



SAHLGRENSKA AKADEMIN
INSTITUTIONEN FÖR VÅRDVETENSKAP OCH HÄLSA

VAD HINDRAR SJUKSKÖTERS KOR?

En litteraturstudie över hinder som påverkar sjuksköterskors omvårdnad av kvinnor utsatta för våld i parrelationer.

Författare

Nathalie Norgren
Matilda Sunesson

Uppsats/Examensarbete:	15 hp
Program och/eller kurs:	Sjuksköterskeprogrammet, Examensarbete i omvårdnad OM5250
Nivå:	Grundnivå
Termin/år:	Ht 2015
Handledare:	Zahra Ebrahimi
Examinator:	Anna Dencker

Titel (svensk):	Vad hindrar sjuksköterskor? En litteraturstudie över hinder som påverkar sjuksköterskors omvårdnad av kvinnor utsatta för våld i parrelationer.
Titel (engelsk)	What stops nurses? A literature study of barriers affecting nurses' care for women who are victims of intimate partner violence.
Examensarbete:	15 hp
Program och kurs:	Sjuksköterskeprogrammet, Examensarbete i omvårdnad OM5250
Nivå:	Grundnivå
Termin/år:	Ht 2015
Författare	Nathalie Norgren & Matilda Sunesson
Handledare:	Zahra Ebrahimi
Examinator:	Anna Dencker

Sammanfattning:

Bakgrund: Våld mot kvinnor i parrelationer sker i alla delar av samhället och är ett globalt folkhälsoproblem. Våldet kvinnor utsätts för i en parrelation innefattar psykisk, fysisk och sexuell misshandel. Ansvaret för att identifiera och hjälpa kvinnor utsatta för våld i parrelationer ligger på hälso- och sjukvårdspersonal. Därför bör sjuksköterskor ha kunskap om symtom och tecken som uppkommer av våld i parrelationer. Sjuksköterskor bör ha god kunskap om hur de ska bemöta kvinnor utsatta för våld i parrelationer, för att tillgodose kvinnornas behov av stöd, tröst och trygghet, för att lindra deras lidande. För att kunna hjälpa kvinnor utsatta för våld i parrelationer måste hinder som påverkar sjuksköterskors omvårdnadsarbete identifieras. **Syfte:** Att undersöka hinder som påverkar grundutbildade sjuksköterskors omvårdnadsarbete vid identifiering och omhändertagande av kvinnor utsatta för våld i parrelationer. **Metod:** Modell för uppsatsen var en litteraturstudie. Sökmotorer var databaserna Cinahl, PubMed och Scopus. Totalt analyserades sex kvalitativa och tre kvantitativa artiklar. **Resultat:** Resultatet presenteras utifrån tre huvudkategorier och tretton subkategorier: (1) Bristande kunskap och utbildning med subkategorier: Att ställa frågan, behov av utbildning och bristande kunskap om sjuksköterskors ansvar. (2) Sjuksköterskors attityder med subkategorier: obekvämt att fråga om våld, privat angelägenhet, sjuksköterskors föreställningar om kvinnor utsatta för våld i parrelationer, påverkan på professionell roll och privatliv. (3) Organisatoriska hinder med subkategorier: avsaknad av rutiner för screening, arbetsmiljö och tid, brist på enskildhet, oro för säkerhet, screening tillhör annan enhet samt språkbarriärer. Resultatet visar att sjuksköterskor har bristande kunskap gällande våld i parrelationer. Attityder hos sjuksköterskor är ett hinder för identifiering av kvinnor utsatta för våld i parrelationer. Organisatoriska hinder i form av avsaknad av rutiner påverkar sjuksköterskors omhändertagande av kvinnor utsatta för våld i parrelationer. **Slutsats:** Sjuksköterskors identifiering och omhändertagande av kvinnor utsatta för våld i parrelationer påverkas av attityder, brist på utbildning och rutiner.

Nyckelord: Våld i parrelationer, Sjuksköterskor, Omvårdnadshinder, Kvinnor, Litteraturstudie

Innehållsförteckning

Inledning.....	1
Bakgrund	2
Våld i nära relation	2
Förekomst av våld	2
Screening	3
Konsekvenser av våld i parrelationer	3
Ett folkhälsoproblem.....	3
Kostnader på samhälls- och familjenivå	4
Fysisk hälsa	4
Psykosocialhälsa	5
Hälso- och sjukvårdens ansvar	5
Sjuksköterskors ansvar.....	6
Tidigare studier om bemötande och hinder som kan påverka omvårdnadsarbetet.....	6
Bemötande	6
Faktorer som kan påverka omvårdnadsarbetet	7
Teoretisk referensram	7
Lindra lidande	7
Trygghet.....	8
Tröst	8
Problemformulering.....	8
Syfte	10
Metod	10
Litteratursökning	10
Sökord och avgränsningar.....	10
Urval	10
Analys.....	11
Etiskt övervägande.....	11
Resultat.....	12
Bristande kunskap och utbildning	12
Att ställa frågan.....	12
Behov av utbildning.....	13
Bristande kunskap om sjuksköterskors ansvar	13
Sjuksköterskors attityder	14

Obekvämt att fråga om våld.....	14
Privat angelägenhet.....	14
Sjuksköterskors föreställningar om kvinnor utsatta för våld i parrelationer.....	14
Påverkan på professionell roll och privatliv	16
Organisatoriska hinder.....	16
Avsaknad av rutiner för screening	16
Arbetsmiljö och tid	17
Brist på enskildhet.....	17
Oro för säkerhet	18
Screening tillhör annan enhet.....	18
Språkbarriärer	18
Diskussion	19
Metoddiskussion.....	19
Resultatdiskussion	21
Bristande kunskap och utbildning.....	21
Sjuksköterskors attityder.....	22
Organisatoriska hinder	22
Slutsatser	24
Klinisk tillämpning och fortsatt forskning.....	24
Referenslista	26
Bilaga 1	i
Bilaga 2	iv
Bilaga 3	vi

Inledning

Våld i parrelationer är ett globalt folkhälsoproblem som kan drabba kvinnor i alla åldrar oavsett socioekonomisk status eller etnicitet. Trots att det är vanligt att kvinnor är utsatta för våld i parrelationer och ofta tvingas uppsöka hälso- och sjukvård, förblir de flesta fall förbi oupptäckta. Sjuksköterskor har god möjlighet att identifiera kvinnor utsatta för våld i parrelationer eftersom sjuksköterskor är en av de första hälso- och sjukvårdsprofessioner som träffar kvinnor utsatta för våld i parrelationer. För att inte riskera att missa kvinnor utsatta för våld i parrelationer och dessutom ha beredskap att möta och omhänderta dem, är det viktigt och bör ligga i sjuksköterskors och vårdorganisationers intresse att sjuksköterskor får utbildning om våld i parrelationer. Eftersom kvinnor utsatta för våld i parrelationer uppsöker hälso- och sjukvårdens alla skikt är det ett viktigt område att uppmärksamma under sjuksköterskeutbildningen. Syftet med studien är att undersöka hinder som påverkar sjuksköterskors identifiering och omhändertagande av kvinnor utsatta för våld i parrelationer. Området är relevant eftersom kvinnor utsatta för våld i parrelationer ofta befinner sig i en komplex situation och är i behov av stöd, trygghet och tröst när de söker vård.

Bakgrund

Våld i nära relation

Definitionen av nära relation är inte självklar eftersom det är ett vitt begrepp som kan ha flera olika betydelser (Brå, 2014). Nära relation kan innebära en kärleksrelation mellan två personer eller en relation till sin pappa, bror eller annan släkting. I den här studien läggs fokus på parrelation mellan man och kvinna och definieras enligt Brottsförebyggande rådet (2014), att man har eller har haft ett parförhållande med pojkvän, flickvän, make, eller hustru oavsett om man bor tillsammans eller inte.

Våld i parrelationer kan bestå av psykiskt, fysiskt och sexuellt våld, samt hot om våld (Brå, 2014). Enligt Brå (2014) innebär våld i nära relationer systematiska kränkningar och förödmjukelser, trakasserier, hot, försök att inskränka friheten, misshandel respektive grov misshandel samt sexualbrott respektive grovt sexualbrott. Misshandel kan innebära att en nuvarande eller tidigare partner på ett våldsamt sätt håller hårt i, kastar något hårt, ger en örfil eller knuffar den mottagande partnern (Brå, 2014). Grov misshandel innebär att en den mottagande partnern har blivit slagen med knytnäve, sparkats på eller blivit utsatt med ett föremål (Brå, 2014). Definitionen av sexualbrott är enligt Brå (2014) att man blivit utsatt för en sexuell handling mot sin vilja. Grovt sexualbrott innebär att den utsatta personen har blivit tvingad till någon form av sexuell handling genom hot, fasthållande eller utnyttjande av att den utsatta personen är berusad eller liknande (Brå, 2014).

I engelskan används "*intimate partner violence*" (IPV) och "*battered women*" som synonymer till våld i nära relation. Intimate partner violence definieras som våld i form av fysiska, psykiska, sexuella, emotionella och hot om fysiskt eller sexuellt våld från en nuvarande eller tidigare partner (Godfrey, 2007). Enligt Natan & Rais (2010) är definitionen av "*battered women*" någon som har utsatts för misshandel, upprepat våld eller att ens partner på något annat sätt har behandlat en illa. "*Domestic abuse*" och "*domestic violence*" har samma betydelse (gov.uk, 2015) och används i den här litteraturstudien som synonymer till intimate partner violence och battered woman.

Förekomst av våld

Våld i parrelationer kan drabba alla kvinnor oavsett ålder, socioekonomisk status, etnicitet, utbildning eller sexuell orientering (Godfrey, 2007). Studier på Nya Zeeland visar att 18 till 25 procent av kvinnliga patienter på akutmottagningar är utsatta för våld i parrelationer, trots att det är vanligt förekommande upptäcks endast cirka 5 procent av kvinnor utsatta för våld i parrelationer (Robinson, 2010). Enligt Godfrey (2007) är våld i parrelationer ett vanligare fenomen bland kvinnor än bröstcancer. IPV är enligt Godfrey (2007) en stor bidragande orsak till skador och dödsfall hos kvinnor, där 54 procent av kvinnor någon gång under sin livstid utsätts för våld av sin partner. Enligt Hewitt, Bhavsar & Phelan (2011) upplever kvinnor färre brott av fysisk misshandel än män, men kvinnor är fem till åtta gånger mer benägna att bli utsatta för grovt våld som kan leda till dödsfall. Den exakta omfattningen av våld i parrelationer är okänd eftersom de flesta incidenter sker i hemmet bakom stängda dörrar (Natan & Rais, 2010). Holmberg (2005) menar att människors ställning i samhället påverkas av genus. Könsmaktsordningen som betecknar hierarkin i ett samhälle visar hur grupper av män har olika mycket makt över kvinnor (Holmberg, 2005). Redan i tidig ålder formas genusnormer, där våldsutövandet mot kvinnor ofta grundar sig i mansnormer som svartsjuka och kontrollbehov (Brå, 2014). Kvinnors status i samhället har en stark koppling till kvinnors

brist på inflytande och makt inom offentlig och privat sfär (Holmberg, 2005). Kvinnors lägre status i samhället synliggörs genom att kvinnors erfarenheter och arbete ofta är obetalt och värderas lägre (Holmberg, 2005). Kvinnor tar ofta större ansvar i hemmet än män och utför därmed obetalt arbete (NE, 2015). Vissa genusnormer och sociala förväntningar på hur kvinnor och män ska uppföra sig samt vilka rättigheter och skyldigheter de olika könen har, har visat sig vara förknippade med risk för utsatthet för våld i parrelationer (Pulerwitz, Hughes, Mehta, Kidanu, Verani & Tewolde, 2015) I det patriarkala samhället skapas stereotyper för män och kvinnor, vilket kan benämnas genusbias och innebär att man ofta har omedvetna föreställningar om hur män och kvinnor ska bete sig (Määttä & Öresland, 2009). Patriarkatet har varit utbrett i boskapsköttande och jordbrukande kulturer över hela världen och är fortfarande dominerande i stora delar av Europa, Mellanöstern Syd- och Östasien, Latinamerika samt Afrika (NE, 2015). Enligt Regeringskansliet (2006) är patriarkala strukturer och föreställningar om kvinnors underordning och mäns överordning, en orsak till mäns våld mot kvinnor. I Sverige tenderar kvinnor med endast förgymnasial utbildning att i högre utsträckning bli utsatta för våld i parrelationer än kvinnor med eftergymnasial utbildning (Brå, 2014). Kvinnor med högre utbildning är ofta generellt äldre än kvinnor med förgymnasial utbildning, vilket samstämmer med att den grupp som är mest utsatt för våld i parrelationer tillhör åldersgruppen 20-24 år (Brå, 2014). Enligt Brå (2014) har även kvinnor som är utsatta för våld i parrelationer sämre ekonomiska förutsättningar än kvinnor som inte är utsatta för våld i parrelationer. I Sverige var ensamstående kvinnor med barn under 2012 den grupp som var mest utsatta för våld i parrelationer, följt av ensamstående kvinnor utan barn (Brå, 2014).

Screening

Enligt studien *”Tack för att ni frågar - Screening om våld mot kvinnor”* är syftet med screening för våld mot kvinnor, att identifiera och stödja kvinnor som är eller har varit utsatta för våld, kränkningar och hot i en parrelation samt erbjuda dem stöd och hjälp (Socialstyrelsen, 2002). Screening för kvinnor utsatta för våld i parrelationer handlar också om att hälso- och sjukvården ska kunna erbjuda adekvat omvårdnad och ett gott bemötande (Socialstyrelsen, 2002). Ett annat viktigt syfte med screening är att tillsammans med utbildning höja sjukvårdens medvetenhet om utbredningen av kvinnors våldsutsatthet och därmed öka hälso- och sjukvårdspersonalens beredskap, så att de kan känna igen tecken på utsatthet och kunna tala om våld i parrelationer (Socialstyrelsen, 2002). När hälso- och sjukvårdspersonal genom screening tar upp frågor om våld mot kvinnor fastställs att det är ett existerande problem som inte är acceptabelt (Socialstyrelsen, 2002). Screening kan underlätta för hälso- och sjukvårdspersonal att ta upp det känsliga ämnet samt göra det lättare för kvinnor utsatta för våld i parrelationer att söka hjälp (Socialstyrelsen, 2002). Enligt Socialstyrelsen (2002) har screening i Sverige endast gjorts i en begränsad utsträckning.

Konsekvenser av våld i parrelationer

Ett folkhälsoproblem

Förutom att vara ett brott mot mänskliga rättigheter är våld mot kvinnor i en parrelation ett allvarligt hot mot folkhälsan som borde uppmärksammas i den nationella och globala hälsopolitiken (Ellsberg, Jansen, Heise, Watts & Garcia-Moreno, 2008). Enligt en kartläggning som genomfördes år 2014 av Brottsförebyggande rådet (Brå), rapporterar 6,8 procent av Sveriges befolkning att de blivit utsatta för våld i parrelationer. Kartläggningen visade att våld i parrelationer var jämnt fördelad mellan kvinnor och män i Sverige men att

kvinnor var utsatta för ett grövre våld och därför var i ett större behov av stöd och hjälpinsatser (Brå, 2014). Av de kvinnor som blivit utsatta för grov misshandel under år 2012 uppgav 29,1 procent att de hade behövt uppsöka sjuksköterska, läkare eller tandläkare (Brå, 2014). Forskning om våld i nära relation visar att våld i parrelationer har en enorm effekt på både utsatta och överlevande, både vad gäller fysiska och psykiska hälsoproblem, samt ökade sjukvårdskostnader (Hamberger & Phelan, 2006). Därför är det viktigt att utveckla effektiva systematiska system för screening och identifiering av kvinnor utsatta för våld i parrelationer (Hamberger & Phelan, 2006). Oberoende om traumat är fysiskt, psykiskt, emotionellt eller sexuellt kan hälso- och sjukvården för kvinnor förbättras genom att våld i parrelationer accepteras som ett allvarligt folkhälsoproblem som kan förebyggas (Hewitt, Bhavsar & Phelan, 2011).

