



SAHLGRENKA AKADEMIN
INSTITUTIONEN FÖR VÅRDVETENSKAP OCH HÄLSA

HINDER FÖR IDENTIFIERING AV KVINNOR UTSATTA FÖR VÅLD I NÄRA RELATION

Sjuksköterskans perspektiv

Linnea Bohman och Lykke Koch

Uppsats/Examensarbete: 15 hp
Program och/eller kurs: Sjuksköterskeprogrammet OM5250
Nivå: Grundnivå
Termin/år: Ht/2019
Handledare: Annette Bramstång och Catarina Wallengren
Examinator: Catarina Wallengren
Institutionen för Vårdvetenskap och hälsa

Förord

Vi vill tacka våra handledare Annette Bramstång och Catarina Wallengren för deras stöd och hjälp under arbetets gång och berörda lärare vid institutionen för snabb åtgärd vid oväntat avbrott i handledningen.

Titel (svensk)	Hinder för identifiering av kvinnor utsatta för våld i nära relation
Titel (engelsk)	Barriers to identify women exposed to intimate partner violence
Examensarbete:	15 hp
Program och/eller kurs:	Sjuksköterskeprogrammet OM5250
Nivå:	Grundnivå
Termin/år:	Ht/2019
Författare	Linnea Bohman och Lykke Koch
Handledare:	Annette Bramstång och Catarina Wallengren
Examinator:	Catarina Wallengren

Sammanfattning:

Bakgrund: Var tredje kvinna utsatt för våld anger att våldet sker i nära relation och ofta utövat av män. Fysiskt, psykiskt, sexuellt samt försummelse är fyra våldstyper av definitionen våld vilka kan ge förödande konsekvenser. Kvinnor utsatta för våld i nära relation söker ofta kontakt med hälso- och sjukvården och sjuksköterskor har därmed en central roll i att identifiera och hjälpa dessa kvinnor. **Syfte:** Syftet med studien var att belysa vad som hindrar sjuksköterskor från att identifiera kvinnor utsatta för våld i nära relation i vården. **Metod:** En litteraturöversikt användes där tolv artiklar av både kvalitativ och kvantitativ data granskades och sammanställdes. Databaserna CINAHL, PubMed och Scopus användes vid artikelsökning. **Resultat:** Resultatet formade fyra huvudkategorier; attityd och kultur, brist på kunskap, tidsbrist och oanpassad vårdmiljö. De fyra huvudkategorierna utgjorde inte enbart hinder för identifiering utan skapade även hinder i sjuksköterskors bemötande och omvårdnad av dessa kvinnor. **Slutsats:** Det är därför viktigt att sjuksköterskor får utbildning och rätt förutsättningar för att kunna identifiera kvinnor utsatta för våld i nära relation.

Nyckelord: Våld i nära relation, Sjuksköterska, Identifiering, Hinder, Omvårdnad

Innehållsförteckning

Inledning	5
Bakgrund	5
Definition våld	5
Våld mot kvinnor	5
Våld i världen	6
Våldets konsekvenser	7
Våld i Sverige	7
Våld i nära relation	7
Arbete kring våld	8
I Sverige	8
Hälso- och Sjukvårdens ansvar	8
Sjuksköterskans roll	9
Sjuksköterskans bemötande	9
Vårdvetenskapliga begrepp	9
Vårdrelation	9
Lidande	10
Tröst och trygghet	10
Problemformulering	10
Syfte	11
Metod	11
Design	11
Datainsamling	11
Inklusions- och exklusionskriterier	11
Urval	12
Kvalitetsgranskning	12
Dataanalys	12
Forskningsetiska överväganden	12
Resultat	13
Attityd och kultur	13
Föreställningar om våld i nära relation	13
Sjuksköterskans uppfattningar	13
Oklar ansvarsfördelning	13
Brist på kunskap	14

Otydlighet kring rapportering och samarbete	14
Bristande kunskap	14
Behov av utbildning	14
Osäkerhet i arbetet	15
Tidsbrist	15
Tidspress	15
Tidskrävande arbete	15
Oanpassad vårdmiljö	16
Brist på plats och avskildhet	16
Den dagliga vårdmiljön	16
Metoddiskussion	16
Litteratursökning	16
Sökord	16
Urval	16
Artiklarnas design	17
Kategorier	17
Etiskt godkännande	17
Resultatdiskussion	17
Attityders inflytande	17
Utbildning och osäkerhet	18
Ansträngd arbetssituation	18
Vikten av anpassad vårdmiljö	18
Implikationer för sjuksköterskans arbete	19
Behov av vidare forskning	19
Slutsats	20
Referenslista	21
Bilagor	26
Bilaga 1:	26
Bilaga 2:	27

