



GÖTEBORGS  
UNIVERSITET

**SAHLGRENSKA AKADEMIN**  
**INSTITUTIONEN FÖR VÅRDVETENSKAP OCH HÄLSA**

# VÅLDSUTSATTA KVINNOR

- **Upplevelser av mötet med vårdpersonal och sjuksköterskans roll vid identifikation och bemötande av våld i nära relationer**

**Författare: Anna Roselin och Mathilda Stenberg**

---

Uppsats/Examensarbete:	15 hp
Program och/eller kurs:	Sjuksköterskeprogrammet, Examensarbete
Nivå:	Grundnivå
Termin/år:	Ht/2015
Handledare:	Åsa Premberg
Examinator:	Nabi Fatahi
	Institutionen för Vårdvetenskap och hälsa

Titel (svensk):	Våldsutsatta kvinnor – Upplevelser av mötet med vårdpersonal och sjuksköterskans roll vid identifikation och bemötande av våld i nära relationer.
Titel (engelsk):	Abused women – Experiences of encounter with health professionals and the nurses' role in the identification and respond of intimate partner violence.
Examensarbete:	15 hp
Program:	Sjuksköterskeprogrammet
Nivå:	Grundnivå
Termin/år:	Ht 2015
Författare:	Anna Roselin och Mathilda Stenberg
Handledare:	Åsa Premberg
Examinator:	Nabi Fatahi

---

## Sammanfattning

**Bakgrund:** Sjuksköterskor har en betydande roll i arbetet med kvinnor som utsätts för våld i nära relationer, detta på grund av att det ingår i sjuksköterskeyrket att hantera situationer där våld påverkar patienters hälsa och välbefinnande. Sjuksköterskor anser sig dock inte ha tillräcklig kunskap för att bemöta och identifiera dessa kvinnor. **Syfte:** Syftet med denna litteraturstudie är att beskriva dels hur kvinnor som utsätts för våld i nära relationer upplevt mötet med vårdpersonal, och dels hur sjuksköterskan kan identifiera och bemöta de våldsutsatta kvinnorna. **Metod:** Litteraturoversikt. **Resultat:** Kvinnors upplevelser av mötet med vårdpersonal är i stor utsträckning negativa. Sjuksköterskor anser sig inte ha tillräcklig kunskap för att kunna identifiera och bemöta kvinnor som utsätts för våld i nära relationer. Litteraturoversikten belyser hur sjuksköterskor bör tänka vid identifikation och bemötande av dessa kvinnor samt ger förslag på hur detta kan uppnås. **Diskussion:** Sjuksköterskor behöver mer kunskap om kvinnor som utsätts för våld i nära relationer för att på så sätt kunna skapa en vårdrelation som är en förutsättning för identifikation och ett gott bemötande. **Slutsats:** Förslagsvis bör träning och/eller undervisning implementeras. Ett personcentrerat arbetssätt föreslås vara gynnsamt i mötet med kvinnor som utsätts för våld i nära relationer.

Nyckelord: Våld i nära relationer, kvinnor, identifikation, bemötande, sjuksköterskor.

# Innehållsförteckning

Inledning.....	1
Bakgrund .....	1
Definition.....	1
Historik och statistik.....	1
Våldets karaktär.....	2
Hälso- och sjukvårdens ansvar och skyldigheter.....	2
Sjuksköterskans roll.....	3
Vårdrelation – Ett omvårdnadsbegrepp.....	4
Behov av evidensbaserade strategier.....	4
Problemformulering .....	5
Syfte .....	5
Metod .....	6
Litteratursökning .....	6
Kvalitetsgranskning.....	7
Analys.....	7
Etiska ställningstaganden .....	7
Resultat.....	8
Identifikation .....	8
Symtom och tecken.....	8
Riktlinjer.....	9
Identifikationsmetoder.....	10
Dokumentation.....	10
Svårigheter och möjligheter för identifikation .....	11
Kvinnors negativa upplevelser av mötet med vårdpersonal .....	11
Hinder för identifikation .....	12
Önskemål om träning.....	12
Bemötande.....	13
Diskussion .....	15
Metoddiskussion.....	15
Resultatdiskussion .....	15
Slutsats .....	19
Referenslista .....	20
Bilaga 1 .....	24
Söktabell 1: Cinahl .....	24
Söktabell 2: PubMed .....	24

Bilaga 2 .....	26
Tabell: Översikt av analyserad litteratur. ....	26

# Inledning

Kvinnor som utsätts för våld i nära relationer är en komplex patientgrupp inom hälso- och sjukvården. Upplevelser från den kliniska verksamheten har väckt ett intresse för hur sjuksköterskor kan identifiera och bemöta dessa kvinnor. Observationer har gjorts kring hur kvinnor som utsätts för våld i nära relationer fått sina behov åtsidosatta som en följd av hälso- och sjukvårdspersonals okunskap. Därmed anses det betydelsefullt att belysa vikten av sjuksköterskors roll i att identifiera och bemöta kvinnor som utsätts för våld i nära relationer.

## Bakgrund

### Definition

Våld mot kvinnor har av World Health Organization, WHO (2014) klassificerats som ett brott mot mänskliga rättigheter och ett folkhälsoproblem. Pellmer, Wramner och Wramner (2012) beskriver folkhälsa som en viss befolknings hälsa och ohälsa där det sker ett samspel mellan olika levnadsfaktorer.

FN har definierat begreppet *våld mot kvinnor* som "*any act of gender-based violence that results in, or is likely to result in, physical, sexual or mental harm or suffering to women, including threats of such acts, coercion or arbitrary deprivation of liberty, whether occurring in public or in private life*" (WHO, 2014).

### Historik och statistik

Synen på jämställdhet mellan män och kvinnor har historiskt sätt förändrats under de senaste decennierna i Sverige. Kvinnor har succesivt uppnått ökade rättigheter både vad gäller ekonomiskt och politiskt, men även fått rättigheten att bestämma över sitt eget liv och sin kropp. En rad olika reformer har tagits fram gällande kvinnors rättigheter, bland annat mäns våld mot kvinnor med start år 1864, då husagan avskaffades. Åklagaren har från år 1944 laglig rätt att åtala män som misstänks misshandla sin hustru, även utan kvinnans anmälan. Våldtäkt inom äktenskapet blev år 1965 ett brott och år 1982 föll våld mot kvinnor under allmänt åtal (Brottsoffermyndigheten, 2000).

Generellt sett har 30 % av världens kvinnor som någon gång levit i en parrelation upplevt fysiskt eller sexuellt våld av en man de haft en relation med. Av de mord på kvinnor som sker i världen är det cirka 38 % av dessa som utförs av en manlig partner (WHO, 2014). År 2014

anmäldes 28 200 fall av våld mot kvinnor i Sverige och cirka 50 % av dessa fall utfördes i hemmet av en manlig partner till kvinnan, dock kan ett stort mörkertal uppskattas då många kvinnor väljer eller inte vågar anmäla misshandeln (Nationellt centrum för kvinnofrid, 2014a). Den vanligaste platsen för mäns våld mot kvinnor är i kvinnans bostad och rapporter visar att våldet ökar i förhållande till relationens längd (Nationellt centrum för kvinnofrid, 2014b). På grund av att våld mot kvinnor främst sker i hemmet uppmärksammas det sällan av utomstående (Socialstyrelsen, 2015).

## Våldets karaktär

Socialstyrelsen (2015) beskriver att våld mot kvinnor kan ha olika karaktär som kan ta sig uttryck genom fysiskt, psykiskt/emotionellt och sexuellt våld samt försummelse. *Fysiskt våld* innebär fysisk skada mot kroppen och kan innefatta bland annat sparkar, slag, knuffar, stryptag och knivstick. *Psykiskt/emotionellt våld* kan till exempel innefatta hot, kontroll, kränkningar, trakasserier, tvång samt social isolering. *Sexuellt våld* innebär påtvingade sexuella handlingar i form utav till exempel samlag utan samtycke, tvinga någon att se på pornografi och sexuella trakasserier. *Försummelse* kan innebära att vägra den utsatta hjälp av olika slag. Ytterligare bör nämnas att våld mot kvinnor i en nära relation sällan är en engångsföreteelse utan ett återkommande problem. Studier har visat att kvinnor som utsätts för våld i större utsträckning drabbas av fysisk och psykisk ohälsa än de som inte utsatts. Exempel på ohälsa är depression, riskbruk av alkohol, självskaðebeteende, huvudvärk, smärtor i nacke och axlar, yrsel samt mag- och tarmbesvär. Våldet kan även få konsekvenser vad gäller ekonomisk och social problematik. Våld mot kvinnor i nära relationer kan som nämnt vara svårt att upptäcka, dock finns symtom och tecken som kan tyda på att kvinnor utsatts för våld. Fysiska skador kan till exempel vara blåmärken, sår, brännskador, avslitit hår, sönderrivna kläder, ätstörningar, sömnstörningar, svårigheter att svälja samt psykosomatiska problem så som magont, oro och yrsel. Psykiska skador som kan uppstå är självdestruktivitet, isolering, sämre självförtroende, personlighetsförändring samt undvikande av fysisk kontakt. Det har fastställts att det finns grupper av kvinnor som har större risk att utsättas för våld. Dessa grupper är äldre kvinnor, kvinnor med missbruks- och beroendeproblem, kvinnor med funktionsnedsättning, kvinnor med utländsk bakgrund samt kvinnor som riskerar att utsättas för hedersrelaterat våld (Socialstyrelsen, 2015). Det bör dock poängteras att våld mot kvinnor i nära relationer sker i alla samhällsklasser och sammanhang (Socialstyrelsen, 2001).

## Hälso- och sjukvårdens ansvar och skyldigheter

Hälso- och sjukvården har en viktig funktion vad gäller att uppmärksamma våld, erbjuda vård och hänvisa till andra aktörer för stöd. En rad lagar reglerar hälso- och sjukvårdens ansvar och skyldigheter gentemot kvinnor som utsätts för våld (Socialstyrelsen, 2015). Hälso- och sjukvårdslagen § 2a och 2c beskriver att vården ska uppfylla god kvalitet och säkerhet, bygga på självbestämmande och respekt samt verka förebyggande mot ohälsa (SFS 1992:562).

