbt, att de blev behandlade i en lugn miljö, att de fick förtroende för sjuksköterskan, blev tagna på allvar samt fick möjlighet till uppföljningssamtal (Nemoto et al., 2008; Örmon et al., 2014).

9.4.3 Hinder begränsar den vårdande relationen

Ett redan identifierat hinder är när kvinnorna inte får frågan om de blivit våldsutsatta. Det finns kvinnor som mött vårdpersonal som uppgivit att dem inte har ansvar för det specifika problemet och därmed inte är intresserade av att hjälpa (Bacchus et al., 2003). Kvinnorna lämnades då ovetande om vart de kan vända sig. De flesta kvinnor som visat misstänke för vården de erhållit menade att om de bara hade fått lite mer hjälp hade de kanske klarat resten på egen hand (Damra et al., 2015; Peckover, 2003).

Ytterligare barriärer som kvinnorna uppgav var bland annat att kvinnornas fysiska skador var det som behandlades men också att rädska för att berätta (Leppäkoski et al., 2011; Loke et al., 2012; Pratt-Eriksson et al., 2014). Några kvinnor undrade varför de skulle dela med sig av sin livshistoria och sen inte få något tillbaka, och uppmärksammade även det som en hindrande faktor till att inte söka vård (Örmon et al., 2014).

En annan betydelsefull omständighet som framgick i många studier var bristen på kontinuitet. Det var en av orsakerna till att kvinnorna saknade förtroende till vården eftersom att många mötte olika vårdpersonal varje gång och därför aldrig riktigt fick någon förtroendefull relation (Bacchus et al., 2003). De berättade att det ibland kändes onödigt att
delge sin historia eftersom de aldrig skulle möta samma person igen och det var jobbigt att berätta historien varje gång för ny personal. Kvinnorna tyckte att det var enklare att bara fokusera på deras symtom. Dem som möttes samma vårdpersonal varje gång kände att de fick en bättre relation och därmed bättre vård. Den största orsaken till det identifierade kvinnorna som tid, och att de kunde fortsätta där de sist slutade när de möttes igen (Bacchus et al., 2003).

Att möta manlig personal visade sig också vara en barriär som vissa kvinnorna belyst. De beskriver att det finns svårigheter i att delge sina upplevelser till män då dem gjorde att kvinnorna kände sig mer osäkra. Kvinnorna kände sig mer trygga med att prata om de specifika problemen med en annan kvinna, eftersom att de kände att de hade en större förståelse för dem (Bacchus et al., 2003; Damra et al., 2015; Pratt-Eriksson et al., 2014). Kvinnorna berättade också att personal som var yngre gjorde dem osäkra (Damra et al., 2015). Det fanns dock undantag där kvinnor menade att det inte spelar någon roll om vårdpersonalen är manlig eller kvinnlig så länge de är intresserade av att hjälpa (Bacchus et al., 2003).

9.4.4 Önskar att få stöd och någon som lyssnar


10 Diskussion

10.1 Metoddiskussion

10.1.1 Söknings- och urvalsförfarande


I och med att ämnesorden har anpassats utifrån databasernas beskrivningar resulterar det i att de artiklarna som valts passar det specifika syftet bättre, det ses som en styrka i arbetet. Eftersom att artiklarna är samlade från tre olika databaser minimerades risken att missa relevanta artiklar. Däremot gjordes ingen manuell sökning och det kan ses som en svaghet då det finns en risk att artiklar kan ha blivit missade (Kristensson, 2014). Dock ansåg vi att mättnad uppnåddes från de 13 artiklar som valdes eftersom att de lyfte i princip liknande resultat. Vi menar därför att fler artiklar inte hade tillfört något nytt till studien. En styrka i sökningen anses vara att alla steg är gjorda tillsammans och att ett resonemang kring artiklens relevans vid urvalet har förts.