Kostnader på samhälls- och familjenivå

Studier utförda utanför Sverige, visar att våld mot kvinnor i en parrelation skapar stora kostnader för hälso- och sjukvården men även för socialtjänsten (Socialstyrelsen, 2006). I Kanada beräknades kostnader för våld mot kvinnor i en parrelation till 4,2 miljarder dollar per år (Socialstyrelsen, 2006). I Schweiz uppgavs direkta kostnader för våld mot kvinnor i en parrelation till cirka 400 miljoner schweizerfranc per år (Socialstyrelsen, 2006). I Finland beräknades de samlade kostnaderna för våld i mot kvinnor parrelation till mellan 604 till 898 miljoner finska mark årligen (Socialstyrelsen, 2006). Kostnader för hälso- och sjukvård i USA varierade mellan 1,7 till 10 miljarder dollar per år för kvinnor utsatta för våld i parrelationer (Socialstyrelsen, 2006). I England och Wales uppgavs samlade kostnader för våld mot kvinnor i en parrelation till 22,87 miljarder pund per år, där cirka 17 miljarder var kostnader för smärta och lidande (Socialstyrelsen, 2006). Våld mot kvinnor i en parrelation ska enligt Socialstyrelsen (2006) ses som ett gemensamt samhällsproblem som berör ett stort antal sektorer i samhället. Enligt Socialstyrelsen (2006) är det svårt att separera kostnader som hör samman med våld mot kvinnor i en parrelation från andra närbelägna problem. Socialstyrelsen (2006) har grundat sina ekonomiska uträkningar på tillgänglig data samt ibland brist på data, från Brå och SCB, gällande antalet kvinnor som blir utsatta för våld i parrelationer. Därför är deras analys en försiktig uppskattning av de samhällsekonomiska kostnaderna för våld mot kvinnor i en parrelation. Socialstyrelsen (2006) beräknade att den totala kostnaden för det svenska samhället för mäns våldutövande mot kvinnor i en parrelation var 3,3 miljarder kronor per år. Rättsväsendet bär våldets direkta kostnader vilket Socialstyrelsen uppskattade till strax över en miljard kronor per år (Socialstyrelsen, 2006). Kostnader för hälso- och sjukvården ligger mellan 21 till 38 miljoner kronor per år. För socialtjänsten beräknas kostnaderna uppgå till 706-1 149 miljoner kronor per år samt kvinno- och brottsofferjourer 73-79 miljoner kronor per år. De indirekta kostnaderna tillsammans med ideellt arbete som utförs av kvinno- och brottsofferjourer uppskattas ligga på drygt 700 miljoner kronor per år (Socialstyrelsen, 2006). Socialstyrelsen (2006) menar att våld mot kvinnor i en parrelation även genererar indirekta kostnader till följd av nedsatt produktivitet både i form av minskad arbetsförmåga och av sjukfrånvaro för kvinnor utsatta för våld i parrelationer. Det blir även ett stort produktionsbortfall när förövaren avtjänar sitt straff i fängelse (Socialstyrelsen, 2006). Eftersom effekten på barn som upplevt våld inom familjen kan komma att visa sig långt senare i livet, är det svårt att få en klar bild av våldets effekter på kort och lång sikt för enskilda personer (Socialstyrelsen, 2006).

Fysisk hälsa

Kvinnor utsatta för våld i nära relationer vänder sig till hälso- och sjukvården oftare än kvinnor som inte varit utsatta för, även en lång tid efter att övergreppen upphört (Godfrey,

2007). Av de kvinnor i Sverige som återkommande utsatts för fysiskt våld i en parrelation uppgav 38 procent att de inte hade fått den hjälp och det stöd de var i behov av (Brå, 2014). Kvinnor som blir utsatta för våld i parrelationer har fler fysiska symtom och sämre hälsa än kvinnor som inte blivit utsatta för våld i parrelationer (Ellsberg et al., 2008). Grövre våld leder till kroppsskador som vanligtvis består av frakturer, tandskador, hjärnskakning och blåmärken som ofta är placerade där de går att dölja (NCK, 2014). Kvinnor utsatta för våld i parrelationer kommer även till hälso- och sjukvården med skador på öron och ögon (Ellsberg, 2008). Ellsberg et al. (2008) sammanfattning av WHO:s undersökning gällande kvinnors hälsa och våld mot kvinnor i en parrelation, visar att mellan 19 (Etiopien) och 55 procent (Peru) av de kvinnor som någon gång blivit utsatta för fysiskt våld i parrelationer, rapporterat skador till följd av våld (Ellsberg et al., 2008). Enligt Ellsberg et al. (2008) visar kliniska studier att fysiskt och sexuellt våld som begåtts av en partner kan leda till ett flertal negativa hälsokonsekvenser för kvinnor utsatta för våld i parrelationer. Hälsokonsekvenser kan exempelvis vara gynekologiska skador samt negativ påverkan vid graviditet till exempel missfall (Ellsberg et al., 2008). En annan konsekvens för kvinnor utsatta för våld i parrelationers hälsa är sexuellt överförbara sjukdomar (Godfrey, 2007). Långvariga konsekvenser kan till exempel vara irritabel tarmsjukdom, gastrointestinala störningar och kronisk värk (Ellsberg et al., 2008). Mag- och tarmproblem är dubbelt så vanligt hos kvinnor utsatta för våld i parrelationer än hos kvinnor som inte är utsatta för våld i parrelationer (NCK, 2014). Även kroniska smärtor kan uppkomma till följd av våldet så som underlivsbesvär, bäckensmärtor, samlagssmärtor och smärtor i muskler (NCK, 2014).

Psykosocialhälsa

Ofta börjar våld mot kvinnor i en parrelation med psykiskt våld som kan yttra sig i nedsättande och kritiska kommentarer, vilket kan leda till att kvinnor slutar tro på sig själva (Kvinnofridslinjen, 2015). Fysiskt och sexuellt våld är relaterat till olika psykiska problem som till exempel depression, ångest, fobi, posttraumatiskt stressyndrom, suicidalitet, droger och alkoholproblem (Ellsberg et al., 2008). Ytterligare konsekvenser av fysiskt våld för kvinnor i en parrelation är svårigheter att känna tillit, minnesstörningar och förvirring (Kvinnofridslinjen, 2015). Det är vanligt att kvinnor som utsätts för våld i parrelationer reagerar känslomässigt och fysiskt (Kvinnofridslinjen, 2015). Kvinnor utsatta för våld i parrelationer kan känna ilska, sorg, skam, maktlöshet, överväldigad samt tro att de är orsaken till våldutsattheten (Kvinnofridslinjen, 2015). Reaktionen kan antingen komma direkt eller ett tag efter incidenten, ibland flera år senare (Kvinnofridslinjen, 2015). När män ogillar eller förbjuder våldutsatta kvinnor i en parrelation att träffa vänner och släktingar, kan de tappa sina sociala kontakter och upphöra att göra saker på egen hand, vilket leder till att kvinnor utsatta för våld i parrelationer blir isolerade (Kvinnofridslinjen, 2015).

Hälso- och sjukvårdens ansvar

Ett mål för hälso- och sjukvården är att ge god vård och en god hälsa på lika villkor för hela befolkningen (Socialstyrelsen, 2014). En god vård enligt Hälso- och sjukvårdslagen (1982:763) innebär bland annat att tillgodose patientens behov av trygghet i vården, främja goda kontakter mellan patient och hälso- och sjukvårdspersonal. Enligt Patientlagen (1 kap. 7§) ska hälso- och sjukvården se till att patienten får omsorgsfull och sakkunnig vård av god kvalitet som överensstämmer med beprövad erfarenhet och vetenskap (Socialstyrelsen, 2014). En av hälso- och sjukvårdspersonalens viktiga roller är att uppmärksamma våld och erbjuda våldutsatta patienter omvårdnad och vård eller hänvisa till andra aktörer, där de kan få stöd och hjälpinsatser (Socialstyrelsen, 2014). Samverkan mellan vårdinstanser ska ske utifrån den

våldsutsatta patientens behov av trygghet och säkerhet (Socialstyrelsen, 2014). Ansvaret för att utarbeta rutiner för hur och när frågor om våld ska ställas, ligger hos vårdgivaren (Socialstyrelsen, 2014). Det är verksamhetens ansvar att se till att det finns rutiner för hur personalen ska agera när de upptäckt att en patient blivit utsatt för våld (Socialstyrelsen, 2014). Det är även vårdgivarens yttersta ansvar att se till att vårdpersonal följer de rutiner som finns gällande våld (Socialstyrelsen, 2014).

Enligt Socialstyrelsen (2014) kan tecken och symtom på våld vara både tydliga och diffusa. Därför är det av stor vikt att hälso- och sjukvårdspersonal har kunskap och förmåga att se symtom och tecken på samt konsekvenser av utsatthet för våld i parrelationer (Socialstyrelsen, 2014). Eftersom våldsoffer kan söka vård var som helst, både på vårdcentraler, akutmottagningar och specialiserade kliniker, är det viktigt att vårdpersonal erbjuds utbildning (NCK, 2015). Enligt NCK (2015) ska vårdgivaren se till att hälso- och sjukvårdspersonalen vid misstanke om våldsutsatthet fråga patienten i enrum om orsaken till tecken och symtom. Med vårdgivare menas landsting, statlig myndighet och kommun (Socialstyrelsen, 2014). När patientens berättelse om hur skador uppkommit inte stämmer överens med tecken och symtom finns anledning för hälso- och sjukvårdspersonal att misstänka våld (Socialstyrelsen, 2014). Vårdgivaren ska då tillse att personalen tar reda på om det finns barn inblandade (NCK, 2015). Finns barn i familjen är hälso- och sjukvårdspersonal skyldiga att göra en anmälan till socialtjänsten (NCK, 2015). För våld i nära relation mellan vuxna och som sker inom hemmets väggar finns ingen juridisk anmälningsskyldighet för sjukvårdspersonal (Benzein, Hagberg & Saveman, 2014). Enligt offentlighets- och sekretesslagen (2009:400) ska alla patienter kunna tala fritt med hälso- och sjukvårdspersonal om sina personliga förhållanden och sitt hälsotillstånd och samtidigt känna sig säkra på att allt som sägs stannar hos personen de talat med (NCK, 2015). Dock kan sekretessen brytas då misstanke finns om att patienten utsatts för ett grövre brott såsom våldtäkt eller grov misshandel som har ett minimistraff på minst ett år (NCK, 2015). Sjukvårdspersonal har då en möjlighet, men ingen skyldighet, att göra en polisanmälan även då patienten inte ger sitt medgivande (NCK, 2015).

Sjuksköterskors ansvar

Enligt International Council of Nurses (ICN) etiska kod för sjuksköterskor har sjuksköterskor fyra grundläggande ansvarsområden, vilka är: att främja hälsa, förebygga sjukdom, återställa hälsa och lindra lidande (Svensk Sjuksköterskeförening, 2014). Sjuksköterskor bör ha respekt för mänskliga rättigheter, rätten till liv och egna val, till värdighet och att bemöta patienten med respekt (Svensk Sjuksköterskeförening, 2014). Vidare ålägger ICN:s etiska kod för sjuksköterskor samhället och sjuksköterskor ett moraliskt ansvar för att främja och initiera insatser som tillfredställer allmänhetens och framförallt sårbara befolkningsgruppers hälsa samt sociala behov (Svensk Sjuksköterskeförening, 2014). Sjuksköterskor ska ingripa på lämpligt sätt för att skydda individer, familjer och allmänheten, när deras hälsa riskerar att hotas av medarbetare eller andra personers handlande (Svensk Sjuksköterskeförening, 2014). Det ligger på sjuksköterskors personliga ansvar hur de utövar yrket samt att upprätthålla yrkeskompetensen genom kontinuerligt lärande (Svensk Sjuksköterskeförening, 2014).

Tidigare studier om bemötande och hinder som kan påverka omvårdnadsarbetet

Bemötande

Som sjuksköterska är det viktigt att skapa ett förtroende genom ett gott och sympatiskt bemötande (Broberg, 2009). Ett gott bemötande yttrar sig i att sjuksköterskan är vänlig,

uppmärksam, inkännande, ger tid till frågor och tar sig tid att aktivt lyssna på patienten (Broberg, 2009). Enligt Benzein et al. (2014) är det viktigt att bedöma vilka risker som finns med att identifiera, fråga och erbjuda hjälp, om våld förekommer i hemmet mot den nytta det kan ha för familjen. Det är av stor vikt att sjuksköterskor har mod att våga fråga, se och därefter bjuda in till samtal (Benzein et al, 2014). Att dela någons perspektiv är särskilt viktigt när det handlar om stigmatiserande sjukdomar och lidande som kan vara svåra att tala om (Baggens & Sandén, 2014). Enligt Kompetenscentrum om våld i nära relationer (2007) är det viktigt att hälso- och sjukvårdspersonal är medvetna och har kunskap om egna attityder, för att kunna ge ett bra bemötande i kontakten med kvinnor som blivit utsatta för sådant våld.

Hälso- och sjukvårdspersonal känner ofta sympati för personer som är utsatta för våld i parrelationer och bekräftar att det är ett stort hälsoproblem (Hamberger & Phelan, 2006). Vidare tycker en del sjuksköterskor i studien av Hamberger & Phelan, (2006) att de har mycket att erbjuda kvinnor utsatta för våld i parrelationer och att de måste engagera sig i att identifiera och hjälpa dem som en del av sitt omvårdnadsarbete. Trots att det finns potential för hälso- och sjukvårdspersonal att upptäcka och förebygga våld i parrelationer, finns lite evidens för att det förekommer systematiskt eller i större skalor (Hamberger & Phelan, 2006). Många kvinnor utsatta för våld i parrelationer upptäcks inte av hälso- och sjukvårdspersonal, trots deras önskan om att bli tillfrågade och att få möjlighet att prata om sin situation (Natan & Rais, 2010). Kvinnor utsatta för våld i parrelationer har även en benägenhet att undvika att berätta för hälso- och sjukvårdspersonal att de blivit utsatta för våld i parrelationer men vid direkta frågor medger de ofta våldsutsattheten (Natan & Rais, 2010).

Faktorer som kan påverka omvårdnadsarbetet

Det finns flera faktorer som kan hindra sjuksköterskor från att fråga patienter om våld i parrelationer (Natan & Rais, 2010). En avgörande faktor för hur sjuksköterskor agerar i sitt omvårdnadsarbete i situationer som berör våld i parrelationer, är avdelningsrutiner för tillvägagångssätt vid omhändertagande (Natan & Rais, 2010). Hälso- och sjukvårdspersonal har konsekvent rapporterat brist på utbildning som ett stort hinder för identifiering och screening av patienter som är utsatta för våld i parrelationer (Hamberger & Phelan, 2006). Benzein et al. (2014) menar att sjukvårdspersonal inte anser att det är deras uppgift att ta reda på bakomliggande orsaker till fysiska skador. Sjuksköterskors förhållningssätt gällande våld i parrelationer har en betydande inverkan där olika studier visar följande attityder: obehag, frustration, kunskapsbrister, rädsla att förlora kontroll, förlägenhet, förnekande, skuld känslor, brist på medvetenhet om problemet. Även sjuksköterskors övertygelser om att frågor om våld i parrelationer är ett intrång i patientens privatliv och att våld i parrelationer är för komplext att behandla samt känslor av hjälplöshet och hopplöshet (Natan & Rais, 2010). Med sådana attityder kommer många kvinnor utsatta för våld i parrelationer att stå utan hjälp och det professionella nätverket brister i sitt ansvarstagande (Benzein et al, 2014).

Teoretisk referensram

Följande tre centrala begrepp i omvårdnad utgör den teoretiska referensramen för den här litteraturstudien.

Lindra lidande

Ett grundläggande omvårdnadsbegrepp är ”att lindra lidande” (Wiklund Gustin, 2014). En viktig del i sjuksköterskors omvårdnadsarbete är att möta den lidande människan (Wiklund Gustin, 2014). Lidande kan beskrivas utifrån två olika vinklar; ett inifrån- eller utifrånperspektiv (Wiklund Gustin, 2014). Ett lidande sett från ett inifrånperspektiv, handlar

om en individs personliga syn på sitt lidande (Wiklund Gustin, 2014). Utifrånperspektivet förklarar lidandet på en mer övergripande nivå och som något allmänmänskligt (Wiklund Gustin, 2014). För att sjuksköterskor ska kunna förbättra sin beredskap, visa respekt och vara lyhörda för patienters lidande, bör sjuksköterskor vara medvetna om dessa två perspektiv (Wiklund Gustin, 2014). Det finns olika typer av lidande såsom sjukdomslidande, vårdlidande och livslidande, därför är det viktigt att sjuksköterskor lär sig att känna igen och bemöta olika former av lidande (Wiklund Gustin, 2014). Sjukdomslidande är kopplat till sjukdom eller behandling av sjukdom och är något som sjuksköterskor ställs inför så gott som dagligen (Wiklund Gustin, 2014). Livslidande är förenat med en människas liv och kan både grunda sig i mönster som upprepas över tid samt vara relaterat till olika typer av trauma (Wiklund Gustin, 2014). Livslidandet kan yttra sig som kroppsliga eller själsliga symtom såsom smärta, ångest, depression samt svårigheter att lita på andra människor (Wiklund Gustin, 2014). Livslidande kan då sammanflätas med sjukdomslidande och riskerar då att övergå till ett vårdlidande, vilket är sjuksköterskors ansvar att förebygga och avlägsna (Wiklund Gustin, 2014). Vårdlidandet kan bero på brist på vård eller att patienten känner sig kränkt, försummad eller hjälplös i relation till hälso- och sjukvårdspersonalen (Wiklund Gustin, 2014). Vårdlidandet kan resultera i ett tyst lidande på grund av att patienten upplever otrygghet (Wiklund Gustin, 2014).