SOSFS 2014:4 kapitel 8 § 9 beskriver att hälso- och sjukvårdspersonal är skyldig att fråga en patient om denne utsatts för våld i de fall då misstanke kring detta råder. Om misstanke fortfarande råder efter samtal med patienten skall hälso- och sjukvårdspersonal informera om vård, stöd och hjälp samt se till vilka behov patienten kan tänkas ha. Hälso- och sjukvårdspersonalen har också som ansvar att vid misstanke om våld fråga patienten om denne har barn i familjen (Socialstyrelsen, 2014). Om barn finns i familjen är personalen enligt Socialtjänstlagen kapitel 14 § 1 (SFS 2015:85) skyldig att göra en orosanmälan till Socialnämnden. Patientsäkerhetslagen kapitel 6 § 12 beskriver att hälso- och sjukvårdspersonal inte får röja en patients uppgifter, med undantag för om personal enligt lag är skyldig att göra det. Enligt § 13 får hälso- och sjukvårdspersonal dock inte röja patientens uppgifter om risk för våld mot denne råder om obehöriga får kännedom kring uppgiftslämnandet (SFS 2014:888). Enligt Socialstyrelsen (2001) är det viktigt att ha i åtanke att en kvinna som är utsatt för våld kan leva under hot och därför känna stor rädsla. Hälso- och sjukvårdspersonal bör därför i samband med vården komma överens med kvinnan om vem eller vilka som får ta del av informationen. Dessutom bör poängteras att hälso- och sjukvårdspersonal aldrig får göra en polisanmälan angående våldet mot kvinnan utan kvinnans medgivande, med undantag för om patienten är under 18 år (Socialstyrelsen, 2001).

## **Sjuksköterskans roll**

Inom hälso- och sjukvården har sjuksköterskan en betydande roll för de kvinnor som utsätts för våld i nära relationer, då det enligt Socialstyrelsen (2005) ingår i sjuksköterskans kompetensbeskrivning att identifiera samt förebygga ohälsa. Dessutom ingår i kompetensbeskrivningen att kunna hantera situationer där våld och/eller hot om våld påverkar patientens hälsa och välbefinnande. Sjuksköterskan ska i dessa fall ha kunskaper för att kunna vägleda och informera patienten angående rättigheter samt förmedla kontakt med stödjande instanser (Socialstyrelsen, 2005). Sjuksköterskan har en viktig roll i att hjälpa patienten att identifiera och förstå sina upplevelser för att motverka lidande och bringa mod (Snellman, 2014). Lidandet är en subjektiv upplevelse och beror på den individuella människans perspektiv på sin hälsa och livssituation (Wiklund, 2009). En studie av Bradbury- Jones, Taylor, Kroll och Duncan (2014) visar att kvinnor som utsätts för våld kan ha svårt att identifiera och namnge våldet samt att kunna förstå situationen. Kvinnorna vill ibland inte erkänna eller visa att de utsätts för våld. Det finns även kvinnor som önskar berätta om våldet men lever med rädsla och därför har svårt för att hitta rätt tidpunkt och person att anförtro sig till. Vidare visade studien att de utsatta kvinnorna vill att sjuksköterskan eller annan hälso- och sjukvårdspersonal ska fråga om våld samt ge stöd i att se och sätta namn på våldet (Bradbury- Jones et al., 2014). För att en patient ska vilja dela med sig av sin berättelse krävs att en *vårdrelation* har byggts upp mellan patienten och sjuksköterskan (Snellman, 2014).

## **Vårdrelation – Ett omvårdnadsbegrepp**

Vårdrelation innebär främst en relation som för med sig något positivt för patienten. En vårdrelation bör beakta personlig och allmän etik. Den allmänna etiken skiljer sig från den personliga genom att den delas av flera människor och kan bestå av mänskliga rättigheter och normer, medan den personliga etiken bygger på egna tankar och erfarenheter. Genom att bygga en relation som beaktar etisk kunskap skapas en ansvarsfull relation som innefattar ömsesidighet, respekt och förtroende. Att som sjuksköterska inge förtroende är av stor vikt då det får patienten att känna tillit till sjuksköterskan och de åtgärder som kommer sättas in. En form av vårdrelation som beskrivs är ”jag-du”-relationen, som innebär en relation som bygger på ömsesidighet, jämlikhet, acceptans och bekräftelse. En förutsättning för att skapa en sådan vårdrelation där patienten känner tillit är att sjuksköterskan i samtalet visar personlig närvaro samt har ett holistiskt synsätt. En ytterligare viktig aspekt för att kunna skapa en relation till patienten är att det är viktigt att båda parterna är villiga att påbörja en sådan vårdrelation. (Snellman, 2014).

Förutsättningar för att sjuksköterskan ska kunna skapa en god relation till patienten bygger på de resurser sjuksköterskan har. Dessa resurser kan vara förmågan att vara aktivt lyssnande, att visa respekt gentemot patienten samt att på ett pedagogiskt sätt kunna ge information. Det är viktigt att sjuksköterskan även tar hänsyn till, och uppmuntrar patientens resurser, för att på så sätt bjuda in patienten till att öppna sig och berätta om sina känslor, tankar och erfarenheter (Eldh, 2014).

## **Behov av evidensbaserade strategier**

WHO (2015) har sammanställt olika åtgärder för att hjälpa kvinnor som utsätts för våld. En av dessa åtgärder är att utveckla evidensbaserade riktlinjer för att stärka sjukvården i sitt preventiva och stödjande arbete. Hittills finns dock få evidensbaserade åtgärder för prevention och bemötande av kvinnor som utsätts för våld. I en studie av Lawoko, Sanz, Helström och Castren (2011) undersöktes i vilken utsträckning screening för identifikation av kvinnor som utsätts för våld i nära relationer utfördes av sjuksköterskor, läkare och barnmorskor. Studien visade att cirka hälften av personalen som deltog minst en gång de senaste tre månaderna hade frågat någon av sina kvinnliga patienter om de utsätts för våld. En slutsats som kunde dras var att mer systematisk träning inom hälso- och sjukvården behövs för att kunna identifiera, stödja och bemöta kvinnor som utsätts för våld. Enligt Socialstyrelsen (2015) anser hälso- och sjukvårdspersonal sig inte ha tillräcklig kunskap och beredskap för att kunna hantera identifikation, stöd och bemötande av våldsutsatta kvinnor. Detta kan vara en anledning till att frågor om våld ofta uteblir inom hälso- och sjukvården.



## **Problemformulering**

Då våld mot kvinnor av en manlig partner är ett folkhälsoproblem som förekommer i alla sociala grupper kan det anses vara av stor betydelse att sjuksköterskor på ett systematiskt sätt frågar kvinnor om våld för att kunna identifiera våld i nära relationer och skapa ett gott bemötande. Socialstyrelsen har konstaterat att hälso- och sjukvårdspersonal inte anser sig ha tillräcklig kunskap för att genomföra detta. Det är därför viktigt att skapa ökad förståelse för hur sjuksköterskor kan identifiera och bemöta dessa kvinnor. För att uppnå detta är det även viktigt att belysa kvinnors upplevelser av mötet med vårdpersonal.

## **Syfte**

Syftet med denna litteraturstudie är att beskriva dels hur kvinnor som utsatts för våld i nära relationer upplevt mötet med vårdpersonal, och dels hur sjuksköterskan kan identifiera och bemöta de våldsutsatta kvinnorna.

# Metod

Metoden som använts var en litteraturoversikt vilket enligt Friberg (2012) innebär att en kartläggning inom ett visst område utförs. Litteraturoversikten innehåller både kvantitativa och kvalitativa studier. För att skapa en helhetsbild av området utfördes först en översiktssökning för att sedan utföra de preciserade sökningarna där artiklar valdes. Därefter genomfördes en sammanställande analys av studiernas resultat.

## Litteratursökning

Litteratursökningen utfördes i databaserna Cinahl och PubMed. Dessa databaser valdes då de är relevanta för omvårdnadsvetenskapliga studier. I Cinahl användes sökorden *Domestic violence*, *abus\**, *batter\**, *intimate partner violence*, *IPV*, *nurs\**, *women*, och *identify*.

Avgränsningar som gjordes var *female*, *2005-2015* samt *peer reviewed*, se bilaga 1, söktabell 1. I PubMed användes sökorden *abus\**, *domestic violence*, *intimate partner violence*, *women*, *nurs\**, *identify*, *support*, *intervention*, *NOT pregnant\** och *NOT child\**. Avgränsningar som gjordes var *female* och *10 years*, se bilaga 1, söktabell 2.

De primära sökorden (*domestic violence*, *abus\** samt *intimate partner violence*) valdes genom att en sökning på *abuse* i Cinahl headings utfördes. Sökorden *IPV* och *batter\** påträffades under sökprocessen då dessa termer var återkommande i flera studier.

Inklusionskriterier i studien var att det är kvinnor som är utsatta för våld i nära relationer, att det är en manlig partner som är förövaren, att sjuksköterskor på något sätt benämns i studien samt att studien ska vara utförd i ett land med liknande lagstiftning vad gäller äga som i Sverige. Att sjuksköterskor på något sätt ska benämnas i studien innebär att sjuksköterskor antingen ska vara deltagare i studien eller att kvinnor i studien berättar om mötet med sjuksköterskor. Endast studier som utförts i länder med liknande lagstiftning vad gäller äga som i Sverige valdes, dels för att avgränsa materialet, och dels för att resultatet skulle vara applicerbart i Sverige. Exklusionskriterier var par som lever i samkönade relationer, familjevåld samt gravida kvinnor. Då gravida kvinnor och/eller barn som utsätts för våld var återkommande i sökträffarna användes den booleska sökoperatoren NOT i sökprocessen.

Vid sökning i databaserna uppkom dubletter av artiklar som redan valts i tidigare sökningar, dessa artiklar angavs i tabellerna (bilaga 1) som relevanta abstract och granskade artiklar men angavs endast som valda artiklar vid första söktillfället de påträffades.

En artikel (Tower, McMurray, Rowe & Wallis, 2006) valdes genom en sekundärsökning då denna artikel påträffades i Tower, Rowe och Wallis (2012) där den angavs vara fas ett i en två-fasstudie.

## **Kvalitetsgranskning**

Vid kvalitetsgranskning av de valda artiklarna användes en granskningsmodell av Willman, Stoltz, och Bathsevani (2011) där det beskrivs att ett granskningsprotokoll kan anpassas och utformas efter vad som är lämpligt för den individuella litteraturöversikten. Modellen presenterar en rad olika frågor som kan ställas vid kvalitetsgranskning av artiklar. Av dessa skulle ett antal lämpliga frågor väljas ut för att skapa en egen granskningsmodell.

De frågor som valdes var:

1. *Har studien en klart beskriven kontext?*
2. *Är syftet väldefinierat?*
3. *Är urvalsprocessen välbeskriven?*
4. *Är datainsamlingsmetoden/analysmetoden välbeskriven?*
5. *Överensstämmer resultatet med syftet?*

Utifrån frågorna skapades ett poängsystem enligt Willman et al. (2011) där varje ja-svar gav ett poäng, med undantag för fråga 4 där 0,5 poäng gavs för datainsamlingsmetod respektive analysmetod. Varje studie fick efter granskning en poängsättning mellan 0-5 poäng, se bilaga 2.