De forskningsartiklar som är med i arbetet har ett etiskt godkännande alternativt att det förs tydliga etiska överväganden. I Sverige finns det tydliga regelverk och lagar gällande hur forskning får utföras (Kristensson, 2014). Eftersom att vi inte vet hur strikta dessa regelverk är i andra länder är det omöjligt för oss att säkerställa att studierna genomförts på etiskt korrekt sätt ur ett svenskt synsätt.

10.1.2 Analys


Genom att somliga delar har utförts enskilt och andra delar tillsammans blev det en styrka i arbetet. Forskartriangulering bidrar till fler synvinklar på artiklarnas innebörder. När vi sedan träffats och sammanställt våra tolkningar har vi haft möjlighet att upptäcka eventuella missuppfattningar och feltolkningar som har kunnat uppstå i processen (Kristensson, 2014).

10.1.3 Den systematiska litteraturstudiens överförbarhet


10.2 Resultatdiskussion

Syfte med studien var att belysa våldsutsatta kvinnors erfarenheter av att möta sjukvården och resultatet visar att många kvinnor känner att de inte har fått rätt vård. Många kvinnor

**10.2.1 Att erfara brister i vården**

främst visat sig vid identifiering av våld, där kvinnor med mindre synliga skador inte får rätt hjälp för att vårdpersonalen inte lade märke till de svårigheter kvinnorna stod inför.

valmöjligheten att öppna upp sig. Risken som kan uppstå när vårdpersonalen inte lyfter
ämnet är att kvinnan upplever vårdlidande när hon inte känner sig sedd.

Vårdpersonal borde saml på sig information om vem de kan rekommendera kvinnorna att
vända sig till, så att de får rätt hjälp tidigt. De bör även vara medvetna om hur vårdprocessen
ser ut när våldet identifierats så att kvinnorna kan få information om hur de ska bli hjälpta
(Snyder, 2016). Vi menar att vårdpersonal kan möta våldsutsatta kvinnor ofta än vad de
tror vilket också Berglund och Witowski (2014) belyser. Något så enkelt som att vara
uppmärksam när exempelvis ett blodprov ska tas tänker vi därför kan ha stor betydelse. Om
kvinnan som ger provet verkar nedstämd räcker det i vissa fall att fråga hur hon mår för att
sedan öppna upp till samtal. Trots att tidsbristen är ett faktum och att många kvinnor
upplevde att en stressig miljö inte var vårdande kan ett telefonnummer eller en broschyr
också vara till hjälp (Snyder, 2016). På så vis kan fler bli hjälpta och det kan även öka
medvetandet hos kvinnor som är omedvetna om att de är utsatta.

Problemet kring kvinnors integritet är också ett fynd där de menar att vårdpersonalen borde
ta sig tid till att tala till dem privat och inte i väntrum eller framför mannen. Många kvinnor i
studien blev tillfrågade vid fel tillfällen där samtalet inte kunde föras privat. Moran (2008)
menar att mannen inte ska vara närvarande eftersom att han oftast är ett hinder till att berätta.
Det kan i sin tur öka vårdpersonalens förutsättningar vid identifiering eftersom att det ger
kvinnan en möjlighet att tala ut utan publik (ibid.). Om vårdpersonal får rutin på det menar
vi att det kan minska lidandet hos många kvinnor i och med att det finns större chans att de
berättar i enrum (Berglund & Witowski, 2014).

10.2.2 Att känna rädsla

Som resultatet visar befinner sig kvinnor som är utsatta av partnervåld i en svår sits där de i
flera fall är rädda för vårdpersonalens reaktion om de berättar. De upplever ett livslidande
som ibland kan göra det svårt för dem att förstå vem offret är vilket leder till att dem i många
fall klandrar sig själva. Att klandra sig själv i en situation där man egentligen är ett offer kan
gå lidande i dubbel bemärkelse, vi menar att det kan leda till att kvinnan så småningom även
klandrar sig själv för att må dåligt. Att i en sådan situation vända sig till vården och inte bli
tagen på allvar ses som en kränkning och det upplevda vårdlidandet kan nå sin topp. Rädsla
för att familjen ska skadas är också en form av lidande. Kvinnorna har då misstro för
vårdpersonal och tankar om att dem ska gå bakom ryggen på dem och ta vårdnaden om