Trygghet

Sjuksköterskors förmåga att förmedla trygghet är en viktig uppgift i omvårdnadsarbetet för att bidra till situationsrelaterad trygghet och grundtrygghet (Santamäki Fischer & Dahlqvist, 2014). Situationsrelaterad trygghet påverkas av yttre faktorer och kan hotas när människor känner sig övergivna (Santamäki Fischer & Dahlqvist, 2014). Ett exempel på yttre faktorer utifrån en vårdkontext kan vara bristande vård (Santamäki Fischer & Dahlqvist, 2014). Grundtryggheten tillhör identiteten och utvecklas under barndomen, då barnet lär sig tillit, vilket är nära besläktat med trygghet (Santamäki Fischer & Dahlqvist, 2014).

Tröst

Tröst och trygghet samspelar på olika sätt och tröst är viktig för upplevelsen av trygghet, hälsa och välbefinnande (Santamäki Fischer & Dahlqvist 2014). När sjuksköterskor möter patienter i deras lidande, dödlighet och sårbarhet, blir tröst möjligt (Santamäki Fischer & Dahlqvist, 2014). Att ge tröst är endast möjligt i ett äkta möte (Santamäki Fischer & Dahlqvist 2014).. Känslan av trygghet lägger grunden för att ett äkta möte kan ske (Santamäki Fischer & Dahlqvist 2014). Sjuksköterskor kan förmedla tröst och trygghet genom direkta och indirekta handlingar (Santamäki Fischer & Dahlqvist, 2014). Sjuksköterskor kan skapa en trygg atmosfär där de är lyhörda för patienters uttryck av obehag och smärta, genom att lyssna aktivt på hur patienter mår, tala lugnande och vidröra patienter på ett varligt sätt (Santamäki Fischer & Dahlqvist, 2014). Att trösta innebär att vara i det svåra, vilket betyder att förhålla sig till problemet snarare än att lösa det (Santamäki Fischer & Dahlqvist, 2014).

Problemformulering

Våld mot kvinnor i parrelationer är ett stort globalt folkhälsoproblem som inte bara påverkar kvinnors hälsa, utan i förlängningen hela samhället på olika nivåer. Våld mot kvinnor i en parrelation tycks vara en konsekvens av ojämlikheten mellan män och kvinnor i samhället-, eftersom kvinnors underordning gentemot män i samhället, har visat sig vara associerad till ökad risk för våld mot kvinnor i en parrelation. Våld mot kvinnor i en parrelation är till viss del ett dolt problem, eftersom många fall aldrig uppdagas på grund av att våldsutövandet sker

bakom hemmets stängda dörrar. En annan orsak till att inte alla kvinnor utsatta för våld i parrelationer får den hjälp de är i behov av, är att det saknas rutiner för screening, attityder hos sjuksköterskor och brist på utbildning. Eftersom sjuksköterskor är en yrkesgrupp som har god möjlighet att hjälpa kvinnor utsatta för våld i parrelationer är det av stor vikt att belysa hinder som kan påverka deras omvårdnadsarbete. Sjuksköterskor behöver ha ett empatiskt bemötande för att kunna dela kvinnors perspektiv, vilket är viktigt då våld i parrelationer är ett lidande som kan vara svårt att tala om. Genom att uppmärksamma hinder för identifiering och omhändertagande av kvinnor utsatta för våld i parrelationer, kan mer kunskap ackumuleras och leda vidare till att hitta relevanta lösningar på ett stort folkhälsoproblem.

Syfte

Att undersöka hinder som påverkar grundutbildade sjuksköterskors omvårdnadsarbete vid identifiering och omhändertagande av kvinnor utsatta för våld i nära relationer.

Metod

En allmän litteraturöversikt valdes som metod för uppsatsen, eftersom det ansågs vara en bra modell för att skapa en bred överblick över kunskapsläget inom det valda problemområdet. Både kvantitativa och kvalitativa artiklar har använts och analyserats i uppsatsen, vilket ingår i en allmän litteraturöversikt (Friberg, 2012).

Litteratursökning

Litteratursökningen började med en kartläggning över sökord som var relevanta för syftet i PubMeds tesaurus, MeSH termer och Cinahls tesaurus Cinahl headings, för att hitta lämpliga sökord för varje databas. Ytterligare sökord identifierades via nyckelord från andra vetenskapliga artiklar. För att identifiera problemet gjordes en inledande artikelsökning för att se vad som fanns publicerat inom det valda ämnesområdet (Friberg, 2012). Sökningarna gjordes i databaserna Cinahl, PubMed och Scopus. Den huvudsakliga sökningen började i databasen Cinahl som var relevant då den är en omvårdnadsdatabas (Friberg, 2012). Sökningen breddades sedan genom att använda databasen Pubmed som är en stor biomedicinsk databas (Pubmed, 2015), och var därför en relevant sökmotor. Även Scopus som är den största databasen av expertgranskad litteratur vad gäller vetenskapliga tidskrifter och böcker (Scopus, 2015), var en bra källa till artiklar.

Sökord och avgränsningar

Sökningen inleddes med sökorden *nursing care* och *domestic violence*. Flera kombinationer med eller utan dessa sökord användes sedan i olika konstellationer med *intimate partner violence*, *nurse*, *registered nurse*, *barriers*, *health care professional*, *response*, *caring*, och *registered nurse*. På Cinahl användes avgränsningarna *peer reviewed*, *research article* och att artiklarna senast skulle vara publicerade 2005, för att få fram aktuell forskning inom området. I Scopus avgränsades sökningen genom *article title*, *abstract*, *keywords*, *2005-2015*. I databasen PubMed avgränsades sökningen genom *10 years* och *humans*. Sökord kombinerades genom att använda boolesk söklogik för att ange samband mellan sökorden (Friberg, 2012). För att kombinera sökord i Cinahl, Scopus och PubMed användes *AND*.

Urval

Urvalet påbörjades genom att läsa titlarna på de artiklar som framkom i sökträffarna. Titlar som tycktes svara på syftet valdes ut. Därefter lästes de valda artiklarnas sammanfattningar (eng. abstract) för att få en överblick över studiernas innehåll (Friberg, 2012). De artiklar som sedan ansågs relevanta lästes i sin helhet och de som antogs kunna svara på syftet valdes ut. För att hitta artiklar som passade studiens syfte gjordes en avgränsning genom att ha inklusions- och exklusionskriterier (Friberg, 2012). Inklusionskriterier för valda artiklar var att de skulle vara vetenskapliga originalartiklar med fokus på sjuksköterskor, inriktat på kvinnor som utsatts för våld i parrelationer samt hinder i sjuksköterskors identifiering och omhändertagande av kvinnor utsatta för våld i parrelationer. Exklusionskriterier var vetenskapliga artiklar som var specifikt inriktade på åtgärder och där medverkande i studierna

beskrevs som generell hälso- och sjukvårdspersonal och specialistutbildade sjuksköterskor samt bedömdes vara av låg kvalitet. I nästa steg kvalitetsgranskades de valda artiklarna med hjälp av protokoll för kvalitetsbedömning av kvantitativa respektive kvalitativa artiklar enligt Willman, Stoltz & Bahtsevani (2006) (se bilaga 2). Vetenskapliga artiklar från hela världen togs med i uppsatsen för att styrka och lyfta fram att våld mot kvinnor i en parrelation är ett globalt folkhälsoproblem. Totalt granskades 12 artiklar varav nio valdes ut som bedömdes vara av hög eller medelkvalitet och svarade mot uppsatsens syfte. De tre artiklar som exkluderades efter kvalitetsgranskningen bedömdes inte svara mot uppsatsens syfte, eftersom studiernas deltagare tillhörde ovanstående exklusionskriterier.

Analys

Det första steget i innehållsanalysen var att läsa igenom artiklarna flera gånger. Sedan sammanfattades artiklarnas resultat i en tabell i syfte att jämföra likheter och skillnader (Friberg, 2012). Tabellen användes som stöd under analysarbetets gång. Författarna läste artiklarna och analyserade resultatet var för sig i syfte att finna meningsbärande nyckelkategorier som svarade mot uppsatsens syfte. Därefter sammanställdes resultatet av författarnas enskilda kategorisering genom diskussion och ett konsensusbeslut togs angående vilka kategorier som skulle vara med i uppsatsens slutgiltiga resultat. De delar i artiklarnas resultat som inte svarade mot syftet valdes bort samt resultat som var inriktat på åtgärder av omvårdnadshinder. Från början framkom 16 subkategorier men efter att materialet bearbetats sattes subkategorier samman, vilket slutligen resulterade i 13 subkategorier, vilka sorterades in under tre huvudkategorier.

Etiskt övervägande

Enligt Henricson (2012) ska etiska överväganden göras, från ämnesval till rapportering av resultatet under hela förloppet av ett vetenskapligt arbete. Syftet med forskningsetik är att skydda deltagarnas självbestämmanderätt och frihet. Personer som deltar i en studie ska ha skydda deltagarnas självbestämmanderätt och frihet (Henricson, 2012). Personer som deltar i en studie ska ha möjlighet att själva bestämma om de vill delta och hur länge (Henricson, 2012). Ett kriterium för datainsamlingen var att artiklarna förde ett etiskt resonemang. Fyra av studierna är godkända av en etisk kommitté, en är godkänd av en regional etikprövningsnämnd. Tre av studierna för ett etiskt resonemang där deltagarna garanteras anonymitet och i en av dessa har deltagarna gett sitt skriftliga godkännande. En artikel är publicerad i en vetenskaplig tidskrift som kräver att alla vetenskapliga artiklar som publiceras är godkända av en etisk kommitté.

Resultat

Syftet var att undersöka hinder som påverkar grundutbildade sjuksköterskors omvårdnadsarbete vid identifiering och omhändertagande av kvinnor utsatta för våld i parrelationer. Resultatet som presenteras är en sammanställning av de valda artiklarnas mest framträdande resultat. Resultatet från studiens analys presenteras utifrån tre huvudkategorier och 13 subkategorier. De tre huvudkategorierna är: Bristande kunskap och utbildning, Sjuksköterskors personliga attityder samt Organisatoriska hinder. Vilka subkategorier som hör till vilka huvudkategorier presenteras i Tabell 1.

TABELL 1: Översikt över huvudkategorier med tillhörande subkategorier för de hinder som identifierades i studien.

Bristande kunskap och utbildning	Sjuksköterskors personliga attityder	Organisatoriska hinder
<ul style="list-style-type: none">• Att ställa frågan• Behov av utbildning• Bristande kunskap om sjuksköterskors ansvar	<ul style="list-style-type: none">• Obekvämt att fråga om våld• Privat angelägenhet• Sjuksköterskors föreställningar om kvinnor utsatta för våld i parrelationer• Påverkan på professionell roll och privatliv	<ul style="list-style-type: none">• Avsaknad av rutiner för screening• Arbetsmiljö och tid• Brist på enskildhet• Oro för säkerhet• Screening tillhör annan enhet• Språkbarriärer

Bristande kunskap och utbildning

Att ställa frågan

Flera sjuksköterskor i tre av studierna, varav två var enkätstudier och en var en intervjustudie, kände sig inte tillräckligt utbildade gällande våld i nära relation, eftersom de inte visste vilka frågor som skulle ställas eller hur de skulle formulera sig, för att inte göra kvinnor utsatta för våld i parrelationer upprörda (Yonaka et al., 2007; Furniss et al., 2007; Tower et al., 2012). En del sjuksköterskor i en enkätstudie, ville veta hur de skulle ställa frågan om våld i nära relation i närvaro av förövaren och tycktes därmed omedvetna om vilken fara de skulle utsätta kvinnorna för (Furniss et al., 2007). I tre enkätstudier och en intervjustudie uppgav flera av hälso- och sjukvårdspersonalsdeltagarna att de inte visste hur de skulle agera om de fick ett positivt svar vid screening för våld i parrelationer (Christofides & Silo, 2005; Furniss et al., 2007; Minsky-Kelly et al., 2005; Sundborg et al., 2012). I en intervjustudie och en enkätstudie, framkom att en av de vanligaste anledningarna till att inte ingripa, var att inte ha tillräckligt med information om våld i parrelationer (Efe & Taskm, 2012; Minsky-Kelly et al., 2005). En sjuksköterska förklarade: *“You need to be trained for this.”* (Efe & Taskm, 2012, s. 444). En annan sjuksköterska berättade: *“We need to know how to approach someone who is*

sensitive on the subject. We are inadequate, of course.” (Efe & Taskm, 2012, s. 444). Vid identifiering av kvinnor utsatta för våld i parrelationer visade det sig i en enkätstudie att beredskap var en viktig faktor för att sjuksköterskor skulle ställa frågan om våld i parrelationer (Sundborg et al., 2012). Några sjuksköterskor räknade upp orsaker till bristande beredskap, brist på; erfarenhet, utbildning, möjligheter till vidareutbildning, riktlinjer, resurser samt samarbete med myndigheter i samhället (Sundborg et al., 2012). I två studier framkom att en del sjuksköterskor (Sundborg et al., 2012) och hälso- och sjukvårdspersonal på två akutavdelningar (Minsky-Kelly et al., 2005) tyckte sig inte vara tillräckligt förberedda för att kunna ge omvårdnad till kvinnor utsatta för våld i parrelationer (Minsky-Kelly et al., 2005; Sundborg et al., 2012).

Behov av utbildning

Trots att sjuksköterskor kände sympati och ville hjälpa kvinnor utsatta för våld i parrelationer, framkom i en intervjustudie att osäkerheten var tydlig när sjuksköterskor pratade om utmaningar i omvårdnadsarbetet (Tower et al., 2012). I en annan studie framkom att när sjuksköterskor hade tillräcklig beredskap var de sex gånger mer benägna att ställa frågor (Sundborg et al., 2012). Samma enkätstudie visade att, ju äldre sjuksköterskor var, desto större var sannolikheten att de kände sig mer förberedda att möta kvinnor utsatta för våld i parrelationer (Sundborg et al., 2012). Sjuksköterskor i en enkätstudie uttryckte att brist på utbildning i att ta hand om kvinnor utsatta för våld i parrelationer var ett hinder för identifiering (Yonaka et al., 2007). Ett flertal sjuksköterskor i en enkätstudie var intresserade av att få mer utbildning för att öka kompetensen inom området (Sundborg et al., 2012). Ungefär hälften av sjuksköterskor i samma enkätstudie hade skaffat information om våld i parrelationer på eget initiativ (Sundborg et al., 2012). Majoriteten av sjuksköterskor i både en enkätstudie och en intervjustudie hade inte fått någon utbildning om våld i parrelationer under sin sjuksköterskeutbildning, och några få sjuksköterskor hade fått utbildning på sin arbetsgivares initiativ (Sundborg et al., 2012; Efe & Taskm, 2012). Vad gäller tillräcklig utbildning var sjuksköterskor i en enkätstudie oense eftersom knappt hälften av sjuksköterskor ansåg att de fått tillräcklig utbildning gällande tecken och symtom på våld i parrelationer (Deboer et al., 2013). Sjuksköterskor i en enkätstudie önskade mer utbildning och att utbildning gällande våld i parrelationer skulle vara en pågående process i arbetet (Furniss et al., 2007). Utbildningen skulle även inkludera juridiska frågor till exempel hur man rapporterar och screenar för kvinnor utsatta för våld i parrelationer i en stressig vårdmiljö med få tillfällen till enskildhet (Furniss et al., 2007). I en studie framkom dock att det saknades signifikanta skillnader mellan sjuksköterskor som fått någon form av utbildning inom våld i parrelationer eller inte och rapportering av kvinnor utsatta för våld i parrelationer (Christofides & Silo, 2005).