## **Analys**

Vid analys av studierna jämfördes likheter och skillnader i studiernas resultat enligt Fribergs (2012) beskrivning. Utifrån de mönster som framkom vad gäller likheter och skillnader skapades olika teman. Teman och underteman skapades för att underlätta resultatets skrivprocess och ansågs lämpligt för att skapa en god struktur i resultatet.

## **Etiska ställningstaganden**

Ett krav var att de studier som valdes till resultatet skulle vara etiskt granskade. Samtliga studier hade fått godkännande av en etisk kommitté. Samtliga studier hade informationskrav där både muntlig och skriftlig information gavs till deltagarna om respektive studie. Dessutom kunde deltagarna välja att avsluta deltagandet om så önskades. Detta beskrivs av Olsson och Sörensen (2011) som etiska principer.

## Resultat

Vid analys av resultatet uppkom tre teman och sju underteman. Temana är *identifikation, svårigheter och möjligheter för identifikation och bemötande*. Underteman till temat *identifikation* är *symtom och tecken, riktlinjer, identifikationsmetoder* och *dokumentation*. Underteman till temat *svårigheter och möjligheter för identifikation* är *kvinnors negativa upplevelser av mötet med vårdpersonal, hinder för identifikation* och *önskemål om träning*.

## Identifikation

Sjuksköterskor beskrivs som den viktigaste yrkesgruppen vad gäller identifikation och bemötande av kvinnor som utsätts för våld i nära relationer. Detta eftersom att sjuksköterskor arbetar patientnära och ofta är den första yrkesgruppen som patienter möter (Hägglom & Möller, 2006).

### Symtom och tecken

Ett antal studier beskriver att en varningssignal på att kvinnor utsätts för våld i nära relationer är när kvinnan söker vård men inte kan och/eller vill förklara hur skadan uppstod, eller när skadans karaktär inte överensstämmer med kvinnans berättelse (Hägglom & Möller, 2006; Leppäkoski, Åstedt-Kurki & Paavilainen, 2010; Leppäkoski & Paavilainen, 2012; Sundborg et al., 2012). En anledning till att kvinnor väljer att inte avslöja att de utsätts för våld i nära relationer är att de kan skämmas över situationen då de kan beskylla sig själva för våldet. Ännu en anledning kan vara att de är rädda för att deras partner ska få vetskap om avslöjandet och därför vilja skada kvinnan ytterligare (Hägglom & Möller, 2006). För att sjuksköterskor ska kunna identifiera kvinnor som utsätts för våld i nära relationer behöver de vara uppmärksamma på kvinnornas beteenden (Hägglom & Möller, 2006; Leppäkoski et al., 2010; Leppäkoski & Paavilainen, 2012; Ramsay et al., 2012). Beaktansvärda beteenden är nedstämdhet, oro och osäkerhet (Hägglom & Möller, 2006; Leppäkoski et al., 2010; Ramsay et al., 2012), stress (Leppäkoski et al., 2010; Leppäkoski & Paavilainen, 2012) samt att kvinnorna inte beklagar sig över sin situation (Hägglom & Möller, 2006). Kvinnorna kan upplevas ”vara på sin vakt” samt ändra beteende när partnern är i närheten (Leppäkoski et al., 2010). Vanligt är att kvinnans manliga partner är överbeskyddande och inte vill lämna kvinnan ensam med sjuksköterskan (Leppäkoski et al., 2010; Sundborg et al., 2012).

Fysiska tecken som sjuksköterskan bör vara observant på är hematom, svullna läppar (Leppäkoski et al., 2010; Leppäkoski & Paavilainen, 2012; Sundborg et al., 2012), strypmärken på halsen (Leppäkoski et al., 2010) samt avslitet hår (Sundborg et al., 2012). Kvinnorna söker ofta hälso- och sjukvård frekvent och inkommer då med nya och/eller återkommande skador (Hägglom & Möller, 2006; Leppäkoski et al., 2010; Ramsay et al.,

2012; Sundborg et al., 2012). En svårighet med att upptäcka skador kan vara att kvinnorna exempelvis döljer blåmärken och sår (Leppäkoski et al., 2010). Våld i nära relationer kan även yttra sig i mer diffusa symtom och tecken så som gastrointestinala besvär (Hägglom & Möller, 2006; Sundborg et al., 2012), bröst- och/eller ryggsmärta (Leppäkoski et al., 2010), oförklarlig kronisk smärta (Ramsay et al., 2012; Sundborg et al., 2012) samt fatigue (Hägglom & Möller, 2006). Leppäkoski et al. (2010) och Ramsay et al. (2012) menar att riskbruk av alkohol och droger även kan vara ett tecken på att kvinnor utsätts för våld i nära relationer.

## **Riktlinjer**

En studie presenterar hur riktlinjer kan användas av sjuksköterskor för att identifiera kvinnor som utsätts för våld i nära relationer. Riktlinjerna som presenteras är en modifikation av kanadensiska riktlinjer, *Women abuse: Screening Identification and Initial Response*, som anpassats till den isländska kontexten (Kolbrun Svavarsdottir & Orlygsdottir, 2008). De kanadensiska riktlinjerna innefattar praktiska rekommendationer, rekommendationer angående utbildning samt rekommendationer för hur riktlinjerna kan implementeras. De praktiska rekommendationerna innehåller hur sjuksköterskor kan ställa frågor om våld, hur de kan hantera svaren, hur de ska dokumentera samt deras lagliga skyldigheter.

Rekommendationerna angående utbildning beskriver att utbildning inom området ska införas på samtliga arbetsplatser. Rekommendationer för implementering innefattar bland annat hur de kan samarbeta med andra instanser samt att de ska ge stöd till sjuksköterskor och ge dem möjligheter för reflektion (RNAO, 2005). De isländska riktlinjerna förekommer i två versioner, en längre och en kortare version.

Den längre versionen av riktlinjerna ger exempel på hur sjuksköterskan kan öppna en diskussion kring våld i nära relationer, vilka hinder som kan försvåra identifikation, resultat från evidensbaserad forskning som beskriver påverkan på kvinnors hälsa samt hur dokumentation kan föras och vilka instanser eller organisationer sjuksköterskor kan rekommendera och hänvisa kvinnor till. Den längre versionen innehåller även hur sjuksköterskor ska förhålla sig till kvinnorna, en checklista för att försäkra sig om kvinnans trygghet och säkerhet samt hur sjuksköterskan tillsammans med kvinnan kan skapa en säkerhetsplan (Kolbrun Svavarsdottir & Orlygsdottir, 2008).

Den kortare versionen är utformad för att sjuksköterskor ska kunna bära med sig i sitt dagliga arbete och omfattar ett flödesschema innehållande symtom och tecken som hjälp vid identifikation, definition av våld i nära relationer samt hur sjuksköterskor kan öppna en diskussion kring våldet och kontaktuppgifter till olika stödjande instanser. Samtliga sjuksköterskor i studien rekommenderade att dessa riktlinjer borde användas.

Sjuksköterskorna menade att riktlinjerna var till stor hjälp då de bistod med kunskap kring identifikation och bemötande av kvinnorna, var användbara vid dokumentation, gav kompetens inom ämnet samt innehöll hur sjuksköterskor kan påbörja en diskussion om våld och hur frågor kan ställas (Kolbrun Svavarsdottir & Orlygsdottir, 2008). Även Beynon et al. (2012) tar upp att sjuksköterskor önskar och rekommenderar att olika typer av riktlinjer bör

användas inom hälso- och sjukvården för att underlätta vid identifikation av kvinnor som utsätts för våld i nära relationer.

### **Identifikationsmetoder**

Vid identifikation av kvinnor som utsätts för våld i nära relationer visar ett par studier att det är av yttersta vikt för sjuksköterskan att skapa en trygg relation med kvinnan (Kolbrun Svavarsdottir, 2010; Häggblom & Möller, 2006). Exempelvis väljer vissa kvinnor att berätta om våldet först när de har träffat samma sjuksköterska vid ett antal tillfällen. De beskriver även att kvinnors första respons på frågor om våld i nära relationer kan vara tystnad och observation av sjuksköterskan, innan kvinnorna slutligen bestämmer sig för att sjuksköterskan går att anförtro sig till angående sin situation (Häggblom & Möller, 2006). En studie belyser kvinnors upplevelser av att bli konfronterade angående att de utsätts för våld. De menar att även om de inte direkt berättar för sjuksköterskan om våldet har samtalet en viktig roll i att starta en process hos kvinnan som kan göra att hon senare berättar om våldet och tar kontroll över sitt liv (Tower et al., 2006).

Det är viktigt att sjuksköterskor vid identifikation av kvinnor som utsätts för våld i nära relationer har ett lugnt förhållningssätt där kvinnorna ges tid att svara på frågor (Häggblom & Möller, 2006; Leppäkoski et al., 2010) samt att noga observera kvinnorna under samtalen (Leppäkoski et al., 2010). Kvinnor beskriver att det är viktigt att sjuksköterskor erhåller goda kommunikationsfärdigheter för att kvinnorna ska öppna sig angående våldet (Leppäkoski & Paavilainen, 2012; Tower et al., 2006). Vissa sjuksköterskor beskriver att de väljer att ställa lätta och konkreta frågor om våld, att de håller ögonkontakt med kvinnan under samtalet samt belyser betydelsen av att förklara för kvinnan varför dessa frågor ställs (Häggblom & Möller, 2006). Enligt en studie föredrar kvinnor att svara på frågor om våld i nära relationer genom att svara på ett skriftligt eller datorbaserat frågeformulär istället för att ha ett samtal med sjuksköterskor (MacMillan et al., 2006). Dock finns ingen evidens för att frågeformulär som ensam identifikationsmetod i högre utsträckning identifierar våld i nära relationer (Kolbrun Svavarsdottir, 2010; MacMillan et al., 2006). Vissa kvinnor upplever att det är lättare att berätta om emotionellt och sexuellt våld genom frågeformulär jämfört med samtal med sjuksköterskor, medan andra kvinnor upplever att identifikationsmetoden inte har någon betydelse för avslöjandet av dessa typer av våld. Vad gäller fysiskt våld däremot uppdagas det främst genom samtal med sjuksköterskor (Kolbrun Svavarsdottir, 2010). Oavsett om frågor kring våld i nära relationer sker genom ett samtal eller genom ett frågeformulär, är det viktigt för sjuksköterskor att skapa en tillförlitlig relation med kvinnorna för att de ska våga öppna sig angående våldet (Kolbrun Svavarsdottir, 2010). Ett par studier menar att en trygg, lugn och avskild miljö är betydelsefullt för kvinnor vid identifikation av våld i nära relationer (Häggblom & Möller, 2006; Kolbrun Svavarsdottir, 2010).