10.2.3 Att inte bli tagen på allvar


10.2.4 Att inte känna sig omhändertagen

uppmaningar. Det kan vara ett bra sätt, speciellt med tanke på att majoriteten av de
utsatta kvinnorna i resultatet önskade att bli tillfrågade. Vi tänker att frågan kring om
kvinnan blir våldsutsatt skulle kunna vara en rutinfråga för att inte missa några fall. Vi
menar dock att rutinfrågor enkelt kan bli opersonliga och att vårdpersonal kan tappa
uppmaningen för andra tecken när frågan ställs. Snyder (2016) lyfter att några kvinnor
känner att de hellre önskat att prata mer detaljerat om deras historia och att en rutinfråga för
dem kan känna som att de endast ska identifiera våldet och svara ja eller nej men aldrig gå
vidare med saken. Därför tänker vi att vården borde ställa frågan, men vara varsam med hur
frågan läggs fram. Brykczynski et al. (2011) menar precis som Snyder (2016) att det borde
införas ett screeningprogram. De lyfter även att många kvinnor föredrar att få frågan mer än
en gång (ibid.).

Att känna sig sedd i vårdssammanhang menar Edvardsson och Wijk (2014) är en viktig del i
att få bra behandling. En öppen miljö där det inte finns några krav på patienten upplevde
kvinnorna som den bästa och vi tänker att det är nyckeln till att få en bra vårdrelation. Målet
är att minska kvinnornas lidande och genom att visa sitt intresse och lyssna till kvinnornas
berättelser visade det sig vara en bra början till det. Brykczynski et al. (2011) menar att
fokus på helhetstänk där kvinnan både får ge utlopp för smärta men också sina känslor är
viktigt för att dem ska bli hjälpta (ibid.).

Som resultatet visar är brist på kontinuitet en faktor som hindrar en vårdande relation att
träda fram mellan vårdpersonal och den drabbade kvinnan. Brykczynski et al. (2011) belyser
inte bara kontinuitet som en viktig faktor i ett vårdande möte utan även uppföljning av vård.
Det innebär att kvinnan inte blir stressad över att allt måste ske under ett möte utan att hon
har möjlighet att träffa vårdpersonalen igen (ibid.). För de kvinnor som blir ifrågasatta eller
möta av svar som att det inte är något vårdpersonalen ansvarar för eller liknande genererar i
vårdlidande då storleken på deras problem nedgraderas och att de ej blir tagna på allvar
(Snyder, 2016). Med tanke på kontinuitet menar Brykczynski et al. (2011) vidare att det är
svårt ur vårdpersonalens synvinkel att se till att samma personal möter samma patient
genomgående. Det vi tänker att personalen kan göra för att underlättat för kvinnorna är att ha
en bra planering och framförhållning när de ska samtala. På så sätt kan de bli inbokade till
samma personal, i den mån som går. Det är dock något som inte helt går hand i hand med det
nuvarande systemet som sjukvården styrs av men det kan vara värt att ha i åtanke. Att möta
en våldsutsatt kvinna kan kännas obehagligt och göra ovan vårdpersonal osäker. Genom den
här studien har vi fått fram att principerna som hjälper är ganska enkla. Kvinnorna önskar stöd och någon som lyssnar. Att stötta och lyssna är något som sjukvårdspersonal gör dagligen och det kan till och med i vissa lägen vara något som de är extra bra på i mötet med människor. Vi tycker att en patient, oavsett diagnos förtjänar att bli bemött av någon som ger dem stöd och tid att berätta sin historia. Det finns inga undantag när det gäller våldsutsatta kvinnor. För att minska vårdlidande och hjälpa dem på god väg till att även minska sitt livslidande upplever kvinnorna att grundläggande principer är en bra början till att komma ur sin situation och känna sig frisk.