Bristande kunskap om sjuksköterskors ansvar

Majoriteten av sjuksköterskor i en enkätstudie kände inte till något samarbete med myndigheter gällande hantering av våld i parrelationer, vilket sjuksköterskor ansåg nödvändigt i syfte att öka beredskapen för att ge omvårdnad (Sundborg et al., 2012). Sjuksköterskor i två intervjustudier uttryckte att de idag saknar utbildning för att ta hand om kvinnor utsatta för våld i parrelationer, därför tillhörde det inte sjuksköterskors område eller plikt och sjuksköterskor hänvisade istället till socialtjänsten (Tower et al., 2012; Efe & Taskm, 2012) och psykiatrin (Efe & Taskm, 2012). Några sjuksköterskor på en akutmottagning som deltog i en enkätstudie ansåg inte att våld i parrelationer var ett problem som tillhörde deras avdelning (Yonaka et al., 2007). Hälso- och sjukvårdspersonal i en intervjustudie undrade varför inte läkare screenade för våld i parrelationer (Minsky-Kelly et al., 2005). Motsägande

resultat fanns i en enkätstudie där sjuksköterskor tyckte att identifiering av patienter som utsatts för våld i parrelationer var sjuksköterskors ansvar (Deboer et al., 2013). Sjuksköterskor tyckte dock att det rådde oklarhet gällande rapportering av våld i parrelationer vilket resulterade i hinder för screening (Deboer et al., 2013).

Sjuksköterskors attityder

Obekvämt att fråga om våld

I tre av studierna (Furniss et al., 2007; Minsky-Kelly et al., 2005; Sundborg et al., 2012) framkom att många sjuksköterskor upplevde att det var obekvämt att fråga om våld i nära relation. När det gällde sjuksköterskors attityder till att ställa direkta frågor angående våld i parrelationer, svarade hälften av sjuksköterskor att de alltid frågade, lite färre än hälften frågade ibland eller aldrig (Sundborg et al., 2012). Av de som endast frågade ibland eller aldrig tyckte en större del sjuksköterskor att det var svårt att veta hur de skulle ställa frågan (Sundborg et al., 2012). Sjuksköterskor uppgav att de tyckte att våld i parrelationer var en obekväm fråga att ställa (Minsky-Kelly et al., 2005; Sundborg et al., 2012; Furniss et al., 2007) och undvek ämnet så länge som möjligt (Minsky-Kelly et al., 2005). En hälso- och sjukvårdspersonal konstaterade: *“Staff should not be put in the position of having to ask the question”* (Minsky-Kelly et al., 2005, s. 1294). Sjuksköterskor som själva hade blivit tillfrågade om våld i parrelationer kände sig bekvämare att ställa frågor än kollegor som inte själva hade blivit tillfrågade (Furniss et al., 2007). Av de sjuksköterskor som hade blivit tillfrågade om våld i parrelationer, hade mer än hälften fått frågan ställd av en sjuksköterska (Furniss et al., 2007). Lång erfarenhet visade sig ha ett signifikant samband till att våga fråga om våld i parrelationer (Furniss et al., 2007). Motsägande resultat framkom där majoriteten av sjuksköterskor kände sig bekväma med att screena våld i parrelationer (Deboer et al., 2013). Sjuksköterskor uppgav att de inte trodde att de skulle förlora patientens tillit om de frågade om våld i parrelationer (Deboer et al., 2013).

Privat angelägenhet

I fyra av studierna framkom att flera sjuksköterskor ansåg att våld i parrelationer var en privat angelägenhet (Christofides & Silo, 2005; Sundborg et al., 2012; Efe & Taskm, 2012) och att screening gick för ingående på personens privatliv (Minsky-Kelly et al., 2005). En sjuksköterska sa: *“We do not really try to find out family details, get to know what the structure is, how it happened, who did this to you or things like that. At least I don't ask about these things. I don't know what the standard is”* (Efe & Taskm, 2012, s. 447). Sjuksköterskor var oroliga för att de skulle inkräkta på kvinnors integritet om de ställde frågor om våld i parrelationer (Sundborg et al., 2012). Motsägande data framkom där sjuksköterskor ansåg att det var deras uppgift att identifiera och hjälpa kvinnor utsatta för våld i parrelationer, där majoriteten tyckte att screening för våld i parrelationer var en viktig del av sjuksköterskors arbete (Deboer et al., 2013).

Sjuksköterskors föreställningar om kvinnor utsatta för våld i parrelationer

I en enkätstudie med 156 deltagande sjuksköterskor, framkom att de var oense huruvida det var svårt att identifiera kvinnor utsatta för våld i parrelationer eller inte (Deboer et al., 2013). Nästan hälften av sjuksköterskorna i samma studie uppgav att de inte hade vårdat en enda kvinna utsatt för våld i parrelationer under det senaste året (Deboer et al., 2013). En majoritet av sjuksköterskor i en annan enkätstudie med 212 deltagare, rapporterade att de hade vårdat två eller färre patienter utsatta för våld i parrelationer under det senaste året (Christofides & Silo, 2005). Större delen av 192 sjuksköterskor i en enkätstudie, svarade att de träffade

kvinnor utsatta för våld i parrelationer mindre än gång i månaden och en minoritet hade aldrig stött på en kvinna utsatt för våld i parrelationer (Sundborg et al., 2012). Sjuksköterskor som inte hade någon erfarenhet av våld i parrelationer vare sig på ett personligt plan eller bland familj eller vänner var statistiskt sett mindre benägna att rapportera att de hade sett en kvinna som blivit utsatt för våld i parrelationer (Christofides & Silo, 2005). Motsägande uppgifter framkom i en enkätstudie där sjuksköterskors personliga erfarenheter av våld i parrelationer visade sig vara ett hinder för identifiering av kvinnor utsatta för våld i parrelationer (Yonaka et al., 2007). Sjuksköterskor tyckte att alla patienter bör screenas för våld i parrelationer oavsett om det fanns synliga skador eller inte (Deboer et al., 2013) och ansåg att även kvinnor med en högre socioekonomisk status kunde vara offer för våld i parrelationer (Deboer et al., 2013; Yonaka et al., 2007). I en enkätstudie med 33 deltagande sjuksköterskor ansåg flera att de drabbade kvinnorna är oskyldiga och att fysiskt våld inte förväntas förekomma i familjer (Yonaka et al., 2007). Det är oklart hur sjuksköterskor identifierar våld i parrelationer, genom subtila tecken eller genom trauma. (Christofides & Silo, 2005). Flera sjuksköterskor i en enkätstudie ansåg att förekomsten av våld i parrelationer var uppenbar när skador och händelser inte var förenliga med varandra, när kvinnor hade blåmärken eller kronisk smärta utan uppenbar orsak samt när deras män verkade överbeskyddande och vägrade att lämna kvinnorna ensamma med sjuksköterskorna (Sundborg et al., 2012). Av 12 deltagande sjuksköterskor i en intervjustudie, var några trevande när det kom till hälsoproblem till följd av våld i parrelationer och räknade upp en rad olika symtom såsom rädsla och ångest (Tower et al., 2012).

De flesta av de 192 deltagande sjuksköterskorna i en enkätstudie trodde att alkohol och droger var vanliga orsaker till våld i parrelationer (Sundborg et al., 2012). Många sjuksköterskor trodde att våld i parrelationer var vanligare i lägre socioekonomiska grupper och att förövaren helt förlorat kontrollen (Sundborg et al., 2012). Kvinnor utsatta för våld i parrelationers trovärdighet som patienter ifrågasattes när de uppsökte hälso- och sjukvård, då flera sjuksköterskor i en intervjustudie medgav att de dömde kvinnorna eller typen av kvinnor som de ansåg tillhöra en viss kategori (Tower et al., 2012). En sjuksköterska generaliserade och sade att kvinnor som blev utsatta för våld i parrelationer ofta var mindre vårdade och även kunde ha en lukt av alkohol kring sig (Tower et al., 2012). Trovärdighet eller att vara en trovärdig patient var viktigt för sjuksköterskor vilket inte alltid var lätt för kvinnor utsatta för våld i parrelationer att uppnå (Tower et al., 2012). En sjuksköterska förklarade att det blev svårt att veta hur man skulle förhålla sig gentemot patienten när berättelse och skador inte gick ihop och upplevde att det blev svårt att lita på dem (Tower et al., 2012). Deltagande sjuksköterskor i en intervjustudie och en enkätstudie var av den uppfattningen att kvinnor utsatta för våld i parrelationer förskönade eller inte berättade hela historien om vad som skett (Tower et al., 2012) och trodde att kvinnor skulle ljuga om våld i parrelationer och ansåg därför att det var bortkastad tid att fråga om våld i parrelationer (Furniss et al., 2007). Sjuksköterskor kände samtidigt stor sympati och medkänsla och ville hjälpa kvinnor som var utsatta för våld i parrelationer (Tower et al., 2012). En sjuksköterska i en intervjustudie representerade en mer komplex attityd i mötet med en kvinna utsatt för våld i parrelationer då hon kände ett stort ansvar och medlidande gentemot kvinnan men samtidigt blev arg och frustrerad över att kvinnan inte lämnade sin man (Goldblatt, 2009). I en annan studie framkom det att som sjuksköterskor var det viktigt att inte ha en dömande attityd mot kvinnor som är utsatta för våld i parrelationers partner då de fortfarande kan älska mannen (Tower et al., 2012). Sjuksköterskor var medvetna om att de hade en dömande attityd trots att deras yrkesroll (Goldblatt, 2009) krävde att de inte visade ilska eller agerade dömande gentemot patienter (Goldblatt, 2009; Tower et al., 2012). Hälso- och sjukvårdspersonal

uttryckte frustration över att behöva screena alla patienter, då de upplevde att inte all hälso- och sjukvårdspersonal screenade sina patienter, (Minsky-Kelly et al., 2005). I en intervjustudie med 39 deltagande hälso- och sjukvårdspersonal, uppgav flera att våld i parrelationer var ett komplicerat område och uttryckte skepsis till om screening kunde vara till hjälp för kvinnor utsatta för våld i parrelationer (Minsky-Kelly et al., 2005). Hälso- och sjukvårdspersonal uttryckte att det saknades uppgifter om hur effektivt det var att fråga om våld i parrelationer och önskade att få mer återkoppling om huruvida screening var till nytta för patienterna (Minsky-Kelly et al., 2005). Hälso- och sjukvårdspersonals tvivel på screeningens effekter underlättar troligen inte införandet av rutinmässiga screeningsfrågor inom hälso- och sjukvården (Minsky-Kelly et al., 2005). Kvinnor som blivit utsatta för våld i parrelationer ansågs inte vara av prioritet (Goldblatt, 2009) där andra områden till exempel drogmissbruk ansågs vara medicinskt viktigare (Furniss et al., 2007). En hälso- och sjukvårdspersonal uttryckte att han inte ville göra en bedömning av ett problem som patienten inte kom in för (Minsky-Kelly et al., 2005). Av 30 sjuksköterskor som deltog i en intervjustudie, uppgav flera att det inte var möjligt att lösa problemet med våld i parrelationer, vilket enligt dem var anledningen till att de inte ingrep i situationen (Efe & Taskm, 2012). En sjuksköterska förklarade: *“If anything could be done when the woman talks about it, lots of women would be able to report they are the victims of violence. But what happens, she just goes home quietly afterwards... I am really sorry there is nothing I can do.”* (Efe & Taskm, 2012, s. 447).

Påverkan på professionell roll och privatliv

I en intervjustudie framkom att mötet med kvinnor utsatta för våld i parrelationer riskerar att gå ut över sjuksköterskors privatliv och kan därmed utmana den professionella identiteten med konsekvensen att sjuksköterskor i mötet med kvinnor utsatta för våld i parrelationer blir avståndstagande (Goldblatt, 2009). Vidare framkom att sjuksköterskors möte med kvinnor utsatta för våld i parrelationer framkallar intensiva och ofta motsägelsefulla känslor hos sjuksköterskor (Goldblatt, 2009). De känslor som väcktes hos sjuksköterskor i mötet med kvinnor utsatta för våld i parrelationer ledde till olika reaktioner, allt från att identifiera sig, till att bli emotionellt överväldigad (Goldblatt, 2009). Sjuksköterskor kämpade med den inverkan mötet med våldsutsatta kvinnor i en parrelation hade på deras intima livsområden som kvinnor, hustrur och mödrar (Goldblatt, 2009). Sjuksköterskor i en intervjustudie kände empati för kvinnor utsatta för våld i parrelationer och ville hjälpa dem men hade samtidigt ett behov av att skydda sig själva mot överväldigande känslor (Goldblatt, 2009). Deltagande sjuksköterskor i en annan intervjustudie kände sig osäkra i sin roll att ge kvinnor utsatta för våld i parrelationer omvårdnad, vilket resulterade i att sjuksköterskor i vårdmötet förhöll sig avståndstagande och opersonliga (Tower et al., 2012). I en studie framkom att sjuksköterskor negligerade delar av sina omvårdnadsuppgifter, genom att sätta tydliga gränser och ta avstånd från kvinnor utsatta för våld i parrelationer (Goldblatt, 2009). Sjuksköterskor utförde endast den medicinska- och fysiska omvårdnaden i syfte att skydda sig från hjälplöshet och ångest (Goldblatt, 2009).

Organisatoriska hinder

Avsaknad av rutiner för screening

Motsägande data uppdagades i en enkätstudie gällande frågor om rutiner för screening där 16 deltagande sjuksköterskor som arbetade på en akutmottagning, svarade att de rutinmässigt screenade alla patienter för våld i parrelationer men en majoritet svarade samtidigt att man bara screenade utvalda patienter (Yonaka et al., 2007). Resultatet kan tyda för att

sjuksköterskor rutinmässigt screenade utvalda patienter med tydliga tecken av våld i parrelationer men universellt screenades bara en del av patienterna (Yonaka et al., 2007). Resultatet kan indikera för att när det enbart fanns uppenbara tecken på misshandel som till exempel blåmärken eller annan synlig skada blev deltagande sjuksköterskor i studien mer selektiva i sin screening (Yonaka et al., 2007). Sjuksköterskor frågade även efter protokoll att följa vid screening samt checklistor och listor på vanliga tecken och symtom på våld i nära relation (Yonaka et al., 2007). Flera sjuksköterskor ville även ha mer information gällande bristen på typiska tecken och symtom gällande våld i parrelationer (Yonaka et al., 2007). Deltagande hälso- och sjukvårdspersonal i en intervjustudie föreslog att frågor om våld i nära relation skulle ingå tillsammans i ett mer generellt screeningsverktyg som till exempel alkohol och droganvändning (Minsky-Kelly et al., 2005). Av 385 deltagande sjuksköterskor i en annan enkätstudie var det ett flertal som ville ha mer information om vilka resurser som fanns att tillgå i samhället. (Furniss et al., 2007).

Arbetsmiljö och tid

Sjuksköterskor tyckte att miljön på en akutmottagning inte var gynnsam för screening av våld i nära relation eftersom miljön var stressig utan möjlighet att sitta ned och lyssna på kvinnor utsatta för våld i parrelationer (Tower et al., 2012). Hälso- och sjukvårdspersonal i en studie kommenterade vikten av att organisationen gav passande vårdmiljöer och stöd för screening och insatser (Minsky-Kelly et al., 2005). Tidsbrist var ett hinder som påverkade sjuksköterskors möjlighet att screena för våld i nära relation där majoriteten av sjuksköterskor i sammanlagt fem studier, uppgav att de var mycket upptagna under sin arbetstid och saknade möjlighet till att ingripa i situationer gällande våld i nära relation (Efe & Taskm, 2012; Goldblatt, 2009; Yonaka et al., 2007; Sundborg et al., 2012; Furniss et al., 2007). En sjuksköterska förklarade: *“We don't have time, there are so many patients here... time, number of patients, time is also a obstacle”*. (Efe & Taskm, 2012, s. 445). Hälso- och sjukvårdspersonal i en studie trodde att deras arbetsbörda skulle öka signifikant och kräva resurser från andra patienter om de ställde frågor om våld i nära relation (Minsky-Kelly et al., 2005). Mest orolig för ökad arbetsbörda och tidsbrist var hälso- och sjukvårdspersonal som arbetade på två akutavdelningar (Minsky-Kelly et al., 2005). Motsägande resultat framkom i en studie där en klar majoritet av 156 deltagande sjuksköterskor inom olika akutsjukvårdsområden tyckte att de hade tillräckligt med tid att screena patienter för våld i nära relation samt att arbetsmiljön tillät screening för våld i nära relation (Deboer et al., 2013).