Inledning

Fråga mig tänker jag när sjuksköterskan undersöker mina brutna revben. Fråga mig vad som egentligen hände, nöj dig inte med att jag sa att jag ramlade med cykeln. Fråga mig om det är något jag vill berätta. Sjuksköterskan frågar aldrig och jag berättar inte. Jag berättar inte att min sambo puttade mig ner för trappan och att jag sitter här för tredje gången av samma orsak. Jag berättar inte att han en dag kan ta livet av mig.

Författarna till denna litteraturöversikt förmodar att alla sjuksköterskor någon gång har eller kommer komma i kontakt med kvinnor utsatta för våld i nära relation. Enligt författarnas erfarenheter från arbete och verksamhetsförlagd utbildning finner sjuksköterskor osäkerhet i att lyfta frågan om våld och att metoder för screening på kvinnor inte rutinmässigt tillämpas i arbetet. Ämnet väckte även intresse då författarna anser att grundutbildningen till sjuksköterska är bristfällig i ämnet och att hälso- och sjukvården inte alltid beaktar människors lika värde och rätt till vård oberoende av sjukdom, kön och status. Författarna anser vidare att första mötet kan vara avgörande för hur patienter väljer att betrakta vården vilket i sin tur kan utmana och försvåra skapandet av en god och mycket viktig vårdrelation. Vårdrelationen är enligt författarnas mening ofta utmanad i dagens hälso- och sjukvård då många sjuksköterskor går på knäna för att ens hinna med de mest basala uppgifterna. Att inte kunna skapa en god vårdrelation tros enligt författarna vara en bidragande orsak till att sjuksköterskor inte frågar om våldsutsatthet, vilket på sikt kan bidra till att mörkertalen och utsattheten för kvinnorna kvarstår.

Bakgrund

Definition våld

Våld mot kvinnor

Förenta nationerna definierar våld mot kvinnor som ”varje handling av könsbaserat våld som resulterar i eller sannolikt kommer att leda till fysisk, sexuell eller psykisk skada eller lidande för kvinnor, inklusive hot om sådana handlingar, tvång eller godtycklig berövande av frihet, oavsett om den sker i det offentliga eller i det privata livet” (World Health Organization [WHO], 2017).

Fysiskt, psykiskt, sexuellt och försummelse är fyra våldstyper som skapats utifrån definitionen våld (Socialstyrelsen, 2016). Fysiskt våld kan bestå av knuffar, sparkar, knytnävsslag, stryptag eller örfilar och förövaren kan även bita, riva eller bränna offret.

Psykiskt våld kan handla om trakasserier, hot, förlöjligande och tvång. Offret kan även utsättas för social isolering och kontroll. Sexuellt våld kan innebära samlag utan samtycke, sexuella trakasserier, användande av ett sexuellt kränkande språk eller att tvinga offret att titta på pornografi. Försummelse kan till exempel innefatta att den utsatta får felaktig medicinerings och begränsad tillgång till mat, vatten eller personlig hygien.

Ovan beskrivna våldstyper skapar enligt Socialstyrelsen (2016) en bredare definition av våldet och kan därför inkludera handlingar som medför en börda för individen, familjen, samhället och sjukvårdssystemet. Om våld enbart definieras av termerna skada och död begränsas förståelsen av våldets fulla omfattning.

Våld i världen

Våld mot kvinnor är omfattande i ett globalt perspektiv. Mörkertalen är höga och våldet förekommer i alla länder, inom alla grupper, religioner och samhällsklasser. Våldet är däremot mer omfattande i länder där mäns våld mot kvinnor sällan åtalas och där kvinnors rättigheter är mer ifrågasatta. Definitionen i vad som utgör en våldshandling varierar betydligt mellan länder (Johnsson-Latham, 2019).

Omkring 35 procent av alla kvinnor i världen upplevt fysisk och/eller sexuellt våld under sin livstid och nästan 30 procent av kvinnorna rapporterar att våldet sker i relation med intim partner. Globalt sett begås 38 procent av mordena på kvinnor av en manlig partner (WHO, 2017). Att uppmärksamma kvinnor utsatta för våld som söker vård har visat sig gå sakta framåt i flera länder och hindras av begränsade sjukvårdsresurser och personalomsättning. Dessutom skapas motstånd i flera länder på grund av kulturella och sociala hinder (Gracia-Moreno et al., 2015).