11 Slutsats

Resultatet som framkommit från den här systematiska litteraturstudien var att vården är bristfällig när det gäller att bemöta våldsutsatta kvinnor utifrån kvinnornas perspektiv. Ett av huvudsyftena var att nästintill alla kvinnor hade önskat att de hade fått frågan gällande våld när de sökte vård, trots det är det få kvinnor som faktiskt blir tillfrågade. Kunskapsbristen hos vårdpersonal var också ett fynd som spelade en central roll i resultatet. Kunskapsbristen hos vårdpersonal kan bidra till vårdlidande och att kvinnorna känner sig kränkta när de inte får den hjälp de har behov av att få. Dessa två faktorer tillsammans, att inte få frågan om våld och att personalen inte har tillräcklig kunskap, bidrar till att det finns en mängd kvinnor som aldrig blir upptäckta eller får någon att prata med, med tanke på att det kan vara svårt att ta initiativet till att själv öppna upp och berätta.
Eftersom att i princip alla artiklarna i arbetet beskriver liknande resultat, trots att det var artiklar från olika delar av världen så är bevisvärdet i studien högt. Det ger ännu en anledning för hälso- och sjukvården att öka sin kompetens inom ämnet, utbilda personalen och få in rutinmässiga screeningprogram. Våldsutsatta kvinnor kan dyka upp på alla avdelningarna och förbjuda att bemötas med respekt.

12 Kliniska implikationer

12.1 Förslag på framtida forskning


13 Referenser

*Artiklar inkluderade i resultatet


*Pratt-Eriksson, D., Bergbom, I., & Lyckhage, D. E. (2014). Don't ask don't tell: Battered women living in Sweden encounter with healthcare personnel and their experience of the


**14 Bilagor**

**Bilaga I**

Sökningstabeller
Sökning i Cinahl, 20170401 - 20170420

<table>
<thead>
<tr>
<th>Sökning</th>
<th>Sökord &amp; kombinationer</th>
<th>Avgränsningar (limits)</th>
<th>Antal träffa r</th>
<th>Lästa titlar</th>
<th>Lästa abstrakt</th>
<th>Lästa artiklar</th>
<th>Utvalda artiklar</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>S1</td>
<td>(MM “Battered women”)</td>
<td></td>
<td>2214</td>
<td>0</td>
<td>0</td>
<td>0</td>
<td>0</td>
</tr>
<tr>
<td>S2</td>
<td>(MH “Intimate partner violence”)</td>
<td></td>
<td>5870</td>
<td>0</td>
<td>0</td>
<td>0</td>
<td>0</td>
</tr>
<tr>
<td>S3</td>
<td>S1 OR S2</td>
<td></td>
<td>5074</td>
<td>0</td>
<td>0</td>
<td>0</td>
<td>0</td>
</tr>
<tr>
<td>S4</td>
<td>S1 OR S2 AND Health*</td>
<td></td>
<td>2180</td>
<td>0</td>
<td>0</td>
<td>0</td>
<td>0</td>
</tr>
<tr>
<td>S5</td>
<td>S1 OR S2 AND Health* AND Help seeking*</td>
<td>Peer reviewed 2000-2017 English</td>
<td>112</td>
<td>112</td>
<td>50</td>
<td>7</td>
<td>Nr: 1,2,5,6,7,10,11</td>
</tr>
</tbody>
</table>