Brist på enskildhet

Deltagande sjuksköterskor i en studie undrade hur man screenade för våld i nära relation i en stressig vårdmiljö med få tillfällen till enskildhet (Furniss et al., 2007). Sjuksköterskor var medvetna om behovet av enskildhet med patienten men upplevde att det var svårt att praktisera det i sjukhusmiljön: (Furniss et al., 2007). Deltagande hälso- och sjukvårdspersonal i två andra studier svarade att ett hinder för att fråga en patient om våld i nära relation var att det saknades möjlighet att kunna ställa frågan i enrum (Furniss et al., 2007; Minsky-Kelly et al., 2005). Sjuksköterskor i en studie rankade brist på enskildhet som det mest signifikanta hindret till att kunna ställa frågor om våld i nära relation (Furniss et al., 2007). Hälso- och sjukvårdspersonal på en akutmottagning påpekade att det bara var tunna gardiner som skiljde patienterna åt och att det därför var svårt att ge patienten integritet under screening för våld i nära relation (Minsky-Kelly et al., 2005). På förlossning, obstetrik och gynekologi tog deltagande hälso- och sjukvårdspersonal upp att kvinnorna hade familjemedlemmar med sig vilket var en utmaning för screening för våld i nära relation (Minsky-Kelly et al., 2005).

Oro för säkerhet

Sjuksköterskor i två studier var rädda för att kvinnors anhöriga skulle kunna skada dem själva eller kvinnorna (Efe & Taskm, 2012), och kände oro och obehag över att behöva hantera ämnet (Minsky-Kelly et al., 2005). Sjuksköterskor i en studie nämnde att det fanns en tendens av våld bland patienter som uppsökte akutmottagningar och därför fanns en risk att bli fysiskt attackerade av patientens anhöriga (Efe & Taskm, 2012). En sjuksköterska uttryckte sig: *“Mmmmmm, we can’t intervene, we can’t intervene in this popultion. Maybe somewhere else. Something may happen to you because these people can do it... We definitely do not feel secure here. I would ask if I felt secure. I can tell them this and not to do that. But we do not feel secure here...”* (Efe & Taskm, 2012, s. 446).

Screening tillhör annan enhet

Ett annat hinder för screening var övertygelsen om att det kunde fungera bättre på en annan vårdavdelning (Minsky-Kelly et al., 2005). Ett exempel var sjuksköterskor från en barn - och mödravårdsavdelning som ansåg att det var olämpligt att screena för våld i parrelationer i den miljön, eftersom det var en lycklig tid och därför inte var lämpligt att ställa frågor om våld i nära relation (Furniss et al., 2007) och föreslog att screening för våld i parrelationer skulle ske först när kvinnor kommit över till kvinno- och spädbarnsavdelningen (Minsky-Kelly et al., 2005). Även hälso- och sjukvårdspersonal på en akutvårdsavdelning ifrågasatte om screening för våld i parrelationer var lämpligt för patienter som befann sig i ett medicinskt akutläge (Minsky-Kelly et al., 2005).

Språkbarriärer

I invandrantäta områden ansåg många sjuksköterskor i en studie att språkbarriärer var det största eller näst största hindret för screening av våld i parrelationer jämfört med mindre invandrantäta områden där endast en femtedel rankade språkbarriärer som det största eller näst största hindret (Furniss et al., 2007). Medan 33 deltagande sjuksköterskor som arbetade på en akutmottagning i en annan studie, rankade språkbarriärer som det högst potentiella hindret för screening av våld i parrelationer (Yonaka et al., 2007).

Diskussion

Metoddiskussion

I denna studie valdes litteraturöversikt som modell för att undersöka hinder som påverkar sjuksköterskans omvårdnadsarbete vid identifiering och omhändertagande av kvinnor utsatta för våld i parrelationer. Den valda modellen var relevant då den gav en bra översikt över det studerade problemområdet samt gjorde det möjligt att svara på syftet. Problemområdet hade varit intressant att undersöka genom en kvantitativ metod i form av en enkätundersökning men tiden räckte inte till det. Genom att göra en enkätundersökning på sjukhus i Göteborg hade aktuell data framkommit samtidigt som urvalet hade varit mer representativt för hälso- och sjukvården i Sverige. Resultatet hade då kunnat användas som underlag för förbättring inom det studerade problemområdet.

Artikelsökningen utfördes i Cinahl, PubMed och Scopus. Genom sökprocessens gång hittades intressanta artiklar via andra artiklars referenslistor, men då ingen av dem svarade på syftet valdes de bort. Författarna anser att valet av artiklar styrks då många framkom i fler än en databas. En svaghet i artikelsökningen kan ha varit att alla sökord inte funnits i Cinahl headings eller i MeSH termer vilket kan ha begränsat träffarna och därmed resultatet. Det kan även vara en styrka att författarna inte enbart använt sig av databasernas tesaurus utan har utökat sökningen med av hjälp av nyckelord från andra relevanta artiklar. Inget sökord användes för att specifikt hitta kvinnor utsatta för våld i parrelationer. När författarna sökte på *domestic violence* och *intimate partner violence* handlade dock i stort sett alla artiklar om kvinnor utsatta för våld i parrelationer. I några av artiklarna diskuterades den våldsutsatta patienten i resultatet snarare än den kvinnor utsatta för våld i parrelationer, dock framkom det tydligt i bakgrunden att det rörde sig om just kvinnor utsatta för våld i parrelationer vilket var ett inklusionskriterium. Enligt Friberg (2012) är vissa områden eller fenomen mer efterforskat än andra och sökningen visar att våld mot kvinnor i en parrelation är mycket mer efterforskat än våld mot män i en parrelation. Det fanns en risk för feltolkning av artiklarna då dessa var skrivna på engelska medan forskarnas modersmål var svenska. Författarna ansåg att risken för feltolkning var liten då de arbetade tillsammans och noggrant översatte texten mening för mening samtidigt som de under hela processen förde en dialog om artiklarnas innehåll. I sökprocessen valde författarna att enbart ta med artiklar där deltagarna bestod av sjuksköterskor. Endast ett undantag gjordes för en vetenskaplig artikel där 85 procent av deltagarna var sjuksköterskor (Minsky-Kelly et al., 2005). Författarna ansåg att studien var relevant för syftet då artikelns resultat stämde överens med de andra valda artiklarnas resultat och för att majoriteten av deltagarna var sjuksköterskor. Exklusionskriterier var studier som var inriktade på barnmorskor, läkare, sjuksköterskestudenter, våldsutsatta kvinnors perspektiv och specialistsjuksköterskor för att komma fram till ett hanterbart antal artiklar som svarade mot syftet.

Då syftet var att få fram aktuell forskning begränsades sökningen till att artiklarna skulle vara publicerade inom spannet av tio år (2005-2015). Tidspannet ansågs nödvändigt för att få fram tillräckligt många artiklar och därmed en bredd på uppsatsen. De två äldsta artiklarna blev senast citerade 2015 vilket styrker att både deras innehåll och ämnesområde är aktuellt idag. Sökordet *health care professionals* avser all personal inom hälso- och sjukvård och var ett exklusionskriterium för studien. Dock ingår sjuksköterskor i kategorin *health care professionals* och utan det sökordet fanns en risk att sökningen blev för snäv. Att sökordet *health care professionals* använts kan ha varit en styrka för studien då tre artiklar framkom

med hjälp av detta sökord. För att få fram kvalitativa artiklar användes sökordet *response* vilket gav en djupare inblick i sjuksköterskors upplevelse av hinder i omvårdnaden för kvinnor utsatta för våld i parrelationer. Författarna anser att kvalitativa artiklar givit studien ännu en dimension. I PubMed fick sökordet *humans* läggas till eftersom i den initiala sökningen genererades artiklar som behandlade djur. Det var ett jämnt tidsspänn mellan de vetenskapliga artiklarna, vilket författarna ansåg tyda på att problemområdet ständigt är aktuellt.

En svaghet för studien var att författarna hade bristande kunskap och lite erfarenhet av kvalitetsgranskning sedan tidigare vilket kan ha påverkat valet av artiklar och den bedömning som gjordes av artiklarnas kvalitet. Majoriteten av artiklarna som inkluderades i studien bedömdes vara av hög kvalitet. Granskning av kvalitativa och kvantitativa artiklar utfördes med hjälp av Willman et al. (2006). Granskningsprotokollen var till stor hjälp för författarna under urvalsprocessen och bidrog till att artiklar av låg kvalitet exkluderades ur studien. Anledningen till att artiklar valdes bort var antingen att metoddelen var otydlig, att bortfallet var stort men inte diskuterades, att det saknades etiskt resonemang eller att studierna inte svarade på syftet. För att bredda studiens perspektiv har både kvalitativa och kvantitativa artiklar medvetet tagits med i studien. Av artiklarna använder fyra kvalitativ och fem kvantitativ design. Genom valda artiklar har författarna fått fram sjuksköterskors egna upplevelser och tankar angående hinder som påverkar deras omvårdnadsarbete gällande kvinnor utsatta för våld i parrelationer. De kvantitativa artiklarna hade sammanlagt ett litet urval men där resultatet överlag stämde överens, vilket författarna anser peka mot en liten möjlighet till ett generaliserbart resultat och därmed kan bidra till en viss ökad evidens inom området (Friberg, 2012) vilket författarna anser vara en styrka för studiens kvalitet. Syftet med studien var att undersöka hinder för sjuksköterskans omvårdnadsarbete gällande kvinnor utsatta för våld i parrelationer. I alla artiklar utom en (Minsky-Kelly et al., 2005) var deltagarna i studierna endast sjuksköterskor. I Minsky-Kelly et al. (2005) var 85 procent av deltagarna sjuksköterskor och resterande 15 procent var mentalvårdare. I resultatet framkom inte vilken profession som tyckte vad, men eftersom studiens resultat stämde överens med övriga studier samt att en majoritet av urvalet var sjuksköterskor, tyckte författarna att studien var relevant.

De vetenskapliga artiklar som till slut valdes kom ifrån Sydafrika (Christofides et al., 2005), USA (Furniss et al., 2007; Yonaka, 2007; DeBoer, 2013, Minsky-Kelly, 2005), Sverige (Sundborg et al., 2012), Turkiet (Efe, 2012), Israel (Goldblatt, 2009), Australien och Nya Zeeland (Tower, 2012). Länder lägger olika mycket resurser på kostnader som orsakats av våld i nära relation så som till exempel sjukvårdskostnader och juridiska kostnader. Hur olika mycket resurser länderna lägger på våld i nära relationer visas tydligt i Socialstyrelsens rapport (2006) där USA:s kostnader för våld i nära relation per invånare under 2004 motsvarade 185 svenska kronor jämfört med Sverige som samma år lade 299 till 377 svenska kronor per invånare. I Australien var motsvarande kostnad under 2004 1768 svenska kronor per invånare (Socialstyrelsen, 2006). I vilken utsträckning resultatet på den här studien kan appliceras i den svenska hälso- och sjukvården kan anses vara begränsad då sjukvården i olika länder har olika tillgång till resurser. Att artiklarna kommer från flera delar av världen styrker studiens relevans då det visar att våld mot kvinnor i parrelationer är ett problem som kan förekomma världen över och därmed är ett viktigt område för sjuksköterskans profession internationellt. En styrka i studien är att en av artiklarna är en kvantitativ studie som genomförts i Sverige vilket gör att resultatet till viss del kan anses vara av intresse för hälso- och sjukvård i Sverige.

Författarna valde bort delar av resultatet i artiklarna eftersom de inte ansågs vara relevanta för studiens syfte. Det som valdes bort var åtgärder för de hinder som påverkar omvårdnaden av kvinnor utsatta för våld i parrelationer eftersom hinder och åtgärder ofta var med i samma artiklar. Analysprocessen utfördes metodiskt genom att författarna läste artiklarnas resultat var för sig och på egen hand skrev ned likheter och skillnader. Anledningen var att de inte ville påverka varandra och därmed riskera bias. Att bearbeta kategorier efter likheter och olikheter samt att kategorisera subkategorier under huvudkategorier upplevdes vara en längre process som skedde gradvis

Resultatdiskussion

Studiens syfte var att undersöka hinder som påverkar grundutbildade sjuksköterskors omvårdnadsarbete vid identifiering och omhändertagande av kvinnor utsatta för våld i parrelationer. Resultatets framträdande hinder var sjuksköterskors bristande kunskap och utbildning, personliga attityder samt organisatoriska hinder.

Bristande kunskap och utbildning

I resultatet framkom att brist på information och utbildning gällande våld i nära relationer var ett av de vanligaste hindren som gjorde att sjuksköterskor inte ingrep i situationer med kvinnor utsatta för våld i parrelationer (Minsky-Kelly 2005; Efe, 2012; Tower, 2012; Yonaka, 2007; Furniss, 2007). För att hälso- och sjukvård ska kunna upptäcka våld och därmed erbjuda god omvårdnad till kvinnor utsatta för våld i parrelationer, rekommenderar Socialstyrelsen (2015) att personal inom hälso- och sjukvård erbjuds fortbildning om våld i nära relationer. Eftersom det ständigt tillkommer ny kunskap är det av stor vikt att sjukvårdspersonal kontinuerligt utvecklar och uppdaterar sina kunskaper för att kunna erbjuda vård av säker och god kvalitet (Nilsson Kajermo, Johansson & Wallin, 2014). Det överensstämmer med Hälso- och sjukvårdslagets riktlinjer om att vårdgivaren ska ge en god vård, vilket bland annat innebär att tillgodose patientens behov av säkerhet (Öhrn, 2014). Enligt Nilsson Kajermo et al. (2014) visar data från Holland och USA att mellan 30 och 40 procent av de patienter som uppsöker hälso- och sjukvården, inte får en vård baserad på relevant och aktuell kunskap. En stor del av dessa patienter riskerar därmed att utsättas för omotiverad eller till och med skadlig vård (Kajermo et al. 2014). Sjuksköterskors brist på utbildning gällande våld i nära relationer innebär att de saknar kunskap och kompetens inom området. I förlängningen kan brist på kunskap göra att sjuksköterskor riskerar att utsätta kvinnor utsatta för våld i parrelationer för ett vårdlidande eftersom omvårdnaden kan brista i kvalitet och säkerhet. Kvinnan riskerar därmed att utsättas för en osäker vård vilket går emot Patientlagen (Socialstyrelsen, 2014). Kvinnor som blivit utsatta för våld i parrelationer kan uppleva en situationsrelaterad otrygghet när sjuksköterskor saknar kunskap gällande symtom och tecken, eftersom sjuksköterskor riskerar att missa att identifiera kvinnorna kan de uppleva sig övergivna av hälso- och sjukvården (Santamäki Fischer & Dahlqvist, 2014). En situationsrelaterad otrygghet utlöser samtidigt ett behov av tröst (Santamäki Fischer & Dahlqvist, 2014) som sjuksköterskor då inte har möjlighet att tillgodose när kvinnor utsatta för våld i parrelationer inte känner att de kan vända sig till hälso- och sjukvården. När kvinnor som utsatts för våld i parrelationer inte får sina behov av trygghet och tröst tillgodosedda uppnår sjuksköterskor inte Hälso- och sjukvårdslagets krav för en god vård (HSL, 1982:763). I förlängningen innebär sjuksköterskors bristande kunskap och utbildning om våld i parrelationer att sjuksköterskor riskerar att missa sina omvårdnads mål, vilka bland andra är att lindra lidande, förmedla trygghet och tröst (Svensk Sjuksköterskeförening, 2014).