De senaste decennierna har ett flertal åtgärder vidtagits internationellt. År 1995 markerade förenta nationerna (FN) vikten av att uppmärksamma våld mot kvinnor i världens alla religioner. Det dominerande partnervåldet har lyfts fram under 2010-talet och kunskap har ökat kring våldets breda bakomliggande orsaker (Johnsson-Latham, 2019). År 2015 skapades Agenda 2030, vilket

innebär att 193 medlemsländer i FN anslöt i en handlingsplan för att år 2030 uppnå en social, miljömässig och ekonomisk hållbar värld (Agenda 2030 delegationen, 2019). Agendan består av 17 globala mål med 169 delmål där delmål fem belyser jämställdhet med målet att avskaffa alla former av våld och diskriminering mot kvinnor och flickor (Globala målen, 2015).

Våldets konsekvenser

Våldets konsekvenser kan för kvinnor, enligt WHO (2017), orsaka hälsoproblem på både kort och lång sikt. Reproduktivt sett kan våldet exempelvis medföra oönskade graviditeter, för tidigt födda barn och gynekologiska problem vilket till följd orsakar höga ekonomiska kostnader för kvinnan, sjukvården och samhället. Våldet kan även leda till depression, magbesvär, posttraumatisk stress, ångest, sömnsvårigheter, överkonsumtion av alkohol och i slutändan mord eller självmord. Om barn växer upp i en familj där våld äger rum är risken större att de drabbas av känslomässiga och beteendemässiga problem vilket kan medföra uppsåt av våldsbrott senare i livet (WHO, 2017).

Våld i Sverige

Fram till år 1864 hade män lagstadgad rätt till att äga sin hustru i Sverige. Innan dess var det otänkbart för kvinnorna att säga emot männens bestämmanderätt och auktoritet. Våldet fortsatte vara en privatsak långt in på 1900-talet (om våldet inte utövades offentligt eller för grovt) trots att hustruaga förbjöds. Däremot kom mäns våld mot kvinnor att fördömas allt mer under senare delen av 1900-talet och detta beror till stor del på grund av att kvinnorörelsen lyckades lyfta frågan i den politiska agendan. Detta resulterade i en strängare lagstiftning kring våldsanvändning och ett större skydd för våld mot kvinnor (Gottzén, 2014).

Enligt bråttförebyggande rådet (BRÅ, 2019b) anmälde år 2018 omkring 16 000 misshandelsbrott i Sverige där gärningspersonen stod i nära relation till offret. Detta handlade om 40 procent av händelserna för kvinnor och tre procent av händelserna för män.

Föreställningar om hot och våld som legitima uttryck för manlighet bör aktivt motverkas i sammanhang som är särskilt viktiga i formandet av pojkars och unga mäns identitet. Generellt sett är unga män överrepresenterade som förövare av och offer för våld. Vidare är det viktigt att ifrågasätta acceptans för våld då våldet ökar mellan män (Regeringen, 2016).

Våld i nära relation

Definitionen “nära relation” innefattar alla typer av parrelationer inklusive särbo och pojk- och flickvänner. År 2018 misstänktes 7160 kvinnor över 18 år blivit utsatta för misshandel av någon de har eller haft en nära relation till (BRÅ, 2019b). De samband och förutsägelser för att begå våld i nära relation (VNR) är likadana bland män och kvinnor, t.ex. att bevittna våld i barndomen, uppleva övergrepp, alkoholmissbruk och relationens maktdynamik (Dardis, Dixon, Edwards & Turchik, 2015). Enligt Socialstyrelsen (2016) utsätts både män och kvinnor för VNR.

Våldsutsattheten mellan könen i nära relationer är nästan jämnt fördelat men kvinnor utsätts oftare för ett grövre och mer upprepat våld än män. När män utsätts för samma typ av våld som kvinnor är gärningsmannen vanligtvis en okänd person och våldet sker på en allmän plats.