* = Trunkering  
MH = Ämnesord  
AND och OR = Booelsk söklogik
<table>
<thead>
<tr>
<th>Sökning</th>
<th>Sökord &amp; kombinationer</th>
<th>Avgränsningar (limits)</th>
<th>Antal träffar</th>
<th>Lästa titlar</th>
<th>Lästa abstrakt</th>
<th>Lästa artiklar</th>
<th>Utvalda artiklar</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>S1</td>
<td>MJSUB.EXACT (&quot;Battered Females&quot;)</td>
<td></td>
<td>2383</td>
<td>0</td>
<td>0</td>
<td>0</td>
<td>0</td>
</tr>
<tr>
<td>S2</td>
<td>MJSUB.EXACT (&quot;Intimate Partner Violence&quot;)</td>
<td></td>
<td>5225</td>
<td>0</td>
<td>0</td>
<td>0</td>
<td>0</td>
</tr>
<tr>
<td>S3</td>
<td>S1 OR S2</td>
<td></td>
<td>7384</td>
<td>0</td>
<td>0</td>
<td>0</td>
<td>0</td>
</tr>
<tr>
<td>S4</td>
<td>S3 AND health care service*</td>
<td>Peer reviewed 2000-2017</td>
<td>4455</td>
<td>0</td>
<td>0</td>
<td>0</td>
<td>0</td>
</tr>
<tr>
<td>S5</td>
<td>S4 AND experience*</td>
<td>Peer reviewed 2000-2017</td>
<td>4414</td>
<td>0</td>
<td>0</td>
<td>0</td>
<td>0</td>
</tr>
<tr>
<td>S6</td>
<td>S1 AND health care service* AND experience*</td>
<td>Peer reviewed 2000-2017 English</td>
<td>38</td>
<td>38</td>
<td>17</td>
<td>7</td>
<td>Nr: 4, 8, 11**, 12, 13</td>
</tr>
<tr>
<td>S7</td>
<td>S2 AND health care service* AND experience*</td>
<td>Peer reviewed 2000-2017 English</td>
<td>179</td>
<td>179</td>
<td>20</td>
<td>5</td>
<td>Nr: 3, 4, 12</td>
</tr>
</tbody>
</table>

* = Trunkering ** = Artikeln har hittats i andra databaser

MJSUB.EXACT = Ämnesord med major concept AND och OR = Booelsk söklogik
Sökning i PubMed, 20170401 - 20170420

<table>
<thead>
<tr>
<th>Sökning</th>
<th>Sökord &amp; kombinationer (limits)</th>
<th>Antal träffar</th>
<th>Lästa titlar</th>
<th>Lästa abstrakt</th>
<th>Lästa artiklar</th>
<th>Utvalda artiklar</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>S1</td>
<td>&quot;Battered Women&quot;[MeSH]</td>
<td>2468</td>
<td>0</td>
<td>0</td>
<td>0</td>
<td>0</td>
</tr>
<tr>
<td>S2</td>
<td>&quot;Domestic Violence&quot;[MeSH]</td>
<td>39064</td>
<td>0</td>
<td>0</td>
<td>0</td>
<td>0</td>
</tr>
<tr>
<td>S3</td>
<td>S1 OR S2 AND health*</td>
<td>17392</td>
<td>0</td>
<td>0</td>
<td>0</td>
<td>0</td>
</tr>
<tr>
<td>S4</td>
<td>S1 OR S2 AND health services[MeSH Major Topic]</td>
<td>5560</td>
<td>0</td>
<td>0</td>
<td>0</td>
<td>0</td>
</tr>
<tr>
<td>S5</td>
<td>S1 OR S2 AND health services[MeSH Major Topic]) AND help seeking</td>
<td>2000-2017 English</td>
<td>42</td>
<td>42</td>
<td>10</td>
<td>6</td>
</tr>
</tbody>
</table>

* = Trunkering AND och OR = Booelisk söklogik MeSH = Ämnesord
Bilaga II

Granskningssmallarna kommer från Forsberg och Wengström (2015)

Granskningssmall för kvalitativa artiklar

A. Syftet med studien?
Vilken kvalitativ metod har använts?
Är designen av studien relevant för att besvara frågeställningarna?

B. Undersökningsgruppen
Är urvalskriterier för undersökningsgruppen tydligt beskrivna?
(Inklusions- och exklusionskriterier ska vara beskrivna.)
Var genomfördes undersökningen?
Urval – finns det beskrevet var, när och hur undersökningsgruppen kontaktades?
Vilken urvalsmetod användes?
Beskriv undersökningsgruppen (ålder, kön, social status samt annan relevant demografisk bakgrund).
Är undersökningsgruppen lämplig?