### **Dokumentation**

Journalföring är av yttersta vikt om kvinnor som utsätts för våld i nära relationer väljer att anmäla sin partner, eftersom att journalen då är en del av bevismaterialen. Dessutom kan

sjuksköterskan läsa i journalen om liknande skador tidigare förekommit, vilket är en viktig del vid identifikation. Faktorer som sjuksköterskor dokumenterar i journalen är beskrivning av skador, psykologiskt, socialt och fysiskt tillstånd, våldets karaktär, vidtagna åtgärder, drog- och alkoholvanor samt information om förövaren/partnern (Hägglom et al., 2005). I de tidigare beskrivna riktlinjerna framfördes hur riktlinjer kan underlätta för journalföring angående våld i nära relationer (Kolbrun Svavarsdottir & Orlygsdottir, 2008).

## **Svårigheter och möjligheter för identifikation**

### **Kvinnors negativa upplevelser av mötet med vårdpersonal**

Kvinnor som utsätts för våld i nära relationer och uppsöker hälso- och sjukvård för detta upplever att de ofta möts av sjukvårdspersonal som visar brist på empati och omtänksamhet (Pratt-Eriksson, Bergbom & Lyckhage, 2014; Reisenhofer & Seibold, 2012; Tower et al., 2006). Det bristande bemötandet hos sjukvårdspersonalen kan bero på okunskap och de kan därmed ha förutfattade meningar om kvinnor som utsätts för våld i nära relationer. Detta kan exempelvis ta sig uttryck i att sjukvårdspersonal uttrycker att våld i nära relationer kan bero på kvinnans personlighet och att det därför inte är ett samhällsproblem (Leppäkoski & Paavilainen, 2012). Flera kvinnor upplever sig bli skuldbelagda när våldet uppdragas av hälso- och sjukvården, dels för att vara orsaken till våldet, och dels för att de inte har lämnat sin partner. Detta upplever kvinnorna bland annat genom att avläsa sjukvårdspersonalens kroppsspråk som kan uppfattas som dömande (Reisenhofer & Seibold, 2012).

Det har beskrivits hur kvinnor förväntat sig att deras lidande skulle upphöra samt att deras situation skulle förbättras efter att våldet uppdragats av hälso- och sjukvården, men istället upplevde sig kvinnorna svikna av sjukvårdssystemet (Pratt-Eriksson et al., 2014). Vidare beskrivs att kvinnor upplever sjukvårdspersonal som ohjälpsamma (Leppäkoski & Paavilainen, 2012; Pratt-Eriksson et al., 2014; Reisenhofer & Seibold, 2012). Ohjälpsamheten kan uttrycka sig i bristande information angående hjälp och valmöjligheter samt bristfällig uppföljning och vidarehänvisning till andra organisationer som arbetar med att hjälpa kvinnor som utsätts för våld i nära relationer. Kvinnorna beskrev även att vården ofta utfördes under stress (Pratt-Eriksson et al., 2014). Vidare belyser en studie problematiken kring att det först är när kvinnornas situation blir extrem som hänsyn även tas till psykisk ohälsa (Reisenhofer & Seibold, 2012). Kvinnor som utsätts för våld i nära relationer kan känna sig försummade, osynliga och ignorerade samt upplever sig behöva kämpa för att bli sedda av sjukvårdspersonalen. När kvinnornas lidande blir ignorerat och försummat kan resultatet bli att kvinnorna känner en existentiell ensamhet, maktlöshet och otrygghet i den vårdande situationen (Pratt-Eriksson et al., 2014). Sjukvårdspersonalens bemötande och agerande har därmed en direkt inverkan på kvinnornas hälsa, välbefinnande och självkänsla (Reisenhofer & Seibold, 2012; Tower et al., 2006). Flera studier visar även att kvinnor som utsätts för våld i nära relationer känner bristande tillit gentemot hälso- och sjukvården (Leppäkoski & Paavilainen, 2012; Reisenhofer & Seibold, 2012; Tower et al., 2006). Den bristande tilliten

kan resultera i att kvinnorna döljer våldet (Reisenhofer & Seibold, 2012), men även att de undviker att uppsöka hälso- och sjukvård trots att de är i ett stort behov av vård (Tower et al., 2006).

### **Hinder för identifikation**

Flera studier har undersökt sjuksköterskans problematik kring identifikation av kvinnor som utsätts för våld i nära relationer (Beynon, Gutmanis, Tutty, Wathen & MacMillan, 2012; Häggblom & Möller, 2006; Häggblom, Hallberg & Möller, 2005; Leppäkoski & Paavilainen, 2012; Ramsay, Rutterfors, Gregory, Dunne, Eldridge, Sharp & Feder, 2012; Sundborg, Saleh-Stattin, Wändell & Törnkvist, 2012). Det finns olika orsaker till varför sjuksköterskor väljer att inte fråga kvinnor om våld i nära relationer trots att misstanke finns. Dessa orsaker kan vara att sjuksköterskan vill värna om kvinnans integritet, svårigheter att formulera frågor om våld, att de inte vet hur svaret ska hanteras (Häggblom et al., 2005) samt tidsbrist (Beynon et al., 2012; Häggblom et al., 2005; Leppäkoski & Paavilainen, 2012). Andra faktorer som påverkar sjuksköterskors val om att inte fråga sina kvinnliga patienter om våld i nära relationer redogörs i en studie som bristande stöd från kollegor och ledning samt brist på kunskap om kvinnors situation vid våld i nära relationer. Sjuksköterskor uttrycker även ovisshet kring vad som är yrkesgruppens skyldigheter gentemot kvinnorna (Leppäkoski & Paavilainen, 2012). Vidare tar Sundborg et al. (2012) upp att sjuksköterskor känner sig oförberedda, att det inte finns tillräckliga resurser som exempelvis samarbete med andra aktörer som har kvalifikationer att möta och hjälpa kvinnor som utsätts för våld i nära relationer. Brist på erfarenhet (Häggblom et al., 2005; Sundborg et al., 2012), otillräcklig träning inom området (Beynon et al., 2012; Leppäkoski & Paavilainen, 2012; Sundborg et al., 2012), avsaknad eller bristande riktlinjer och rutiner (Häggblom & Möller, 2006; Leppäkoski & Paavilainen, 2012; Sundborg et al., 2012) samt att frågor kring våld i nära relationer kan upplevas irrelevant i relation till besöksorsaken (Häggblom et al., 2006; Ramsay et al., 2012) är ytterligare omständigheter som påverkar sjuksköterskors val att fråga eller inte fråga kvinnor om våld i nära relationer.

### **Önskemål om träning**

Flera studier visar att sjuksköterskor är i behov av, samt önskar träning i att identifiera kvinnor som utsätts för våld i nära relationer (Beynon et al., 2012; Häggblom et al., 2005; Häggblom & Möller, 2006; Leppäkoski et al., 2010; Leppäkoski & Paavilainen, 2012; Leppäkoski & Paavilainen, 2013; Sundborg et al., 2012). Exempelvis önskar sjuksköterskor att genom träning få mer kunskap om hur de kan känna igen våld i nära relationer, hur frågor kan ställas samt hur och vilken hjälp som kan erbjudas (Häggblom & Möller, 2006). Ett par studier har visat att sjuksköterskor som erhållit träning har högre kompetens inom identifikation av kvinnor som utsätts för våld i nära relationer (Häggblom et al., 2005; Leppäkoski et al., 2010).



## Bemötande

Önskvärda egenskaper hos en sjuksköterska beskrivs som att vara flexibel, ärlig, empatisk, kompetent, stöttande, kreativ samt att fungera som en länk till andra stödjande instanser (Hägglom & Möller, 2006).

Flera studier visar att sjuksköterskor i bemötandet av kvinnor som utsätts för våld i nära relationer bör ha ett empatiskt förhållningssätt och stötta kvinnorna i deras situation. Det är viktigt att sjuksköterskor vid bemötandet visar kvinnorna att de blir lyssnade på samt bekräftade i sitt lidande (Brykczynski, Crane, Medina & Pedraza, 2009; Hägglom & Möller, 2006; Pratt-Eriksson et al., 2014; Reisenhofer & Seibold, 2012; Tower et al., 2012). Bemötandet bör ske utan att vara fördömande gentemot kvinnornas val och handlingar (Brykczynski et al., 2009; Tower et al., 2012). För att åstadkomma detta har ordvalet en avgörande betydelse, exempelvis bör sjuksköterskor inte ifrågasätta varför kvinnan inte har lämnat sin partner eftersom att detta är ett dömande utlåtande. Istället bör kvinnor uppmuntras att berätta om sin situation (Brykczynski et al., 2009). Det är även viktigt att inte vara dömande gentemot kvinnans partner eftersom känslor kan finnas kvar gentemot honom. Ett dömande utlåtande kan då leda till att kvinnan inte längre kan anförtro sig till sjuksköterskan angående våldet. Det är dock viktigt att alltid poängtera för kvinnor som utsätts för våld i nära relationer att våldet aldrig är deras fel och att de inte behöver känna sig skyldiga till situationen (Tower et al., 2012).

Sjuksköterskor menar att förhållningssättet bör vara neutralt gentemot patienter, förutom när det handlar om våld. Det är av stor vikt att få kvinnorna att förstå att ingen har rätt att utsätta dem för våld. Det är även viktigt att sjuksköterskor har ett förhållningssätt där fokus ligger på kvinnornas styrkor och resurser (Hägglom & Möller, 2006). Därmed har sjuksköterskor en betydande roll vad gäller att återställa kvinnornas positiva syn på sig själva och på så sätt stärka deras självkänsla och välbefinnande (Reisenhofer & Seibold, 2012). En annan viktig aspekt i ett icke-dömande bemötande är för sjuksköterskor att vara medvetna om sitt kroppspråk. Detta eftersom att dessa kvinnor som patientgrupp beskrivs vara något av experter på att avläsa kroppspråk, med anledning av att detta kan ha varit en livsavgörande strategi för att överleva den våldsamma relationen (Tower et al., 2006).