Sjuksköterskors attityder

Resultatet visar att många sjuksköterskor ofta har en förutfattad bild av hur kvinnor utsatta för våld i parrelationer ser ut, vilka skador de har, vilket socioekonomisk status de tillhör och har uppfattningen att kvinnorna ofta ljuger om sina skador (Tower, 2012; Sundborg et al., 2012; Furniss et al., 2007). Tidigare studier har visat att myter och stereotypa uppfattningar som sjuksköterskor får via samhället, kan hindra dem från att screena patienter för våld i nära relation (Robinson, 2010). Forskning visar att sjuksköterskors genusmedvetenhet och intresse för genusperspektivet är bristfällig, vilket leder till att fördomar och felaktiga föreställningar om genus bevaras i vården och kan påverka vårdens kvalitet (Määttä & Öresland, 2014). Omedvetna föreställningar om män och kvinnor, även kallat genusbias, är riskfyllt eftersom det kan få konsekvenser för patienten i form av fel handlingar gällande bemötande, behandling och vård (Määttä & Öresland, 2014). Det är därför viktigt att sjuksköterskor är medvetna om de föreställningar och attityder som finns inom hälso- och sjukvården. Föreställningar hos sjuksköterskor om kvinnor utsatta för våld i parrelationers utseende och uppförande, kan leda till att kvinnor inte identifieras. Därmed uppfyller inte sjuksköterskor Hälso- och sjukvårdslagens krav om en god vård till alla på lika villkor. Enligt Wiklund Gustin (2014) kan ett lidande skapas när en människa inte blir sedd och bekräftad vilket kan skapa rädsla, en känsla av övergivenhet samt att inte duga. Känslan av att inte bli sedd och bekräftad kan göra det svårt att handla på ett levande och äkta sätt, vilket gör det svårare att skapa relationer till andra människor (Wiklund Gustin, 2014). Sjuksköterskors dömande attityder kan hindra att ett äkta möte sker med kvinnor utsatta för våld i parrelationer. Kvinnor som utsatts för våld i parrelationer kan ha fått sin grundtrygghet rubbad och har behov av tröst och trygghet. När sjuksköterskor inte uppmärksammar kvinnor utsatta för våld i parrelationers behov kan de känna sig övergivna. Kvinnor utsatta för våld i parrelationer kan därmed ha svårt att skapa kontakt med sjuksköterskor, vilket gör det svårt för sjuksköterskor att möta kvinnornas behov av tröst och trygghet. Eftersom tröst endast är möjligt i ett äkta möte och känslan av trygghet lägger grunden för att ett äkta möte kan ske (Santamäki Fischer & Dahlqvist, 2014). Sjuksköterskor och kvinnor utsatta för våld i parrelationer får svårt att knyta an till varandra på grund av sjuksköterskors brist på handling och dömande attityder. Hälso- och sjukvårdslagens riktlinjer om att skapa goda kontakter mellan patient och sjukvårdspersonal uppnås därför inte.

Resultatet visar även att hälso- och sjukvårdspersonal är skeptiska till om screening kunde vara till hjälp för kvinnor utsatta för våld i parrelationer (Minsky-Kelly, 2005). I samma studie uttryckte hälso- och sjukvårdspersonal att det saknades uppgifter om screeningens nytta för våldsutsatta patienter och därför önskade mer återkoppling (Minsky-Kelly, 2005). När sjuksköterskor tvivlar på screeningens effekter kan det leda till lågt engagemang för screening, vilket indirekt är ett hinder för identifiering av kvinnor utsatta för våld i parrelationer. Sjuksköterskors attityd gällande screening av våld, går emot Socialstyrelsens riktlinjer som säger att hälso- och sjukvårdspersonal spelar en viktig roll vid identifiering av våld (Socialstyrelsen, 2014).

Organisatoriska hinder

Resultatet visar på att långt ifrån alla sjuksköterskor rutinmässigt screenar patienter för våld i parrelationer. Socialstyrelsen (2014) anger att frågor om våld ska ställas när symtom eller tecken väcker misstanke om våld och att ansvarig vårdorganisation ska se till att hälso- och sjukvårdspersonal har rutiner för hur och när frågor ska ställas. Sjuksköterskor valde ofta att endast fråga patienter med uppenbara tecken på misshandel som till exempel blåmärken eller andra synliga skador (Sundborg, 2012). Tecken och symtom på våld i parrelationer kan vara

diffusa och förväxlas med något annat (Socialstyrelsen, 2014). Sjuksköterskor tenderar att fokusera på den fysiska aspekten av vården (Goldblatt, 2009). Därmed blir kvinnornas sjukdomslidande uppmärksammat men deras egentliga bakomliggande orsak till livslidandet riskerar att undgå identifiering. Sjuksköterskor tvingas därför ofta göra en bedömning grundad på sin egen intuition och känsla om när de ska beröra våld i parrelationer, vilket styrks i studier av Christofides (2005) och Häggblom & Möller (2006), vilket kan leda till osäkerhet till när och om screening ska ske. När omvårdnadshandlingar grundas på intuition riskerar sjuksköterskor att inte uppfylla patientlagens krav om att ge vård av god kvalitet baserad på beprövad erfarenhet och vetenskap (Socialstyrelsen 2014). När sjuksköterskor frågar om våld baserat på intuition ökar risken för att kvinnor utsatta för våld i parrelationer undgår identifiering och ett ytterligare lidande för patienten kan skapas i form av vårdlidande (Wiklund Gustin, 2014). Därmed försummas kvinnornas behov av trygghet och tröst och en lindring i lidandet. Behovet av tröst uppkommer vid förluster av trygghet som till exempel genom livslidande orsakat av trauma (Santamäki Fischer & Dahlqvist (2014). Sjuksköterskor förväntas kunna se signaler och tecken på våld, våga fråga kvinnor om våld i parrelationer samt vidta lämpliga åtgärder (Benzein, Hagberg, Saveman (2014). När sjuksköterskor ser signaler och tar dessa på allvar kan patienter uppleva att sjuksköterskor handlar i enlighet med patienternas bästa, vilket gör att patienter kan känna tillit till sjuksköterskor (Asp & Ekstedt, 2014).

I två kvalitativa studier (en från Turkiet och en från Australien) framkommer att några sjuksköterskor inte anser att screening för våld tillhör sjuksköterskors arbetsuppgifter vilket är ytterligare ett organisatoriskt hinder som påverkar identifieringen av kvinnor utsatta för våld i parrelationer (Tower, 2012; Efe, 2012). Sjuksköterskorna i studierna hänvisar istället till socialtjänsten (Tower, 2012; Efe, 2012) eller till andra vårdavdelningar, som de anser lämpa sig bättre för screening (Minsky-Kelly, 2005). Enligt Socialstyrelsen (2014) är det hälso- och sjukvårdens ansvar att identifiera våld. Vårdgivaren har till uppdrag att se till att hälso- och sjukvårdspersonal följer de rutiner och riktlinjer som finns gällande våld (Socialstyrelsen, 2014). Enligt Socialstyrelsen (2014) bör alla kvinnor inom framförallt mödrahälsovården screenas för våld i nära relation eftersom det finns vetenskapligt stöd för att rutinfrågor inom just denna enhet har en betydande effekt för att upptäcka våld i parrelationer, vilket styrks av WHO (2014). Enligt ICN:s etiska kod för sjuksköterskor ska sjuksköterskor ingripa på ett lämpligt sätt för att skydda enskilda individer när deras hälsa är hotad av andra personers handlande (NCK, 2010). När sjuksköterskor väljer att inte ta sig an uppgiften att screena för våld riskerar de därmed kvinnors hälsa och säkerhet vilket går emot ICN:s etiska kod för sjuksköterskor. Kvinnor som utsätts för våld i parrelationer kan därigenom utsättas för ett ytterligare lidande orsakat av brist på vård (Wiklund Gustin, 2014).

Brist på enskildhet är ett annat hinder för screening. Eftersom vårdmiljön inte erbjuder möjligheter till enskilda samtal (Furniss, 2007; Minsky-Kelly 2005) är det svårt att försäkra kvinnor integritet under screening (Minsky-Kelly, 2005). Integritet är en förutsättningen för att garantera kvinnor utsatta för våld i parrelationer trygghet. Att sjuksköterskor har möjlighet att samtala med kvinnor utsatta för våld i parrelationer i enskildhet kan göra att de upplever tröst eftersom deras sårbarhet blir sedd och erkänd (Santamäki Fisher & Dahlqvist, 2014). Kvinnans lidande kan lindras i mötet med sjuksköterskan då mötet återskapar en känsla av trygghet och hemmastaddhet, om så bara för stunden (Santamäki Fisher & Dahlqvist, 2014). Ytterligare ett hinder för screening för kvinnor utsatta för våld i parrelationer var att sjuksköterskor kände sig otrygga under screening eftersom de var rädda att förövaren skulle skada dem själva eller kvinnan (Efe, 2012). Det här tyder på att sjuksköterskors arbetsmiljö

inte uppnår arbetsmiljöreglerna som säger att arbetsmiljön ska vara trygg och säker för att minska risken för arbetsskador (Arbetsmiljöverket, 2015).

Slutsatser

Resultatet tyder på att sjuksköterskor ofta har förutbestämda uppfattningar gällande kvinnor utsatta för våld i parrelationers uppförande och utseende och tvingas förlita sig på intuition för att identifiera kvinnor utsatta för våld i parrelationer. Kvinnor utsatta för våld i parrelationers behov av tröst, trygghet och lindring av lidande kan äventyras när sjuksköterskor utgår från stereotyper då det finns stor risk att kvinnor utsatta för våld i parrelationer undgår identifiering. Resultatet visar att sjuksköterskor har brist på utbildning och kunskap om våld i parrelationer, vilket hindrar identifiering och omhändertagande av kvinnor utsatta för våld i parrelationer. För att sjuksköterskor ska kunna ge god omvårdnad och tillgodose kvinnor utsatta för våld i parrelationers behov av tröst, trygghet och lindrat lidande behövs mer kunskap och utbildning i ämnet våld i nära relationer. Ett annat hinder som framkom var brist på enskildhet och tid. För att arbetsbördan på sjuksköterskor ska minska, bör vårdgivare se till att personaltätheten ökar, vilket ger mer tid för screening och möjlighet att tillse kvinnor utsatta för våld i parrelationers behov. Mer personal samt anpassning av arbetsmiljön med rum för enskilda samtal ökar tryggheten både för sjuksköterskor och för kvinnor utsatta för våld i parrelationer vilket gör det möjligt att fråga om våld.

Klinisk tillämpning och fortsatt forskning

Resultatet i uppsatsen belyser hinder i sjuksköterskors omvårdnadsarbete med kvinnor som utsatts för våld i parrelationer. När sjuksköterskor är medvetna om de hinder som finns, kan ny kunskap utvecklas om hur hindren bäst kan hanteras och lösas. Kunskap om lagar och riktlinjer gällande ansvar för screening av våld, symtom och tecken samt rutiner behövs för att sjuksköterskor ska kunna ge adekvat omvårdnad till kvinnor utsatta för våld i parrelationer. Eftersom kvinnor utsatta för våld i parrelationer söker hjälp på vårdens alla instanser kommer grundutbildade sjuksköterskor med stor sannolikhet att möta kvinnor utsatta för våld i parrelationer. Därför bör större vikt läggas på våld i parrelationer framförallt under grundutbildningen men också ges som kontinuerlig fortbildning i det kliniska arbetet. Då konsekvenser av våld i parrelationer är en av de vanligaste orsakerna till kvinnors ohälsa globalt, bör antalet undervisningstimmar i lärosätet lyfta fram och reflektera att det är ett allvarligt problem. För att understryka vikten av ämnet samt förse alla blivande sjuksköterskor med kunskap om våld i parrelationer, bör undervisningen vara obligatorisk. Riktlinjer kring kvinnor utsatta för våld i parrelationers symtom och tecken bör finnas lättillgängligt på varje arbetsplats för att underlätta identifiering. Screening för våld i parrelationer bör vara obligatorisk vid varje ankomstsamtal i syfte att underlätta för sjuksköterskor att beröra ämnet och samtidigt undgå att sjuksköterskor tvingas fråga om våld på egen intuition. Arbetsmiljön bör anpassas så att sjuksköterskor i enskildhet med patienten kan beröra våld i parrelationer.

Syftet var att undersöka hinder som påverkar sjuksköterskors omvårdnadsarbete vid identifiering och omhändertagande av kvinnor utsatta för våld i parrelationer. Under artikelsökningens gång har mycket information gällande våld mot kvinnor i en parrelation framkommit, vilket visar att ämnet är välbeforskat. Trots det visar resultatet att sjuksköterskor besitter lite kunskap om våld i parrelationer. Därför krävs det forskning gällande vad som sker

i steget mellan framforskad kunskap och klinisk tillämpning. Vad är det som gör att kunskapen inte når ut?

Referenslista

De artiklar som finns med i resultatdelen presenteras i referenslistan med en asterisk (*).

Arbetsmiljöverket. (2015). *Hälso- och sjukvård*. Hämtad 2015-11-13, från <https://www.av.se/halsa-och-sakerhet/halso--och-sjukvard/>

Baggens, C., & Sandén, I. (2014). Omvårdnad genom kommunikativa handlingar. I F.Friberg., & J. Öhlén (Red.), *Omvårdnadens grunder perspektiv och förhållningssätt* (s. 507-537). Lund: Studentlitteratur

Benzein, E., Hagberg, M., & Saveman, B-I. (2014). Familj och sociala relationer. I F.Friberg., & J. Öhlén (Red.), *Omvårdnadens grunder perspektiv och förhållningssätt* (s. 69-88). Lund: Studentlitteratur

Broberg, M. (2009). Kommunikation med barn och föräldrar. I I. Hallström., & T. Lindberg (Red.), *Pediatrisk omvårdnad* (s. 93-96). Stockholm: Liber AB

*Christofides, N., & Silo, Z. (2005). How nurses' experiences of domestic violence influence service provision: study conducted in North-west Province, South Africa. *Nursing & Health Sciences*, 7(1), 9-14.

*DeBoer, M. I., Kothari, R., Kothari, C., Koestner, A. L., & Rohs, J., Thomas. (2013). What are barriers to nurses screening for intimate partner violence? *Journal of Trauma Nursing : The Official Journal of the Society of Trauma Nurses*, 20(3), 155-162.

*Efe, Ş. Y., & Taşkın, L. (2012). Emergency nurses' barriers to intervention of domestic violence in turkey: A qualitative study. *Sexuality and Disability*, 30(4), 441-451.

Ellsberg, M., Jansen, H. A., Heise, L., Watts, C. H., Garcia-Moreno, C., WHO Multicountry Study Womens Hlth, & WHO Multi-country Study on Women's Health and Domestic Violence against Women Study Team. (2008). Intimate partner violence and women's physical and mental health in the WHO multi-country study on women's health and domestic violence: An observational study. *The Lancet*, 371(9619), 1165-1172.

Friberg, F. (2012). *Dags för uppsats: Vägledning för litteraturbaserade examensarbeten* (2., [rev.] uppl. ed.). Lund: Studentlitteratur.

*Furniss, K., McCaffrey, M., Parnell, V., & Rovi, S. (2007). Nurses and barriers to screening for intimate partner violence. *MCN, the American Journal of Maternal/Child Nursing*, 32(4), 238-243.

Frenzel, A., & Brottsförebyggande rådet. (2014). *Brott i nära relationer: En nationell kartläggning*. Stockholm: Brottsförebyggande rådet (BRÅ).

Godfrey, J. R. (2007). Toward optimal health: Dr. brigid McCaw discusses intimate partner violence. *Journal of Women's Health*, 16(6), 802-806.