C. Metod för datainsamling
Är fältarbetet tydligt beskrivet?
Ange datainsamlingsmetod
Är data systematiskt samlade (finns intervjuguide/studieprotokoll)?

D. Dataanalys
Hur är begrepp, teman och kategorier utvecklade och tolkade?
Resultatbeskrivning:
Är analys och tolkning av resultat diskuterade?
Är resultaten trovärdiga (källor bör anges)?
Är resultaten pålitliga (undersökningens och forskarens trovärdighet)?
Finns stabilitet och överensstämmelse (är fenomenet konsekvent beskrivet)?
Är resultaten återförda och diskuterade med undersökningsgruppen?
Är de teorier och tolkningar som presenteras baserade på insamlade data (finns citat av originaldata, summering av data medtagna som bevis för gjorda tolkningar)?

E. Utvärdering
Kan resultaten återkopplas till den ursprungliga forskningsfrågan?
Stöder insamlade data forskarens resultat?
Har resultaten klinisk relevans?
Diskuteras metodologiska brister och risk för bias?
Finns risk för bias?
Håller du med om slutsatsen?
Ska artikeln inkluderas?

Granskningsmall för kvantitativa artiklar

A. Syftet med studien?
Är frågeställningarna tydligt beskrivna?
Är designen lämplig utifrån syftet?

B. Undersökningsgruppern
Vilka är inklusionskriterierna?
Vilka är exklusionskriterierna?
Vilken urvalsmetod användes?
Är undersökningsgruppen representativ?
Var genomfördes undersökningen?
Vilket antal deltagare inkluderades i undersökningen?

C. Mätmetoder
Vilka mätmetoder användes?
Var reliabiliteten beräknat?
Var validiteten diskuterad?

D. Analys
Var demografiska data liknande i jämförelsegrupperna?
Om nej, vilka skillnader fanns?
Hur stort var bortfallet?
Fanns en bortfallsanalys?
Var den statistiska analysen lämplig?
Om nej, varför inte?
Vilka var huvudresultaten?
Erhölls signifikanta skillnader?
Om ja, vilka variabler?
Vilka slutsatser drar författaren?
Instämmer du?

E. Värdering
Kan resultaten generaliseras till annan population?
Kan resultaten ha klinisk betydelse?
Ska denna artikel inkluderas i litteraturstudien?
<table>
<thead>
<tr>
<th>Författare</th>
<th>År</th>
<th>Land</th>
<th>Tidsskrift</th>
<th>Titel</th>
<th>Syfte</th>
<th>Metod</th>
<th>Resultat</th>
<th>Kvalité</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>6.</td>
<td></td>
<td></td>
<td>Journal of Clinical Nursing</td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td>Det finns skam i att berätta om våld i hemmet då det fortfarande anses vara ett</td>
</tr>
<tr>
<td>2012 Hong Kong</td>
<td>9 st.</td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
</tbody>
</table>


| 2008 Japan | Deltagare: 15 st. | 

| 9. Peckover, S. | Health & Social Care in the Community | 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 | Undersöka i vilken utsträckning kvinnor som upplever våld i hemmet berättar eller doljer det vid möten med sjukvård. | Kvalitativ metod. Semistructurerade intervjuer. | Resultatet i studien visar att samtliga kvinnor inte ville berätta om våldet i deras liv, de kvinnor som slutligen berättade gjorde det först när våldet hade blivit så allvarligt att det inte fanns något annat alternativ. | 
| 2003 Storbritannien | Deltagare: 16 st. | 