Kvinnor som utsätts för våld i nära relationer kan behöva flera år av stöd och hjälp för att återhämta sig och lämna den våldsamma relationen (Hägglom & Möller, 2006). Ett par studier menar att en viktig del i vården är att samtala med kvinnorna om våldet och ge dem möjlighet att berätta om sina upplevelser (Kolbrun Svavarsdottir & Orlygsdottir, 2008; Reisenhofer & Seibold, 2012). Genom att bemöta kvinnorna på detta sätt visar sjuksköterskan att hon/han bryr sig om kvinnans berättelse och situation (Kolbrun Svavarsdottir & Orlygsdottir, 2008). En samtalsstrategi som kan användas av sjuksköterskor är att återspegla kvinnornas berättelser för att på så sätt validera kvinnornas upplevelser och känslor (Tower et al., 2006). Några sjuksköterskor beskriver att de följer upp samtalet genom att ringa kvinnorna dagen efter. Detta uppskattas ofta av kvinnorna (Hägglom & Möller, 2006). Finns

det vid samtal språkliga barriärer är det av stor betydelse att använda en professionell tolk, inte en anhörig eftersom att det kan påverka kvinnans berättelse (Brykczynski et al., 2009).

Det är viktigt att sjuksköterskor i bemötandet av kvinnor som utsätts för våld i nära relationer informerar dem om deras rättigheter och vilken hjälp som finns att tillgå (Hägglom et al., 2005; Hägglom & Möller, 2006; Pratt-Eriksson et al., 2014). Det är betydelsefullt att för kvinnorna belysa vilka konsekvenser som kan uppkomma om kvinnorna stannar kvar i den våldsamma relationen samt att lägga vikt på partnerns ansvar för våldet. En del sjuksköterskor beskriver hur de råder och uppmuntrar kvinnorna att lämna den våldsamma relationen omgående (Hägglom & Möller, 2006). Många sjuksköterskor som arbetar med dessa kvinnor beskriver att de även uppmuntrar till att göra en polisanmälan (Hägglom et al., 2005; Hägglom & Möller, 2006). Kvinnor som utsätts för våld i nära relationer lever vanligtvis med rädsla för de hot och våldshandlingar partnern utsätter dem för. Det är därför viktigt att sjuksköterskan tillsammans med kvinnan utformar en säkerhetsplan för henne och familjens eventuella barn (Leppäkoski & Paavilainen, 2013; Reisenhofer & Seibold, 2012).

I en studie ger erfarna sjuksköterskor inom området förslag på åtgärder i bemötandet av kvinnor som utsätts för våld i nära relationer. Dessa åtgärder är bland annat att ge kvinnorna vägledning, skapa en accepterande miljö, lyssna, bekräfta och validera kvinnornas upplevelser, uppmuntra till att delta i sociala sammanhang, att skapa en tillitsfull relation med kvinnan (Brykczynski et al., 2009) samt att hänvisa till stödjande instanser eller organisationer (Brykczynski et al., 2009; Hägglom & Möller, 2006; Leppäkoski & Paavilainen, 2013). Sjuksköterskor förklarar dock att kvinnokliniker är den del av hälso- och sjukvården som är bäst lämpad att bemöta och hjälpa dessa kvinnor (Hägglom & Möller, 2006). Ett par studier beskriver hur kvinnorna upplever att även små saker så som exempelvis att finnas där, att ge närkontakt i form av att lägga en stöttande hand på axeln samt erbjuda något att äta och dricka har stor betydelse för att de ska känna att sjuksköterskan bryr sig om dem (Reisenhofer & Seibold, 2012; Tower et al., 2006; Tower et al., 2012;). Tower et al. (2006) belyser även vikten av att bemöta kvinnorna som jämlikar.

Brykczynski et al. (2009) upplyfter betydelsen av att vid bemötandet av kvinnor som utsätts för våld i nära relationer ha ett holistiskt förhållningssätt. Att som sjuksköterska lyssna och diskutera valmöjligheter med kvinnorna är början på den process som kan leda fram till att kvinnorna tar sig ur den våldsamma relationen.

# Diskussion

## Metoddiskussion

För att besvara studiens syfte var en litteraturöversikt den mest lämpliga metoden eftersom att detta ger en bredare bild av det valda problemområdet. Då det gjordes ett medvetet val att begränsa litteraturöversikten till studier som utförts i länder med liknande lagstiftning vad gäller aga som i Sverige, kan resultatet därmed inte appliceras utanför denna kontext. Denna avgränsning ansågs vara lämplig för att litteraturöversikten skulle vara applicerbar i Sverige och för de lagar som råder här. I sökprocessen blev det även tydligt att studier inom området, kvinnor som utsätts för våld i nära relationer, främst utförts i länder där synen på aga är liknande den i Sverige. I studierna som användes i resultatet kunde det tydligt ses att våld och hot om våld mot kvinnor inte var lagligt i de länder studierna var utförda. Därmed drogs slutsatsen att lagstiftning vad gäller aga är liknande den i Sverige.

En studie (Tower et al., 2006) fick i kvalitetsgranskningen endast 3,5 poäng, vilket kan anses som lågt. Anledningen till poängsättningen var bristande beskrivning av urvalsprocessen av de nio kvinnor som deltog i studien, samt att resultatet inte besvarade hela syftet. Det var tydligt beskrivet att de deltagande kvinnorna hade rekryterats från organisationer som stödjer kvinnor som utsätts för våld i nära relationer, och på grund av denna tydlighet bortsågs därför den bristande urvalsprocessen. Den del av syftet som inte besvarades i resultatet var att etablera en kvinnocentrerad vård. Studiens resultat ansågs ändå intressant då den belyste kvinnors upplevelser, vilket är en del av den aktuella litteraturstudiens syfte.

## Resultatdiskussion

Det kan anses uppseendeväckande att kvinnor som utsätts för våld i nära relationer i stor utsträckning har negativa upplevelser från mötet med sjukvårdpersonal. En markant skillnad mellan kvinnors upplevelser av mötet med sjukvårdpersonal och vad som anges i kompetensbeskrivningen för legitimerad sjuksköterska (Socialstyrelsen, 2005) blir tydlig då det beskrivs att de i sitt yrkesutövande ska kunna hantera situationer som på något sätt innehåller våld och som till följd av detta orsakar patienten ohälsa och minskat välbefinnande. Det som anges i hälso- och sjukvårdslagen uppfylls inte alltid av sjukvården då studier visar att kvinnor bland annat upplever sig bli skuldbelagda för det våld de utsatts för (Reisenhofer & Seibold, 2012). Eftersom kvinnors upplevelser av mötet med sjuksköterskor inte lever upp till vad som beskrivs i kompetensbeskrivningen och lagstiftningen, kan slutsatsen dras att sjuksköterskor inte har tillräcklig kunskap och beredskap för att bemöta kvinnor som utsätts för våld i nära relationer på det sätt de enligt lag är skyldiga att göra. Detta ifrågasättande styrks av Leppäkoski och Paavilainen (2012) som beskriver hur sjuksköterskor känner sig osäkra på vilka skyldigheter de har gentemot kvinnor som utsätts för våld i nära relationer.

Under litteraturöversiktens gång har det blivit tydligt att sjuksköterskor i flera fall misstänkt våld i nära relationer men trots detta valt att blunda för misstanken. En slutsats som kan dras

är att det kan vara i detta, att sjuksköterskor ofta medvetet blundar för våldet, som det bristande bemötandet grundar sig. Om sjuksköterskor blundar för våldet kan de inte heller identifiera kvinnor som utsätts för våld i nära relationer. Resultatet blir då att de utsatta kvinnorna inte får den hjälp och det stöd de behöver och har rätt till. Detta kan ses i studier där det beskrivs att sjuksköterskor vid mötet med kvinnor avstår från att ställa frågor om våld trots att misstanke kring våld i nära relationer finns. De menar att avstå från detta värnar om kvinnans integritet eller anses irrelevant i förhållande till besöksorsaken (Hägglom et al., 2005; Hägglom et al., 2006; Ramsay et al., 2012).

För att få en kvinna som utsätts för våld att berätta om sin situation för sjuksköterskan kan slutsatsen dras att en vårdrelation bör byggas upp. Något som kan anses vara avgörande för att som sjuksköterska skapa en vårdrelation är att lyckas lämna sina egna värderingar och tyckanden utanför samtalet, för att inte låta detta påverka bemötandet och förhållningssättet gentemot kvinnan. Om sjuksköterskan inte lyckas med detta finns risk att bemötandet och förhållningssättet istället upplevs som dömande utifrån kvinnans perspektiv, vilket resulterar i att kvinnan inte får förtroende för sjuksköterskan. Konsekvensen av detta blir att sjuksköterskan inte kan identifiera våldet och därmed inte erbjuda kvinnan den hjälp hon behöver. Även Snellman (2014) belyser betydelsen av att en vårdrelation måste byggas upp för att patienten ska berätta om sin situation. Slutsatsen om betydelsen av en vårdrelation styrks av ett par studier som beskriver hur viktigt det är för sjuksköterskor att skapa en trygg och tillitsfull relation med kvinnorna för att de ska våga berätta om den våldsamma situation de lever i (Kolbrun Svavarsdottir, 2010; Hägglom & Möller, 2006).

Tower et al. (2006) beskriver hur kvinnor som utsätts för våld i nära relationer är experter på att läsa av kroppsspråk. Detta grundar sig i den våldsamma relation de lever i där de kan behöva vara uppmärksamma på tecken hos sin partner för att kunna undvika våld. Även Fors (2014) menar att det för sjuksköterskan är viktigt att vara medveten om sitt kroppsspråk i mötet med patienter och då inta en kroppsställning som är välkomnande och icke-hotfull. För att uppnå detta är det viktigt att tänka på att till exempel inte ha sina armar i kors samt att inte stå lutad över patienten. Vidare har även gester, tonläge i rösten och mimik betydelse för att visa ett aktivt lyssnande och att berättelsen tas på allvar (Fors, 2014). Ett bristande kroppsspråk kan därmed anses leda till ett bemötande som kvinnan upplever dömande. Om sjuksköterskan inte lyckats lämna sina egna värderingar och tyckanden, kan detta speglas genom kroppsspråket. Det är därför viktigt att inte enbart tänka på att den verbala kommunikationen ska vara professionell, utan att det även är av betydelse att kroppsspråket är välkomnande och utstrålar öppenhet för att på så sätt inge trygghet och förtroende.

Att arbeta personcentrerat skulle förslagsvis kunna underlätta vid bemötandet av kvinnor som utsätts för våld i nära relationer då uppbyggandet av ett partnerskap är av yttersta vikt för att kunna arbeta personcentrerat. Partnerskapet kan i det här fallet ses som en vårdrelation. Ekman et al. (2011) menar att ett personcentrerat arbetssätt bekräftar patientens berättelse, situation, familjeförhållanden, styrkor, svagheter, framtidsplaner och rättigheter. Det finns evidens för att ett personcentrerat arbetssätt resulterar i att patienten blir mer nöjd med mötet med vårdpersonal samt uppnår bättre hälsa på grund av att hälsoplaner är baserade på patientens livssituation och önsknings. Vidare skapas ett starkare band mellan vårdpersonal

och patient då det inom ett personcentrerat perspektiv är av yttersta vikt att ett partnerskap byggs upp och upprätthålls, där patienten ses som en jämlike vars berättelse, känslor och vilja alltid sätts i centrum (Ekman et al., 2011). Förslagsvis skulle det personcentrerade arbetssättet kunna uppnå det som studier beskrivit att kvinnorna saknar i mötet med vårdpersonal. Dessutom skulle det hjälpa sjuksköterskor att bemöta kvinnor som utsätts för våld i nära relationer och genom mötet skapa en vårdrelation som får kvinnorna att känna sig förstådda, bekräftade och satta i centrum.