- *Goldblatt, H. (2009). Caring for abused women: Impact on nurses' professional and personal life experiences. *Journal of Advanced Nursing*, 65(8), 1645-1654.
- Göteborgs universitetsbibliotek. (2013). *Scopus*. Hämtad 2015-11-29, från <http://www.ub.gu.se/sok/db/show.xml?id=12296561>
- Hamberger, L. K., & Phelan, M. B. (2006). Domestic violence screening in medical and mental health care settings: Overcoming barriers to screening, identifying, and helping partner violence victims. *Journal of Aggression, Maltreatment & Trauma*, 13(3), 61-99.
- Henricson, M. (2012). *Vetenskaplig teori och metod: Från idé till examination inom omvårdnad* (1. uppl. ed.). Lund: Studentlitteratur.
- Hewitt, L. N., Bhavsar, P., & Phelan, H. A. (2011). The secrets women keep: Intimate partner violence screening in the female trauma patient. *The Journal of Trauma: Injury, Infection, and Critical Care*, 70(2), 320-323.
- Holmberg, A., & Forum Syd. (2005). *Gör kön till en fråga om makt*. Stockholm: Forum Syd förlag.
- Hägglom, A. M. E., & Möller, A. R. (2006). On a life-saving mission: Nurses' willingness to encounter with intimate partner abuse. *Qualitative Health Research*, 16(8), 1075-1090.
- Kvinnofridslinjen. (2015). *Reaktioner på våld*. Hämtad 2015-11-29, från <http://kvinnofridslinjen.se/index.php?page=reaktioner-pa-vald>
- Kvinnofridslinjen. (2015). *Våld mot kvinnor i nära relationer*. Hämtad 2015-11-29, från <http://kvinnofridslinjen.se/index.php?page=vald-mot-kvinnor>
- Natan, M. B., & Rais, I. (2010). Knowledge and attitudes of nurses regarding domestic violence and their effect on the identification of battered women. *Journal of Trauma Nursing : The Official Journal of the Society of Trauma Nurses*, 17(2), 112-117.
- Nationalencyklopedin. (2015). *Patriarkat*. Hämtad 2015-11-27, från <http://www.ne.se/uppslagsverk/encyklopedi/lang/patriarkat>
- Nationellt Centrum för Kvinnofrid. (2015). *Hälso- och sjukvårdens ansvar*. Hämtad 2015-11-23, från http://www.nck.uu.se/Kunskapscentrum/Kunskapsbanken/Praktik+och+metod/H%C3%A4lso-+och+sjukv%C3%A5rdens+ansvar/Halso-_och_sjukvardens_ansvar_-_Kunskapsbankens_amnesguide/
- Nationellt Centrum för Kvinnofrid. (2015). *Sekretess inom hälso- och sjukvården*. Hämtad 2015-11-23, från http://www.nck.uu.se/Kunskapscentrum/Kunskapsbanken/Praktik+och+metod/H%C3%A4lso-+och+sjukv%C3%A5rdens+ansvar/Sekretess_inom_halso-_och_sjukvarden_/

- Nationellt Centrum för Kvinnofrid. (2014). *Medicinska och psykosociala konsekvenser av våld i nära relationer*. Hämtad 2015-11-29, från http://www.nck.uu.se/Kunskapscentrum/Kunskapsbanken/amnen/Vald_i_nara_relationer/Medicinska_och_psykosociala_konsekvenser/
- *Minsky-Kelly, D., Hamberger, L. K., Pape, D. A., & Wolff, M. (2005). We've had training, now what?: Qualitative analysis of barriers to domestic violence screening and referral in a health care setting. *Journal of Interpersonal Violence*, 20(10), 1288-1309
- Määttä, S., Öresland, S. (2009). Genuskoll i omvårdnad. I F.Friberg., & J. Öhlén (Red.), *Omvårdnadens grunder perspektiv och förhållningssätt* (s. 89-105). Lund: Studentlitteratur
- PubMed. (2015). *PubMed*. Hämtad 2015-11-29, från <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed>
- Pulerwitz, J., Hughes, L., Mehta, M., Kidanu, A., Verani, F., & Tewolde, S. (2015). Changing gender norms and reducing intimate partner violence: Results from a quasi-experimental intervention study with young men in ethiopia. *American Journal of Public Health*, 105(1), 132-137.
- Regeringskansliet. (2006). *Patriarkalt våld som hot mot mänsklig säkerhet: En kartläggning av åtgärder mot patriarkalt våld och förtryck, särskilt i hederns namn, mot kvinnor och homo- och bisexuella samt transpersoner*. Hämtad 2015-11-27, från <http://www.regeringen.se/contentassets/d8d7512f54bd4ac1b15a4d6287d72374/patriarkalt-vald-som-hot-mot-mansklig-sakerhet>
- Robinson, R. (2010). Myths and stereotypes: How registered nurses screen for intimate partner violence. *Journal of Emergency Nursing*, 36(6), 572-576.
- Santamäki Fischer, R., & Dahlqvist, V. (2014). Tröst och trygghet. I F.Friberg., & J. Öhlén (Red.), *Omvårdnadens grunder perspektiv och förhållningssätt* (s. 297-321). Lund: Studentlitteratur
- Socialstyrelsen. (2014). *Att upptäcka och ställa frågor om våld i nära relationer*. Hämtad 2015-11-23, från <http://www.socialstyrelsen.se/valds-ochbrottsrelateradefragor/valdinararelationer/upptackavald>
- Socialstyrelsen. (2006). *Kostnader för våld mot kvinnor - En samhällsekonomisk analys*. Hämtad 2015-11-29, från <http://www.socialstyrelsen.se/publikationer2006/2006-131-34>
- Socialstyrelsen. (2002). *Tack för att ni frågar: Screening om våld mot kvinnor*. Stockholm: Socialstyrelsen.
- Socialstyrelsen. (2014). *Våld - Handbok om socialtjänstens och hälso- och sjukvårdens arbete med våld i nära relationer*. Hämtad 2015-11-23, från <http://www.socialstyrelsen.se/publikationer2015/2015-4-4/Sidor/default.aspx>

- *Sundborg, E. M., Saleh-Stattn, N., Wändell, P., & Törnkvist, L. (2012). Nurses' preparedness to care for women exposed to intimate partner violence: A quantitative study in primary health care. *BMC Nursing*, 11(1), 1-1.
- Sveriges Riksdag. (2015). *Hälso- och sjukvårdslag (1982:763)*. Hämtad 2015-10-13, från https://www.riksdagen.se/sv/Dokument-Lagar/Lagar/Svenskforfattningssamling/Halso--och-sjukvardslag-1982_sfs-1982-763/
- Svensk sjuksköterskeförening.(2013) *Evidensbaserad omvårdnad*. Hämtad 2015-11-13, från <http://www.swenurse.se/Sa-tycker-vi/Publikationer/Evidensbaserad-omvardnad/>
- Svensk Sjuksköterskeförening. (2014). *ICN:s etiska kod för sjuksköterskor*. Hämtad 2015-10-13, från http://www.swenurse.se/globalassets/publikationer-svensk-sjukskoterskeforening/etik-publikationer/sjukskoterskornas.etiska.kod_2014.pdf
- *Tower, M., Rowe, J., & Wallis, M. (2012). Reconceptualising health and health care for women affected by domestic violence. *Contemporary Nurse: A Journal for the Australian Nursing Profession*, 42(2), 216-225
- UK Government. (2015). *Domestic violence and abuse*. Hämtad 2015-11-29, från <https://www.gov.uk/guidance/domestic-violence-and-abuse#domestic-violence-and-abuse-new-definition>
- Wiklund Gustin, L. (2014). Lidande- en del av människans liv. I F.Friberg., & J. Öhlén (Red.), *Omvårdnadens grunder perspektiv och förhållningssätt* (s. 269-295). Lund: Studentlitteratur
- *Yonaka, L., Yoder, M. K., Darrow, J. B., & Sherck, J. P. (2007). Barriers to screening for domestic violence in the emergency department. *The Journal of Continuing Education in Nursing*, 38(1), 37- 45.

Bilaga 1

Översikt över litteratursökning och valda artiklar

Cinahl	Sökord	Begränsningar	Antal träffar	Relevanta abstract	Granskade artiklar	Valda
8/10/15	Nursing care AND Domestic violence	Peer reviewed, Research article 2005-2015	12	5	2	Christofides, N., & Silo, Z. (2005). "How nurses' experiences of domestic violence influence service provision: Study conducted in North-west Province, South Africa."
14/10/15	Nurse AND Intimate partner violence AND Barriers	Peer reviewed, Research article, 2005-2015	23	9	7	Furniss, K., McCaffrey, M., Parnell, V., & Rovi, S. (2007). "Nurses and Barriers to Screening for Intimate Partner Violence."
14/10/15	Nursing care AND Intimate partner violence	Peer reviewed, Research article, 2005-2015	8	4	2	Sundborg, E. M., Saleh-Stattin, N., Wändell, P., & Törnkvist, L. (2012). "Nurses' preparedness to care for women exposed to Intimate Partner Violence: A quantitative study in primary health care."
14/10/15	Registered nurse AND Domestic violence AND Barriers	Peer reviewed, Research article	3	3	2	Yonaka, L., Yoder, M. K., Darrow, J. B., & Sherck, J. P. (2007). "Barriers to Screening for Domestic Violence in the Emergency Department."

Pubmed	Sökord	Begränsningar	Träffar	Relevanta abstract	Granskade artiklar	Valda
14/10/15	Registered nurse AND Domestic violence, AND Barriers	10 years, Humans	37	11	8	DeBoer, M. I., Kothari, R., Kothari, C., Koestner, A. L., & Rohs, J., Thomas. (2013). <i>“What Are Barriers to Nurses Screening for Intimate Partner Violence?”</i>

Scopus	Sökord	Begränsningar	Träffar	Relevanta abstract	Granskade artiklar	Valda
8/10/15	Healthcare professional AND Response AND Domestic violence	Article title, abstract, keywords, 2005-2015	16	7	5	<p>Goldblatt, H. (2009). <i>“Caring for abused women: Impact on nurses’ professional and personal life experiences.”</i></p> <p>Tower, M., Rowe, J., & Wallis, M. (2012). <i>“Reconceptualising health and health care for women affected by domestic violence.”</i></p> <p>Minsky-Kelly, D., Hamberger, L. K., Pape, D. A., & Wolff, M. (2005). <i>“We’ve had training, now what? Qualitative analysis of barriers to domestic violence screening and referral in a health care setting.”</i></p>
17/10/15	Nurse AND Domestic violence AND caring AND barriers	Article title, abstract, keywords, 2005-2015	3	3	3	Efe, Ş. Y., & Taşkin, L. (2012). <i>Emergency Nurses’ Barriers to Intervention of Domestic Violence in Turkey: A Qualitative Study.”</i>

Bilaga 2

Protokoll för kvalitetsbedömning av studier med kvalitativ metod, enligt Willman, Stoltz & Bahtsevani (2006)

	Fråga	Ja	Nej	Vet ej
1	Finns tydlig begränsning/problemformulering?			
2	Beskrivs patientkaraktistika? (Antal, ålder, man/kvinna)			
3	Är kontexten presenterad?			
4	Finns ett etiskt resonemang?			
5	Är urvalet relevant?			
6	Är urvalet strategiskt?			
7	Är metod för urvalsörfarande tydligt beskrivet?			
8	Är metod för datainsamling tydligt beskrivet?			
9	Är metod för analys tydligt beskriven?			
10	Är resultatet logiskt, begripligt?			
11	Råder datamättnad?			
12	Råder analysmättnad?			
13	Redovisas resultatet klart och tydligt?			
14	Redovisas resultatet i förhållande till teoretisk referensram?			
15	Genereras teori?			
16	Vilket fenomen/upplevelse/mening beskrivs? Är beskrivning/analys adekvat?			
	Sammanfattande bedömning av kvalitet?	Bra	Medel	Dålig

För att klassificera denna typ av studie gavs varje positivt svar poäng och räknades sedan ut i procent mot den totala poängsumman. Detta bidrog till tre kvalitetsgrader:

Grad I 80-100 % (Hög kvalitet)

Grad II 70-79 % (Medel kvalitet)

Grad III 60-69 % (Låg kvalitet)

Protokoll för kvalitetsbedömning av studier med kvantitativ metod, RCT & CCT enligt Willman, Stoltz & Bahtsevani (2006)

RCT?	CCT?	Multicenter? Antal.....	Kontrollgrupp/er.....
------	------	-------------------------	-----------------------

	Fråga	Ja	Nej	Vet ej
1	Adekvat inkludering/exkludering?			
2	Beskrivs patientkarakteristika? (Antal, ålder, man/kvinna)			
3	Är urvalsförfarande beskrivet?			
4	Är urvalet representativt?			
5	Är randomiseringsförfarandet beskrivet?			
6	Var grupperna likvärdiga vid start?			
7	Analyserade i den grupp som de randomiserades till?			
8	Förekommer blindning av patienter?			
9	Förekommer blindning av vårdare?			
10	Förekommer blinding av forskare?			
11	Är bortfallsanalysen beskriven?			
12	Är bortfallsstorleken beskriven?			
13	Finns ett etiskt resonemang?			
14	Är instrumenten valida?			
15	Är instrumenten reliabla?			
16	Är resultatet generaliserbart?			
	Sammanfattande bedömning av kvalitet?	Låg	Me del	Hög

För att klassificera denna typ av studie gavs varje positivt svar poäng och räknades sedan ut i procent mot den totala poängsumman. Detta bidrog till tre kvalitetsgrader:

Grad I 80-100 % (Hög kvalitet)

Grad II 70-79 % (Medel kvalitet)

Grad III 60-69 % (Låg kvalitet)

Bilaga 3

Artikelsammanfattning

Titel: "Barriers to Screening for Domestic Violence in the Emergency Department."

Författare: Yonaka, L., Yoder, M. K., & Darrow, J.B.

Tidskrift: The Journal of Continuing Education in Nursing.

År: 2007.

Land: USA.

Syfte: Målet med studien var att identifiera eventuella hinder som sjuksköterskor på en akutmottagning kan stöta på när de frågar patienter om våld i nära relation samt att bedöma sjuksköterskors utbildnings- bakgrund för fortsatt utbildning och behov av utbildning gällande våld i nära relation.

Metod: En kvantitativ studie där 33 heltids- och deltidssamarbetande sjuksköterskor på en akutmottagning deltog. Forskarna ansåg att resultatet inte var generaliserbart eftersom de använt sig av ett modifierat verktyg samt att sampeln var liten. En anonym enkät bestående av tre delar användes som screeningsverktyg. Enkäten var från början framtagen för sjuksköterskor inom obstetrik och gynekologi. Forskarna testade enkäten för reliabilitet och validitet med hjälp av en universitetsprofessor. En skriftlig tillåtelse gavs för att modifiera enkäten och använda den inom akutenheten. Enkätens första del bestod av 18 uttalanden som användes för att bestämma sjuksköterskors föreställningar och attityder gällande screening för våld i nära relation. Frågorna var slutna och man kunde svara på en skala mellan 1-5. Den andra komponenten bestod av demografiska frågor gällande sjuksköterskors ålder, kön och etnicitet. Den tredje komponenten bestod av två ja eller nej frågor gällande urval av patienter och rutiner för screening. Ytterligare en fråga lades till den ursprungliga enkäten där forskarna frågade om sjuksköterskor hade stött på problem relaterat till språkbarriärer. Enkäten pilottestades av sjuksköterskekollegor. Frågeformuläret distribuerades sedan ut till alla sjuksköterskor på akutenheten under personalmöten.

Etiskt övervägande: För ett etiskt resonemang, deltagarna garanterades anonymitet.

Resultat: De mest signifikanta hindren för screening gällande våld i nära relation var: brist på utbildning och instruktioner om hur frågor om våld i nära relation skulle ställas, språkbarriärer mellan patienter och sjuksköterskor, personlig erfarenhet av våld inom familjen samt tidsbrist.

Kvalitet: Medel.

Titel: "Caring for abused women: impact on nurses' professional and personal life experiences."

Författare: Goldblatt, H.

Tidskrift: Journal of Advanced Nursing.

År: 2009.

Land: Israel.

Syfte: Undersöka hur omhändertagandet av våldsutsatta kvinnor påverkar sjuksköterskor på ett professionellt och personligt plan.

Metod: Kvalitativ studie med en fenomenologisk ansats. Kvinnliga sjuksköterskor från olika vårdmiljöer som mött minst en våldsutsatt kvinna under det senaste året rekryterades till studien. Manliga sjuksköterskor valdes strategiskt bort för att förhindra att olikheter i studien framkom till följd av könsskillnader. Antalet deltagare bestämdes utifrån mättnadsprincipen. 14 Sjuksköterskestudenter som handledes av en forskningshandledare som vägledde och undervisade dem för varje steg i forskningsprocessen genomförde intervjuerna. Under ett år

hade studenterna fått undervisning om kvalitativ forskningsmetod. Material samlades in under 2005 mellan februari och juni i form av djupintervjuer som genomfördes på hebreiska som varade i drygt en timme. Intervjuerna spelades in och transkriberades ordagrant för att sedan översättas till engelska av handledaren. Sjuksköterskestudenterna uppmanade deltagarna att berätta deras historia från ett reflekterande perspektiv enligt fenomenologisk tradition.

Etiskt övervägande: Godkänd av en etisk kommitté. Deltagarna fick även ge sitt skriftliga godkännande.

Resultat: Två teman framkom där mötet med kvinnor som blivit utsatta för våld i nära relation påverkar både den professionella rollen i form av dömande attityd, avståndstagande och emotionell påverkan samt sjuksköterskors upplevelse av svårigheter att skilja på arbete och privatliv.

Kvalitet: Hög.

Titel: *“Emergency nurses’ barriers to intervention of domestic violence in Turkey: A qualitative study.”*

Författare: Efe, Ş Y. & Taşkın, L.

Tidskrift: Sexuality and Disability.

År: 2012.

Land: Turkiet.

Syfte: Att belysa faktorer som hindrar sjuksköterskor från att ge kvinnor som utsatts för våld i nära parrelationer adekvat omvårdnad.

Metod: En kvalitativ studie där man använde sig av djupgående intervjuer. Målet med studien var inte främst att få fram ett generaliserbart resultat utan att förstå fallen grundligt. Forskarna använde sig av maximal variationssampel vilket är en målmedveten metod för att få fram studiesampeln. Forskarna använde sig utav en maximalt varierad sampel för att försäkra sig om att få bred variation av individer och på så sätt få tillgång till en större datamängd. Totalt deltog 30 sjuksköterskor som hade arbetat minst ett år på akutmottagning på sjukhus.