| 2008 USA | Deltagare: 67 st. | 

<table>
<thead>
<tr>
<th></th>
<th></th>
<th></th>
<th></th>
<th></th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>Meningsbärande enhet</td>
<td>Kod</td>
<td>Underkategori</td>
<td>Kategori</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>-----------------------------------------------------------------------------------</td>
<td>----------------------------------------------------------------------</td>
<td>------------------------------------------------------------------------------</td>
<td>--------------------------------------------------------------------------</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>Her provider never asked her why she felt depressed or screened her for intimate partner violence.</td>
<td>Fick aldrig frågan om hon drabbats av våld i nära relation.</td>
<td>Problematiken blir inte uppmärksammd.</td>
<td>Att erfara brister i vården.</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>She didn’t really seem to be able to tell me about what to do, you know where to go, and who to ask for help.</td>
<td>Personalen saknade kunskap för att ge rådgivning samt information om vårdmöjligheter.</td>
<td>Upplever kunskapsbrist hos vårdpersonal.</td>
<td>Att erfara brister i vården.</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>You would need more time to sit and open up about it, and you don't feel you can do that.</td>
<td>Behöver mer tid för att kunna berätta.</td>
<td>Finns inte tillräckligt med tid.</td>
<td>Att erfara brister i vården.</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>The lack of privacy in emergency department caused problems for women, who reported being asked about the cause of their injuries on front of their partners or others who accomanied them to the hospital.</td>
<td>Vill inte berätta framför sin man eller i väntrum.</td>
<td>Vårdpersonal tar ej hänsyn till integritet.</td>
<td>Att erfara brister i vården.</td>
<td></td>
</tr>
</tbody>
</table>

<table>
<thead>
<tr>
<th>Meningsbärande enhet</th>
<th>Kod</th>
<th>Underkategori</th>
<th>Kategori</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>Fear of talking about the abuse and being “found out” pervaded the women’s health-care experiences.</td>
<td>Är rädda för att vårdpersonal ska få veta.</td>
<td>Rädsla för att berätta.</td>
<td>Att känna rädsla.</td>
</tr>
<tr>
<td>... I didn’t say anything in the beginning because I thought they would get the social services involved and I would lose the kids.</td>
<td>Berättar inte på grund av risken för att förlora barnen.</td>
<td>Vill skydda familjen.</td>
<td>Att känna rädsla.</td>
</tr>
</tbody>
</table>

<table>
<thead>
<tr>
<th>Meningsbärande enhet</th>
<th>Kod</th>
<th>Underkategori</th>
<th>Kategori</th>
</tr>
</thead>
</table>
Often you really have to stamp your foot to get a little help or you have to be lying dead in the emergency.

<table>
<thead>
<tr>
<th>Meningsbärande enhet</th>
<th>Kod</th>
<th>Underkategori</th>
<th>Kategori</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>“If you ask me, I will tell you”:Wanting to Be Asked Despite the Fear</td>
<td>Berättar om de får frågan, trots rädsla för att berätta.</td>
<td>Frågan öppnar upp till samtal.</td>
<td>Att inte känna sig omhändertag en</td>
</tr>
<tr>
<td>The women felt that the health-care professionals were uncaring, lacked empathy, patience, and had an unfriendly attitude.</td>
<td>Kände att vårdpersonalen inte brydde sig, och saknade empati.</td>
<td>Avsaknad av empati och förståelse.</td>
<td>Att inte känna sig omhändertag en</td>
</tr>
<tr>
<td>Lack of continuity of care at larger practies was perceived as an obstacle to establishing a trusting relationship.</td>
<td>Svårt att skapa en trovärdig relation på grund av brist på kontinuitet.</td>
<td>Hinder begränsar den världande relationen.</td>
<td>Att inte känna sig omhändertag en</td>
</tr>
<tr>
<td>When I slept at the hospital with my daughter, no one came and spoke to me. I wanted someone who could listen and give me support.</td>
<td>Saknad av stöd och någon som lyssnar.</td>
<td>Önskar att få stöd och någon som lyssnar.</td>
<td>Att inte känna sig omhändertag en</td>
</tr>
</tbody>
</table>