Då kvinnor som utsätts för våld i nära relationer är en mycket komplex patientgrupp för sjukvården att bemöta vad det gäller dels att upprätthålla kvinnans säkerhet, dels att identifiera dem samt att hälso- och sjukvården har otillräckliga resurser för att erbjuda dessa kvinnor hjälp. Då kvinnor utsätts för våld borde det vara prioriterat att utforma riktlinjer som stöd för sjuksköterskor i sitt arbete med kvinnorna. Slutsatsen som dras av detta är att riktlinjer skulle underlätta för sjuksköterskor att rutinmässigt fråga kvinnor om de utsätts för våld samt bidra till att de känner trygghet i sin yrkesroll vid identifikation och bemötandet av våldsutsatta kvinnor. Slutsatsen styrks av Kolbrun Svavarsdottir och Orygsdottir (2008) som har visat att riktlinjer rekommenderas av sjuksköterskor som menar att riktlinjerna har varit ett stort stöd vid identifikation och bemötande av kvinnor som utsätts för våld i nära relationer.

En studie visade att kvinnor föredrar att svara på frågor kring våld genom ett skriftligt eller datorbaserat frågeformulär jämfört med ett samtal (MacMillan et al., 2006). Detta resultat kan grunda sig i att kvinnor inte känner ett tillräckligt stort förtroende för sjuksköterskor för att våga berätta om vad de utsätts för, men även att skriftliga och datorbaserade frågor gör det lättare att undvika att berätta om våldet. En ytterligare orsak kan vara att kvinnorna känner sig genanta över att de utsätts för våld av sin partner samt att de är rädda för att bli skuldbelagda och kritiserade. Skulle endast frågeformulär användas som identifikationsmetod kan konsekvensen antas bli att kvinnor som utsätts för våld missas eftersom att frågorna besvaras självständigt utan sjuksköterskans närvaro, vilket kan göra det lättare att inte svara sanningsenligt eller undvika att svara alls.

Att utforma ett bedömningsinstrument för identifikation av kvinnor som utsätts för våld i nära relationer skulle kunna vara till hjälp för att uppmärksamma problemet och fånga upp utsatta kvinnor. Genom att rutinmässigt screena kvinnor för våld i nära relationer med ett bedömningsinstrument som hjälpmedel, kan slutsatsen dras att eventuellt fler våldsutsatta kvinnor kan identifieras och få hjälp. Inom hälso- och sjukvården förekommer redan andra bedömningsinstrument för rutinmässig screening inom olika områden, bland annat vad gäller fallrisk, risk för trycksår, risk för malnutrition, munhälsa samt riskbruk av alkohol. På så sätt kan patienter identifieras och därefter få åtgärder insatta (Vårdhandboken, 2013). Då dessa bedömningsinstrument används rutinmässigt inom hälso- och sjukvården borde det även gå att införa ett bedömningsinstrument för att identifiera kvinnor som utsätts för våld i nära relationer.

En slutsats som dras är att en förutsättning för att identifiera och bemöta utsatta kvinnor är att sjuksköterskor får ökad kunskap om våld i nära relationer. Genom ökad kunskap kan sjuksköterskor känna mer trygghet i att hantera identifikation av kvinnorna samt hur de kan

skapa förtroende i bemötandet. Om sjuksköterskor utstrålar trygghet och förtroende kommer kvinnorna känna tillit vilket ger en god grund för att skapa en vårdrelation. För att uppnå ökad kunskap inom området hos sjuksköterskor krävs både teoretisk och klinisk träning.

Förslagsvis bör detta implementeras redan i grundutbildningen för sjuksköterskor, men även på arbetsplatser. Som stöd till detta visar Bournell och Prosser (2010) att genom träning och undervisning inom våld i nära relationer ökar sjuksköterskors kunskap, vilket leder till att de känner mer trygghet i sin roll samt uppnår praktiska färdigheter för att kunna identifiera och bemöta kvinnorna.

## **Slutsats**

För att öka sjuksköterskors kunskap och färdigheter inom området, kvinnor som utsätts för våld i nära relationer, bör klinisk träning och undervisning implementeras på arbetsplatser och i grundutbildningen för sjuksköterskor. Samtliga arbetsplatser bör utforma riktlinjer för hur sjuksköterskor rutinmässigt ska kunna identifiera och bemöta kvinnor som utsätts för våld i nära relationer. Förslagsvis skulle ett personcentrerat arbetssätt gynna dessa kvinnor.

Vidare forskning om riktlinjer som stöd vid identifikation och bemötande av kvinnor som utsätts för våld i nära relationer är önskvärt, för att stärka sjuksköterskors kunskap och därmed hjälpa fler utsatta kvinnor.

## Referenslista

- Beynon, C. E., Gutmanis, I. A., Tutty, L. M., Wathen, C. N., & MacMillan, H. L. (2012). Why physicians and nurses ask (or don't) about partner violence: a qualitative analysis. *BMC Public Health*, *12*(473). doi:10.1186/1471-2458-12-473
- Bournell, M., & Prosser, S. (2010). Increasing identification of domestic violence in emergency departments: A collaborative contribution to increasing the quality of practice of emergency nurses. *Contemporary Nurse*, *35*(1), 35-46. doi:10.5172/conu.2010.35.1.035
- Bradbury-Jones, C., Taylor, J., Kroll, T., & Duncan, F. (2014). Domestic abuse awareness and recognition among primary healthcare professionals and abused women: a qualitative investigation. *Journal of Clinical Nursing*, *23*(21-22), 3057-3068. doi: 10.1111/jocn.12534
- Brottsoffermyndigheten. (2000). *Kvinnofrid- att förstå bakgrunden till mäns våld mot kvinnor och dess effekter*. Umeå: Brottsoffermyndigheten.
- Bryczynski, K. A., Crane, P., Medina, C. K., & Pedraza, D. (2009). Intimate partner violence: Advanced practice nurses clinical stories of success and challenge. *Journal of American Academy Nurse Practitioners*, *23*(3), 143-152. doi:10.1111/j.1745-7599.2010.00594.x
- Eldh, A. C. (2014). Delaktighet i rollen som patient. I F. Friberg., & J. Öhlén (Red.), *Omvårdnadens grunder- perspektiv och förhållningssätt*. (s.485-501). Polen: Studentlitteratur.
- Ekman, I., Swedberg, K., Taft, C., Lindseth, A., Norberg, A., Brink, E., ... & Sunnerhagen, K. S. (2011). Person-centered care—Ready for prime time. *European Journal of Cardiovascular Nursing*, *10*(4), 248-251. doi:10.1016/j.ejcnurse.2011.06.008
- Fors, A. (2014). Personcentrerade samtal inom hälsopromotivt arbete. I I.Ekman (Red.), *Personcentrering inom hälso- och sjukvård- Från filosofi till praktik*. (s. 226-244). Stockholm: Liber.
- Hägglom, A. M. E., Hallberg, L. R-M., & Möller, A. R. (2005). Nurses' attitudes and practices towards abused women. *Nursing and Health Sciences*, *7*(4), 235-242. doi: 10.1111/j.1442-2018.2005.00242.x
- 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. doi:10.1177/1049732306292086
- Kolbrun Svavardottir, E. (2010). Detecting intimate partner abuse within clinical settings: self-report or an interview. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, *24*(2), 224-232. doi: 10.1111/j.1471-6712.2009.00709.x



- Kolbrun Svavarsdottir, E., & Orlygsdottir, B. (2008). Identifying abuse among women: use of clinical guidelines by nurses and midwives. *Journal of Advanced Nursing*, 64(4), 779-788. doi: 10.1111/j.1365-2648.2008.04872.x
- Lawoko, S., Sanz, S., Helström, L., & Castren, M. (2011). Screening for intimate partner violence against women in healthcare sweden: Prevalence and determinants. *ISRN Nursing*, 2011, 510692-7. doi:10.5402/2011/510692
- Leppäkoski, T., & Paavilainen, E. (2012). Triangulation as a method to create a preliminary model to identify and intervene in intimate partner violence. *Applied Nursin Research*, 25(3), 171-180. doi:10.1016/j.apnr.2011.03.002
- Leppäkoski, T., & Paavilainen, E. (2013). Interventions for women exposed to acute intimate partner violence: emergency professionals' perspective. *Journal of Clinical Nursing*, 22(15-16), 2273-2285. doi:10.1111/j.1365-2702.2012.04202.x
- Leppäkoski, T., Åstedt-Kurki, P., & Paavilainen, E. (2010). Identification of women exposed to acute physical intimate partner violence in an emergency department setting in Finland. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 24(4), 638-647. doi: 10.1111/j.1471-6712.2009.00754.x
- MacMillan, H. L., Wathen, C. N., Jamieson, E., Boyle, M., McNutt, L-A., Worster, A., Lent, B., & Webb, M. (2006). Approaches to Screening for Intimate Partner Violence in Health Care Settings. *American Medical Association*, 296(5), 530-536. doi:10.1001/jama.296.5.530
- Nationellt centrum för kvinnofrid. (2014a). *Kunskapsbanken- Kriminalstatistik och våldsutsatthet*. Uppsala universitet: Nationellt centrum för kvinnofrid.
- Nationellt centrum för kvinnofrid. (2014b). *Kunskapsbanken- Våld i nära relationer*. Uppsala universitet: Nationellt centrum för kvinnofrid.
- Olsson, H., & Sörensen, S. (2011). *Forskningsprocessen*. Stockholm: Liber.
- Pellmer, K., Wramner, B., & Wramner, H. (2012). *Grundläggande folkhälsovetenskap*. Stockholm: Liber.
- Pratt-Eriksson, D., Bergbom, I., & Lyckhage, E. D. (2014). Don't ask don't tell: Battered women living in Sweden encounter with healthcare personnel and their experience of the care given. *International Journal of Qualitative Studies on Health and Well-being*, 9(1). doi: 10.3402/qhw.v9.23166
- Ramsay, J., Rutterford, C., Gregory, A., Dunne, D., Eldridge, S., Sharp, D., & Feder, G. (2012). Domestic violence: knowledge, attitudes, and clinical practice of selected UK primary healthcare clinicians. *British Journal of General Practice*, 62(602), e647-e655. doi:10.3399/bjgp12X654623

Registered Nurses' Association of Ontario (RNAO), (2005). *Nursing Best Practice Guideline. Women Abuse: Screening, Identification and Initial response*. Toronto: Registered Nurses' Association of Ontario.