Forskarna klassificerade sjukhus i Ankara i tre nivåer; universitetssjukhus, statliga utbildnings- och forskningssjukhus samt privata sjukhus. Därefter valdes ett sjukhus från varje skikt genom slumpmässigt urval. Sjuksköterskorna grupperades i olika grupper beroende av antal yrkesverksamma år, antal år man arbetat på akuten samt utbildningsnivå. Forskarna ansåg att dessa faktorer kunde påverka sjuksköterskors åsikter och erfarenheter gällande våld i nära relation. Genom att läsa tidigare forskning samt ta råd från specialister inom våld i nära relation, kvalitativ forskning och obstetrik och gynekologi kom man överens om följande två frågor: “According to you, could you give adequate nursing care to women exposed to domestic violence?” “If not, what are the barriers?

(individualistic/institutional/communal)” (s. 443). Intervjuerna genomfördes på akuten efter att sjuksköterskorna avslutat sin arbetsdag. Under intervjuerna var det en sista års sjuksköterskestudent som tog anteckningar. Varje sjuksköterska intervjuades under 20 till 30 minuter. Intervjuerna spelades in efter att deltagarna gett sitt skriftliga godkännande.

Intervjuerna transkriberades samma dag och jämfördes med anteckningar. De transkriberade intervjuerna lästes igen efter att alla intervjuer var klara. De gemensamma åsikter som framkom vid intervjuerna grupperades och kodades i enlighet med de teman som skapats för deskriptiv analys. Därefter lästes alla intervjuer igen. Citat från de uttalanden som bäst definierade sjuksköterskors åsikter och erfarenheter användes i studien.

Etiskt övervägande: Studien var inte godkänd av en etisk kommitté men författarna för ett etiskt resonemang och deltagarna har fått ge sitt skriftliga godkännande.

Resultat: Studien kom fram till tre huvudteman vilka hindrade sjuksköterskors omhändertagande om kvinnor utsatta för våld i nära relation. De var följande:

- Otillräcklig kunskap hos sjuksköterskor gällande våld i nära relation,
- Hinder i arbetsmiljön såsom tidsbrist och avsaknad av enskildhet,
- Attityder och åsikter hos sjuksköterskor där de bland annat ansåg att våld i nära relation var ett familjeproblem samt att våld i nära relation var ett problem som är svårt att lösa.

Kvalitet: Medel.

Titel: *“How nurses' experiences of domestic violence influence service provision: Study conducted in North-west Province, South Africa.”*

Författare: Christofides, N. J., & Silo, Z.

Tidskrift: Nursing & Health Sciences.

År: 2005.

Land: Sydafrika.

Syfte: Att undersöka om sjuksköterskors egna erfarenheter av våld i nära relation påverkar deras hantering av våld i nära relation och våldtäkter.

Metod: En kvantitativ studie där 212 sjuksköterskor av 408 möjliga, från två sjukhus och 20 vårdcentraler deltog. Alla kvinnliga, kliniskt arbetande sjuksköterskor var berättigade att delta i studien. Studien använde ett standardiserat frågeformulär där frågorna ställdes till deltagande sjuksköterskor till person av fältarbetare. Kvaliteten på vården mättes genom kunskap och attityder samt vilka tillvägagångssätt som användes för omhändertagande vid våld i nära relation. Även frågor gällande sjuksköterskors personliga erfarenheter av våld i nära relation samt om deras familjer eller vänner varit utsatta för våld i nära relation ställdes. Forskarna mätte kvaliteten på sjuksköterskornas omvårdnad och jämförde med sjuksköterskornas svar gällande egen erfarenhet av våld i nära relation. Syftet var att undersöka om det fanns någon samkorrelation mellan kvaliteten på omvårdnaden och sjuksköterskors erfarenheter. Frågorna poängterades mellan -1 till 4. Slutna frågor poäng gavs: Där minuspoäng gavs till felbehandling, noll till fel svar eller inget svar och ett poäng till rätt svar. Det fanns även öppna frågor där maxpoäng var 6 poäng men det högsta uppnådda poängen var 4.

Etiskt övervägande: Publicerad i en vetenskaplig tidskrift som kräver etiskt godkännande av en kommitté.

Resultat: Att sjuksköterskor hade personlig erfarenhet av våld i nära relation påverkade inte omhändertagande och identifiering av kvinnor utsatta för våld i nära relation. Däremot var sjuksköterskor med erfarenhet av våld i nära relation bland vänner och familj mer benägna att ge en högre kvalitet på omhändertagandet av kvinnor utsatta för våld i nära relation.

Kvalitet: Hög.

Titel: *“Nurses and Barriers to Screening for Intimate Partner Violence.”*

Författare: Furniss, K., McCaffrey, M., Parnell, V., & Rovi, S.

Tidskrift: MCN, the American Journal of Maternal/Child Nursing.

År: 2007.

Land: USA.

Syfte: Att få fram tankar hos förlossnings- och akutsjuksköterskor om hinder för screening gällande våld i nära relation.

Metod: En kvantitativ studie med 385 deltagande sjuksköterskor. Varav 85 var från mödravårdscentraler och 300 förlossningssjuksköterskor som hade medlemskap i en organisation för området. Det fanns inga exklusionskriterier för att delta i studien. Ett enkelt

frågeformulär utvecklades av forskarnas och designades för att kunna vara lätt att besvara. Frågeformuläret pilottestades av fem sjuksköterskor som tyckte att frågorna var lätta att förstå samt svara på. Frågeformuläret distribuerades sedan ut till ett urval av sjuksköterskor på två BB i New Jersey och ett förlossningscenter i Maryland samt till en medlemskapsorganisation för sjuksköterskor som arbetade inom förlossningsområdet. Inga reliabilitetstest krävdes. En del frågor behövde rangordnas medan andra krävde öppna svar även demografiska frågor gällande yrkesverksamhet och specialområde ingick i frågeformuläret. Frågeformuläret syftade till att sjuksköterskor skulle rangordna de mest svåraste hindrena för screening, hur bekväma sjuksköterskor kände sig att fråga om våld i nära relation och om de regelbundet frågade patienter om våld i nära relation. Sjuksköterskors åsikter snarare än attityder eftersöktes i studien.

Etiskt övervägande: Etisk kommitté.

Resultat: Visade att ju mer erfarenhet inom yrket sjuksköterskor hade desto mer bekväm kände de sig gällande att ställa frågor om våld i nära relation. De flesta sjuksköterskor hade själva aldrig fått frågan om våld i nära relation inom hälso- och sjukvården, av de sjuksköterskor som hade blivit tillfrågade om våld i nära relation hade mer än hälften fått frågan av en sjuksköterska. I studien framkom även att brist på enskildhet, tid och osäkerhet var ett hinder för sjuksköterskor att ställa frågor om våld i nära relation.

Kvalitet: Hög.

Titel: "Nurses' preparedness to care for women exposed to Intimate Partner Violence: A quantitative study in primary health care."

Författare: Sundborg, E. M., Saleh-Stattin, N., Wändell, P., & Törnkvist, L.

Tidskrift: BMC Nursing.

År: 2012.

Land: Sverige.

Syfte: Målet med studien var att utvärdera sjuksköterskors beredskap att identifiera och ge omvårdnad till kvinnor som utsätts för våld i nära relation och som uppsöker primärvården.

Metod: En kvantitativ studie där 192 sjuksköterskor från 39 olika vårdcentraler svarade på ett frågeformulär som syftade att mäta sjuksköterskors beredskap i mötet med kvinnor utsatta för våld i nära relationer angående identifiering och utförande av omvårdnadsåtgärder. Endast en manlig sjuksköterska deltog. Studiens frågeformulär var baserat på en systematisk litteraturöversikt samt forskarnas kunskap och erfarenhet inom området. Ett första utkast skickades till en professionell undersökningsdesigner (svenska statistiska centralbyrån), som förbättrade frågeformuläret. Det förbättrade formuläret bestod av 27 frågor och pilottestades av sex sjuksköterskor som arbetade på en vårdcentral. Sjuksköterskorna svarade på frågeformuläret och gav kommentarer om hur tydliga och relevanta frågorna var. Efter pilotstudien togs två frågor bort. Den förbättrade versionen bestod av 27 frågor och pilottestades igen av 39 sjuksköterskor på en vårdcentral i en annan kommun. Den slutgiltiga versionen bestod av 29 frågor. Frågeformuläret bestod av slutna frågor med flersvars alternativ. 9 frågor gällde demografisk data och erfarenheter, 20 frågor handlade om sjuksköterskors beredskap att ge omvårdnad till kvinnor utsatta för våld i nära relation, 13 av dessa frågor handlade även om sjuksköterskors personliga attityder.

Etiskt övervägande: Godkänd av en regional etikprövningsnämnd.

Resultat: Sjuksköterskor saknade organisatoriskt stöd gällande riktlinjer, samarbete med andra myndigheter och kunskap gällande omfattningen av utsatthet för våld i nära relationer. Endast hälften av sjuksköterskorna screenade för våld i nära relation och gjorde det oftast när kvinnor utsatta för våld i nära relationer hade fysiska skador.

Kvalitet: Hög.

Titel: *“Reconceptualising health and health care for women affected by domestic violence.”*

Författare: Tower, M., Rowe, J. & Wallis, M.

Tidskrift: Contemporary Nurse: A Journal for the Australian Nursing Profession.

År: 2012.

Land: Australien.

Syfte: Att utforska sjuksköterskors erfarenheter av omhändertagande av kvinnor som upplever våld i nära relation. För att därefter använda resultatet från fas I av studien i syfte att utveckla vårdrelaterad kunskap gällande hälsofrågor och servicebehov för våldsutsatta kvinnor.

Metod: Kvalitativ studie med tolkande interaktionism, vilket är en metod som utvecklats för att genomföra studier på sociala eller personliga problem som har offentliga och politiska konsekvenser. Metoden syftar till att belysa deltagarnas perspektiv på världen och sina liv. Urvalet var strategiskt och bestod av 12 sjuksköterskor med minst fem års erfarenhet och arbetade på två olika sjukhus samt en vårdcentral. Sjuksköterskor från vårdcentralen deltog endast i fas II. Både män och kvinnor deltog i studien. Antalet deltagare ansågs av forskarna vara tillräckligt många för att besvara syftet. Varje deltagare intervjuades två gånger angående deras uppfattning om vilka hälsobehov som våldsutsatta kvinnor hade. Intervjuerna fortsatte tills datamättnad rådde och ny och mer innehållsrik förståelse hade utvecklats. Deltagarnas svar transkriberades, analyserades och tolkades. Därefter sammanställdes intervjuerna till längre texter som sedan kortades ner i mindre delar med kärninnehållet intakt.

Etiskt övervägande: Godkänd av en etisk kommitté.

Resultat: Sjuksköterskor berättar om hur mötet med kvinnor som blivit utsatta för våld i nära relation väcker mycket känslor. Vidare upplevde sjuksköterskor att de saknade tillräcklig utbildning för att ge adekvat omvårdnad. Många sjuksköterskor reflekterade i slutet av intervjuerna om hur små gester som till exempel att ta sig tid att lyssna, kan betyda mycket för att våldsutsatta kvinnor skulle uppleva en god omvårdnad.

Kvalitet: Hög.

Titel: *“We've had training, now what? Qualitative analysis of barriers to domestic violence screening and referral in a health care setting.”*

Författare: Minsky-Kelly, D., Hamberger, LK., Pape, DA., Wolff, M.

Tidskrift: Journal of interpersonal violence.

År: 2005.

Land: USA.

Syfte: Syftet med studien var att identifiera organisatoriska hinder för identifiering och remittering av våld i nära relation.

Metod: En kvalitativ studie där sammanlagt 39 deltagare intervjuades i sju fokusgrupper, bestående av fem till sex deltagare. Varje fokusgrupp varade i 90 minuter. Vårdmiljön som studien utfördes i var ett integrerat hälso- och sjukvårdssystem och bestod av två sjukhus och en multispecialiserad praktik som låg i ett medelstort samhälle i västra USA som betjänade mer än 150 000 invånare. Forskarna valde att studera avdelningar med en hög andel kvinnliga patienter. Avdelningar som ingick i studien var: Psykisk ohälsa och missbruk från öppenvård till slutenvård samt två akutavdelningar. En akutavdelning låg i ett lägre socioekonomiskt område och var inriktat på vård gällande psykisk ohälsa och missbruk. Den andra akutavdelningen hade ett större spann än den första och tenderade att hantera fler akuta medicinska fall. Vidare deltog personal från en endoskopiavdelning, en obstetrikavdelning, en

sluten förlossningsavdelning samt en avdelning där kvinnor och spädbarn vårdades efter förlossning. Deltagarna till studien valdes ut genom att cheferna för de olika avdelningarna ombads att välja ut tre till fem anställda att delta i fokusgruppsintervjuer. Kriterierna vid val av deltagare syftade till att få en stor variationsbredd av både sjuksköterskor och mentalskötare med både positiva och negativa erfarenheter av screening för våld i nära relation. 80 procent av deltagarna var sjuksköterskor och 20 procent var mentalskötare. 85 procent av deltagarna var kvinnor och 15 procent var män. Nio fokusgruppsfrågor utvecklades för att svara på praktiska frågor om hur den utbildning som ägt rum 6 månader tidigare hade integrerats i arbetet. Öppna gruppdiskussioner genomfördes och enda gången forskarna avbröt diskussionen var med syfte att klargöra och försäkra sig om att varje deltagare hade möjlighet att uttrycka sina åsikter. På grund av att vissa deltagare var obekväma med att uttrycka sina åsikter under sessionen valde forskarna att inte spela in intervjuerna, så att deltagarna kunde ge ärliga svar. Tre medlemmar av sjukhusets arbetsgrupper för våld i nära relation, ledde fokusgrupperna. Handledarna fungerade som anteckningstagare och dokumenterade deltagarnas svar ordagrant. Minnesanteckningarna blev omedelbart transkriberade till ett skriftligt format för att återspegla ordagranna responser.

Etiskt övervägande: För ett etiskt resonemang genom att deltagarna garanterades anonymitet.

Resultat: Fokusgruppernas svar identifierade fem teman gällande systemomfattande och enskilda sjukhusavdelningars hinder för identifiering och remittering av våld i nära relation. De följande fem teman var:

- Frågor om lämplighet och värdet av screening för patienten
- Bristande kompetens hos vårdgivare resulterade i frustration
- Oro över tid och arbetsbelastningsprioriteringar
- Oro gällande screeningsprocessen
- Oro gällande resultat och effekt av screening för våld i nära relation

Kvalitet: Medel.

Titel: “*What Are Barriers to Nurses Screening for Intimate Partner Violence?*”

Författare: DeBoer, M., Kothari, R., Kothari, C., Koestner, A., & Rohs, T.

Tidskrift: Journal of Trauma Nursing.

År: 2013.

Land: USA.

Syfte: Att identifiera sjuksköterskors attityder och upplevda hinder för screening av våld i nära relation.

Metod: En kvantitativ anonym observationsstudie genomfördes på sjukhus där 156 sjuksköterskor på ett traumacenter deltog. Ett webbaserat datainsamlingsverktyg användes för att skapa enkäten som användes för studien. Deltagarna rekryterades under avdelningsmöten och via e-mail och intranätet. Enkäten fanns tillgänglig i pappersformat under en fyra veckors period. Påminnelser gjordes även via e-mejl och personligen. Sjuksköterskor som hade kort eller begränsad patientkontakt som till exempel operationssjuksköterskor och öppenvårdssjuksköterskor exkluderades från studien. Enkäten bestod av 7 demografiska frågor och 22 frågor angående attityder, hinder och kunskapsbaserade frågor. Frågorna anpassades till studien med tillstånd från en tidigare undersökning där frågorna administrerats till sjuksköterskor i Israel. Enkäten bestod av flervalsfrågor och en sektion med 15 självskattningsfrågor som besvarades med hjälp av en 6 poängs Likertskala. Svaren på skalan rangordnades från “håller helt med” till “håller inte alls med”. All datainsamling var självrapporterad.

Etiskt övervägande: Etisk kommitté.

Resultat: 82,6 procent av sjuksköterskor rapporterade att de hade tagit hand om två eller färre kvinnor utsatta för våld i nära relationer, och 45,8 procent rapporterade att de inte hade vårdat en enda kvinna utsatt för våld i nära relationer under det senaste året. Majoriteten av sjuksköterskor i studien ansåg att screening för våld i nära relation var viktigt, att det var deras ansvar att screena sina patienter och att de upplevde hinder i arbetsmiljön såsom brist på utbildning.

Kvalitet: Hög.