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

Segesten, K. (2012). Att välja ämne och modell för sitt examensarbete. I F. Friberg (Red.), *Dags för uppsats – vägledning för litteraturbaserade examensarbeten*. (s.97-100). Lund: Studentlitteratur.

SFS 1992:562. *Hälso- och sjukvårdslagen*. Stockholm: Socialdepartementet.

SFS 2014:888. *Patientsäkerhetslagen*. Stockholm: Socialdepartementet.

SFS 2015:85. *Socialtjänstlagen*. Stockholm: Socialdepartementet.

Snellman, I. (2014). Vårdrelationer – en filosofisk belysning. I F. Friberg., & J. Öhlén (Red.). *Omvårdnadens grunder – perspektiv och förhållningssätt*. (s.439-462). Polen: Studentlitteratur.

Socialstyrelsen. (2005). *Kompetensbeskrivning för legitimerad sjuksköterska*. Stockholm: Socialstyrelsen.

Socialstyrelsen. (2015). *Våld- Handbok om socialtjänstens och hälso- och sjukvårdens arbete med våld i nära relationer*. Stockholm: Socialstyrelsen.

Socialstyrelsen. (2001). *Våldsutsatta kvinnor – ett utbildningsmaterial för hälso- och sjukvårdens personal*. Stockholm: Socialstyrelsen.

Socialstyrelsen. (2014). *SOSFS 2014:4 Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd om våld i nära relationen*. Stockholm: Socialstyrelsen.

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. *BMC Nursing*, 11(1). doi:10.1186/1472-6955-11-1

Tower, M., McMurray, A., Rowe, J., & Wallis, M. (2006). Domestic violence, health and health care: Women's accounts of their experiences. *Contemporary Nurse*, 21(2), 186-198. doi:10.5172/conu.2006.21.2.186

Tower, M., Rowe, J., & Wallis, M. (2012). Reconceptualising health and health care for women affected domestic violence. *Contemporary Nurse*, 42(2), 216-225. doi:10.5172/conu.2012.42.2.216

Vårdhandboken. (2013). *Riskbedömning*. Hämtad 2015-11-16, från <http://www.varldhandboken.se/Sok-pa-Vardhandboken/?quicksearchquery=Riskbed%25c3%25b6mning>

Wiklund, L. (2009). Lidande – en del av människans liv. I F. Friberg., & J. Öhlén (Red.). *Omvårdnadens grunder – perspektiv och förhållningssätt.* (s.295-324). Kristianstad: Studentlitteratur.

Willman, A., Stoltz, P., & Bathsevani, C. (2011). *Evidensbaserad omvårdnad – en bro mellan forskning och klinisk verksamhet.* Lund: Studentlitteratur.

World Health Organization. (2014). *Violence against women- intimate partner and sexual violence against women.* Genève, Schweiz: World Health Organization.

# Bilaga 1

## Söktabell 1: Cinahl

Datum	Sökord	Begränsningar	Antal träffar	Relevanta abstract	Granskade artiklar	Valda artiklar
13/10	Domestic violence AND Nurs* AND Women	Peer reviewed, 2005-2015, female	139	17	17	2
13/10	Abus* AND Batter* AND Women AND Nurs*	Peer reviewed, 2005-2015, female	86	15	15	2
15/10	Intimate partner violence AND Women AND Nurs*	Peer reviewed, 2005-2015, female	185	23	23	3
15/10	IPV AND Nurs* AND Women	Peer reviewed, 2005-2015, female	54	15	15	1
16/10	Abuse AND Nurs* AND Identify AND Women	Peer reviewed, 2005-2015, female	46	8	8	1

## Söktabell 2: PubMed

Daum	Sökord	Begränsningar	Antal träffar	Relevanta abstract	Granskade artiklar	Valda artiklar
16/10	Abus* AND Women And Nurs* AND Identify AND Support	10 years, female	71	10	10	1
16/10	Intimate partner violence AND Women AND Nurs* AND Identify NOT Pregnan*	10 years, female	32	7	7	2
16/10	Intimate partner violence AND Women AND Nurs* NOT Pregnan* AND Intervention*	10 years, female	76	15	15	1
16/10	Intimate partner violence AND Women AND Nurs* NOT Pregnan* NOT Child*	10 years, female	171	34	34	1
16/10	Intimate partner	10 years, female	177	39	39	1

	violence AND Women AND Nurs* NOT Pregnan* NOT Child* AND Support					
--	---	--	--	--	--	--

## Bilaga 2

**Tabell: Översikt av analyserad litteratur.**

Författare Årtal Titel Tidsskrift	Syfte	Metod	Resultat	Kommentarer	Granskning (poäng 1-5)
Beynon et al. (2012).  Why physicians and nurses ask (or don't) about partner violence: a qualitative analysis.  BMC Public Health.	Utforska läkare och sjuksköterskors upplevelser vid identifikation av kvinnor som utsätts för våld i nära relationer. Fastställa skillnaderna mellan professionerna samt identifiera vad som kan impliceras i praktiken.	Kvantitativ. Frågeformulär.  Urval: 597 sjuksköterskor, 328 läkare och 6 som ej angav sin yrkestitel.  Kontext: Kanada, från olika instanser.	Resultatet visade att en av anledningarna till att läkare och sjuksköterskor inte frågar om våld är tidsbrist. Både läkare och sjuksköterskor ansåg sig vara i behov av träning för att kunna identifiera dessa kvinnor.	Högt antal deltagare från olika instanser vilket ger ett bredare och mer trovärdigt resultat.  Deltagarna var anonyma och forskarna kunde därför inte återkoppla till deltagare vid eventuella oklarheter.	5 p
Bryczynski et al (2009).  Intimate partner violence: Advanced practice nurses clinical stories of success and challenge.  Journal of the American Academy of Nurse Practitioners.	Presentera kunskap hos sjuksköterskor och barnmorskor som har erfarenhet av att arbeta med kvinnor som utsätts för våld i nära relationer.	Kvalitativ. Fenomenologisk. Intervjuer.  Urval: 6 sjuksköterskor och 4 barnmorskor.  Kontext: Texas.	Vad det är som är viktigt vid bemötande av kvinnor som utsätts för våld i nära relationer	Samtliga deltagarna var utvalda baserade på deras kunskap kring ämnet.  Det framgår inte tydligt på vilka instanser studien är utförd. Det framgår endast vad sjuksköterskorna hade för utbildning. Lågt antal deltagare	4 p
Hägglom et al. (2005).  Nurses' attitudes and practices towards abused women.  Nursing and Health Sciences.	Bedöma sjuksköterskors träning, kunskap och vård av kvinnor som utsätts för våld i nära relationer	Kvantitativ. Frågeformulär.  Urval: 133 sjuksköterskor.  Kontext: (government health organization) Åland, Finland.	Resultatet visar att sjuksköterskor har en bristande kunskap och ett osystematiskt agerande kring ämnet. Studien fastslår att sjuksköterskor är i behov av träning.	Resultatet överensstämmer med tidigare studier vad gäller behov av träning för sjuksköterskor inom området.  De sjuksköterskor som valde att inte svara på frågeformulären angav att en anledning var att frågorna var svåra att besvara vilket är en svaghet i datainsamlingen.	4 p
Hägglom &	Utforska	Kvalitativ	Resultatet	Samtliga	5 p

<p>Möller (2006).</p> <p>On a Life-Saving Mission: Nurses' Willingness to Encounter with Intimate Partner Abuse.</p> <p>Qualitative Health Research.</p>	<p>sjuusköterskor, vilka har expertkunskap inom området våld i nära relationer, upplevelser av våld mot kvinnor och sjuusköterskans roll som vårdgivare i dessa situationer.</p>	<p>Grounded theory.</p> <p>Intervjuer.</p> <p>Urval: 10 sjuusköterskor.</p> <p>Kontext: Akut mottagning, öppenvårds klinik, MVC/BVC och en psykiatrisk enhet i Finland.</p>	<p>belyser betydelsen av sjuusköterskans roll i vården av våldsutsatta kvinnor samt i att förmedla kunskap kring ämnet.</p>	<p>sjuusköterskor är experter inom området. Sjuusköterskorna arbetar på olika instanser vilket gör resultatet bredare.</p>	
<p>Kolbrun Svavarsdottir (2010).</p> <p>Detecting intimate partner abuse within clinical settings: self-report or an interview.</p> <p>Scandinavian Journal of Caring Sciences.</p>	<p>Utvärdera effektiviteten av två olika identifikationsmetoder.</p>	<p>Tvårsnittstudie. Frågeformulär och intervjuer.</p> <p>Urval: 14 sjuusköterskor, 10 barnmorskor och 208 kvinnor.</p> <p>Kontext: Island på akut mottagning och högriskklinik.</p>	<p>Båda metoderna kunde identifiera kvinnor som utsätts för våld i nära relationer. Fler fall av fysiskt våld identifierades via intervjuer jämfört med frågeformulär. Emotionellt och sexuellt våld identifierades bäst med frågeformulär.</p>	<p>Sjuusköterskorna och barnmorskorna var tränade och erhöll strikta instruktioner för hur de skulle bemöta dessa kvinnor.</p> <p>Kan vara en variation på hur sjuusköterskorna och barnmorskorna faktiskt bemötte kvinnorna. Bör inte generaliseras utanför akut mottagningar och högriskkliniker.</p>	5 p
<p>Kolbrun Svavarsdottir &amp; Orlyggsdottir (2008).</p> <p>Identifying abuse among women: use of clinical guidelines by nurses and midwives.</p> <p>Journal of Advanced Nursing</p>	<p>Att identifiera våld mot kvinnor som söker hälso- och sjukvård samt utvärdera användning av kliniska riktlinjer för identifikation av våldet.</p>	<p>Tvårsnittsstudie . Frågeformulär och intervjuer.</p> <p>Urval: 14 sjuusköterskor, 10 barnmorskor och 208 kvinnliga patienter.</p> <p>Kontext: Island på akut-mottagning och högriskklinik.</p>	<p>Samtliga deltagande sjuusköterskor och barnmorskor ansåg att kliniska riktlinjer är ett bra hjälpmedel vid identifikation av kvinnor som utsätts för våld i nära relationer.</p>	<p>Användbara och effektiva riktlinjer enligt sjuusköterskor och barnmorskor.</p> <p>Något otydlig dataanalys.</p>	4,5 p
<p>Leppäkoski &amp; Paavilainen (2012).</p> <p>Triangulation as a method to create a preliminary model to</p>	<p>Hur sjukvårdspersonal på akutmottagningar kan identifiera kvinnor som utsätts för akut fysiskt våld i nära relationer och hur de kan gå till</p>	<p>Tvårsnitts studie. Triangulering: Kvalitativ och kvantitativ. Semistrukturerade intervjuer och frågeformulär.</p>	<p>Utifrån resultatet skapade författarna en modell för identifiering av våld i nära relationer. Denna innehöll:</p>	<p>Metoden ger en djupare förståelse då författarna använde sig av triangulering. Resultatet överensstämmer med tidigare studier som</p>	4 p

<p>identify and intervene in intimate partner violence.</p> <p>Applied Nursing Research.</p>	<p>väga. En identifierings modell ska skapas.</p>	<p>Urval: 35 kvinnor och 480 sjukvårdspersonal.</p> <p>Kontext: Akutmottagningar i Finland.</p>	<p>-Symtom och tecken. -Positiva och negativa faktorer som kan påverka identifikationen . -Förslag på åtgärder.</p>	<p>utförts i olika kontexter inom sjukvården. Detta ger en ökad validitet.</p> <p>En svaghet kan vara att utifrån författarnas perspektiv är trianguleringen en svår metod att bemästra. Urvalsprocessen var otydligt beskriven.</p>	
<p>Leppäkoski &amp; Paavilainen (2013).</p> <p>Interventions for women exposed to acute intimate partner violence: emergency professionals' perspective.</p> <p>Journal of Clinical Nursing.</p>	<p>Undersöka åtgärder som utförs av sjukvårdspersonal på akutmottagningar.</p>	<p>Kvantitativ. Frågeformulär.</p> <p>Urval: 488 sjukvårdspersonal.</p> <p>Kontext: 28 akut mottagningar i Finland.</p>	<p>Sjukvårdspersonal som erhållit träning kring ämnet och handlade utifrån riktlinjer, hjälpte kvinnor oftare än sjukvårdspersonal utan träning och riktlinjer.</p>	<p>Studien är utförd på flera olika akut mottagningar vilket ökar trovärdigheten i resultatet.</p> <p>Studien fokuserade enbart på kvinnor som kommit in för en akut skada relaterat till våld i nära relation och inte kvinnor som inkom för andra problem relaterat till våldet. Detta kan leda till att många kvinnor missas. Urvalsprocessen var otydligt beskriven.</p>	4 p
<p>Leppäkoski et al. (2010).</p> <p>Identification of women exposed to acute physical intimate partner violence in an emergency department setting in Finland.</p> <p>Scandinavian Journal of Caring Science.</p>	<p>Beskriva frekvensen av kvinnor som besöker akutmottagning på grund av fysiskt våld i nära relation uppskattat av sjukvårdspersonal. Samt hur dessa kan identifieras akut.</p>	<p>Tvärnittsstudie . Triangulering: kvalitativ och kvantitativ.</p> <p>Urval: 488 sjukvårdspersonal.</p> <p>Kontext: Finland på 28 olika akutmottagningar.</p>	<p>Svårt att identifiera kvinnor som utsätts för våld i nära relationer. Viktigt med systematisk träning och kunskap om våld i nära relationer.</p>	<p>Resultatet överensstämmer med tidigare forskning och är applicerbart på andra akutmottagningar.</p> <p>51 % svarade vilket kan vara en svaghet. Inkluderade enbart kvinnor som inkom med fysiska skador relaterade till våld.</p>	4 p
<p>MacMillan et. al (2006).</p>	<p>Att fastställa den mest optimala</p>	<p>Randomiserad studie.</p>	<p>Kvinnorna föredrog att</p>	<p>Ett stort antal deltagare styrker</p>	5 p



<p>Approaches to Screening for Intimate Partner Violence in Health Care Settings.</p> <p>American Medical Association.</p>	<p>identifikationsmetoden för kvinnor som utsätts för våld i nära relation.</p>	<p>Kvantitativ.</p> <p>Urval: 2461 kvinnliga patienter.</p> <p>Kontext: 2 akutmottagningar, två familjecentraler och två kvinnokliniker i Ontario, Canada.</p>	<p>skriftligen eller via dator svara på frågor angående våld i nära relationer framför en intervju med sjukvårdspersonal.</p> <p>Datorbaserad identifikation visade sig dock inte identifiera ett ökat antal utsatta kvinnor jämfört med intervjuer.</p>	<p>trovärdigheten. Flödesschema.</p> <p>En svaghet kan vara att kvinnorna var kända hos de i sjukvårdspersonal som intervjuade dem. Detta skulle kunna påverka sjukvårdspersonalens bedömning.</p>	
<p>Pratt-Eriksson et al. (2014).</p> <p>Don't ask don't tell: Battered women living in Sweden encounter with healthcare personnel and their experience of the care given.</p> <p>International Journal of Qualitative Studies on Health and Well-being.</p>	<p>Få en fördjupad förståelse för hur kvinnor som utsätts för våld i nära relationer upplever mötet med sjukvårdspersonal, socialen och polisen.</p>	<p>Fenomenologisk, hermeneutisk metod.</p> <p>Intervjuer.</p> <p>Urval: 12 kvinnor som lever under skydd.</p> <p>Kontext: Sverige. Womens shelter.</p>	<p>Kvinnornas upplevelser av deras möten med sjukvården beskrevs som återtraumatiserande, nonchalant och som ett outhärdligt lidande.</p>	<p>Författarna var medvetna om att dessa kvinnor är sårbara och kvinnorna informerades om att denna studie skulle kunna väcka negativa känslor. Detta är en styrka pga. Att de blev väl förberedda samt att författarna kunde ha ett lämpligt förhållningssätt.</p> <p>En svaghet är att studien är utförd i en storstad och erfarenheterna kommer därför enbart från stora sjukhus.</p>	<p>5 p</p>
<p>Ramsy et al (2012).</p> <p>Domestic violence – knowledge, attitudes, and clinical practice of selected UK primary health care clinicians.</p> <p>British Journal of General Practice.</p>	<p>Att mäta kunskapsnivå, attityder och kliniska färdigheter hos sjukvårdspersonal inom primärvården, gällande området våld i nära relationer.</p>	<p>Randomiserad kontrollstudie. Kvantitativ. Frågeformulär.</p> <p>Urval: 272 sjuksköterskor och läkare.</p> <p>Kontext: 48 vårdcentraler, inom två geografiska områden i Storbritannien.</p>	<p>Sjuksköterskor och läkare var positivt inställda till att engagera sig i kvinnor som utsätts för våld i nära relation. De ansåg sig dock inte vara tillräckligt förberedda för att möta dessa kvinnor samt ansåg sig ha dålig kunskap kring tillgängliga</p>	<p>En styrka är att ett validerat frågeformulär användes.</p> <p>Deltagarna ansåg att frågeformuläret tog för lång tid att besvara vilket skulle kunna ha påverkat hur de svarade. Oklar dataanalys.</p>	<p>4,5 p</p>

			resurser. Läkare var bättre rustade inom området än sjuksköterskor. Mer träning behövs.		
Reisenhofer & Seibold (2012).  Emergency healthcare experiences of women living with intimate partner violence.  Journal of Clinical Nursing.	Utforska hur australienska kvinnor som utsätts för våld i nära relationer upplever sjukvården samt hur det påverkar deras förståelse av våldet och självkänedom.	Kvalitativ. Grounded theory. Semistrukturerade intervjuer.  Urval: 7 kvinnor.  Kontext: Akutmottagning och primärvård i Australien.	Fyra stora kategorier identifierades: 1) Tillgång till sjukvård: utmaningar och barriärer. 2) Vård kvinnor behöver/Vård kvinnor får. 3) Diskussion kring våld i nära relationer samt självkänedom. 4) Uppmärksamma våld i nära relationer, gå vidare och återuppbygga sig själv.	En styrka i studien är att det är kvinnornas upplevelser som belyses vilket visar vilken betydelse sjuksköterskan har.  Kvinnorna som deltog i studien hade alla lämnat sin våldsamma relation vilket skulle kunna påverka deras svar då de berättade om en tidigare upplevd situation. Det kan vara en svaghet då kvinnorna kan ha hunnit bearbeta det de gått igenom. Lågt antal deltagare.	5 p
Sundborg et al. (2012).  Nurses' preparedness to care for women exposed to Intimate Partner Violence: a quantitative study in primary health care. BMC Nursing	Bedöma sjuksköterskors beredskap inom primärvården för att kunna identifiera och ge omvårdnad till kvinnor som utsätts för våld i nära relationer.	Kvantitativ. Frågeformulär.  Urval: 192 sjuksköterskor.  Kontext: Primärvård i Sverige.	Sjuksköterskorna saknade riktlinjer och stöd från verksamheten. Sjuksköterskorna ansåg sig ha för lite kunskap för att fråga om kvinnor utsätts för våld i nära relationer.	Lämpligt antal sjuksköterskor för ett trovärdigt resultat. Flödesdiagram.	5 p
Tower et al. (2006).  Domestic violence, health and health care: Women's accounts of their experiences.  Contemporary Nurse.	Expandera kunskap om hälsoproblem hos kvinnor som utsätts för våld i nära relationer för att problematisera sjukvården och etablera en kvinnocentrerad hälso- och sjukvård.	Kvalitativ. Intervjuer.  Urval: 9 kvinnor.  Kontext: Organisationer som stödjer kvinnor som utsätts för våld i nära relationer i	Hälsa är komplext för dessa kvinnor och sjukvården kan inte alltid identifiera detta. Sjuksköterskan påverkar kvinnornas hälsa.	Studien ger en berikad förståelse för hälsans komplexitet hos kvinnor som utsätts för våld i nära relationer vilket är en styrka då få studier fokuserar på just hälsan hos kvinnorna.	3,5 p

		Australien.		Ingen tydlig urvalsprocess. Resultatet svarade delvis inte på syftet (kvinnocentrerad hälso- och sjukvård).	
Tower et al. (2014).  Reconceptualising health and health care for women affected by domestic violence.  Contemporary Nurse.	Utforska sjuksköterskors upplevelser av att vårda kvinnor som utsätts för våld i nära relation. Samt jämföra resultatet med studie 1 (Tower et al., 2006).	Kvalitativ. Intervjuer.  Urval: 12 sjuksköterskor.  Kontext: Sjukhus i Australien.	Visar hur sjuksköterskor ser hur kvinnors hälsa påverkas av våld i nära relationer.	Överensstämmer med tidigare studier angående att sjuksköterskorna själva känner att de inte har tillräcklig kunskap för att möta dessa kvinnor.  Otydlig urvalsprocess.	4 p