Våld i nära relationer har enligt BRÅ (2019a) en låg anmälningsbenägenhet och omkring fem procent (n=12 671) av de utsatta kvinnorna anmäler händelsen till polisen. De anmälningar polisen får in av kvinnor består främst av grova brott i nära relationer, vilket delvis beror på att de väntar med att anmäla tills några andra alternativ inte finns. Den låga anmälningsbenägenheten beror även på kvinnornas rädsla att inte bli trodd, att de skuldbelägger sig själva eller tror att rättsprocessen kommer bli för ansträngande för dem.

Arbete kring våld

I Sverige

Inom Sveriges jämställdhetspolitik har sex stycken delmål formats. Dessa delmål innefattar samhällseliga strukturer, villkor, processer, möjligheter och individuell frihet kopplat till kön och makt (Regeringskansliet, 2016). Ett av de sex delmålen belyser mäns våld mot kvinnor där regeringen infört en långsiktig strategi med ett riktat åtgärdsprogram där våldsförebyggande insatser är i fokus (Regeringen, 2016).

Regeringen (2016) har valt att fokusera på att förebygga våldet då arbetet tidigare tenderat att fokusera på konsekvenserna av våldet snarare än dess orsak. Effektivare åtgärder är då aktuellt för att förhindra uppsåt och upprepning av våld. Ett bredare och mer konstruktivt engagemang av män och pojkar behövs då de tillhör en överrepresenterad grupp där våld förekommer.

Nationellt centrum för kvinnofrid (NCK, 2019) arbetar med att höja kunskapen nationellt kring mäns våld mot kvinnor, hedersrelaterat våld och förtryck samt våld i samkönade relationer. Deras övergripande mål är att arbetet mot våld i nära relationer ska vara av lika hög kvalitet i hela landet och att de utsatta ska få stöd och hjälp oberoende var de bor. NCK driver även tillsammans med Uppsala Universitet och Akademiska Sjukhuset Kvinnofridslinjen. Detta är en nationell stödtelefon riktad till utsatta för hot eller våld.

Hälso- och Sjukvårdens ansvar

Hälso- och sjukvården har till ansvar att så långt som möjligt identifiera orsaken till de symtom patienten söker vård för. Att inte uppmärksamma våldsutsatthet är inte en god vård. Genom att ställa rutinfrågor om våld skapas möjlighet till dialog och hälso- och sjukvården visar att de har kompetens att ta hand om svaret (Berglund & Witowski, 2014). Hälso- och sjukvårdens frekvens av rutinscreening är relativt låg då de ser olika på vad rutinen innefattar (Alvarez, Fedock, Grace & Campbell, 2017). Betydelsen av rutinscreening kan innebära att utföra screening på alla patienter vid varje besök, vid första besöket eller när patienten har synliga skador. Hälso- och sjukvårdspersonal uppger enligt Alvarez, Debnam, Clough, Alexander och Glass (2018) att de inte känner sig förberedda när en kvinna avslöjar sin utsatthet på grund av osäkerhet kring tillgängliga resurser.

Ett flertal våldsutsatta söker till hälso- och sjukvården men utelämnar att de egentligen utsätts för våld (Socialstyrelsen, 2014). När kvinnor söker vård överensstämmer oftast inte deras förklaring till hur skadan uppstått med hälso- och sjukvårdens kliniska bild (Leppäkoski, Åstedt-Kurki & Paavilainen, 2010).

När hälso- och sjukvårdspersonal ställer rutinfrågor om våld underlättar det för den våldsutsatta att berätta om sin situation och att få rätt stöd och hjälp (Socialstyrelsen, 2014,2019). Det finns ett flertal anledningar till varför kvinnan avstår att berätta om våldet. Det kan exempelvis bero på våldet normaliseras eller att kvinnan känner skam, skuld eller har en rädsla för att inte bli trodd. Otillräcklig kunskap är en anledning till att hälso- och sjukvårdspersonal avstår och undviker att ställa frågan om våld.

Enligt Socialstyrelsen (2019) bör vårdgivaren ha kunskap om våld och andra övergrepp för att kunna uppmärksamma våldsutsatthet. Även om utsattheten är plågsam att diskutera önskar utsatta kvinnor att sjuksköterskor lyfter frågan. Kvinnorna vill även att sjuksköterskor skapar en säker miljö genom att be deras anhöriga eller förövare att lämna rummet (Snyder, 2016).

Sjuksköterskans roll

Enligt Svensk Sjuksköterskeförening (2017, 2014) ska legitimerade sjuksköterskor bedriva omvårdnad med respekt för de mänskliga rättigheterna, visa hänsyn till människors tro, vanor, värderingar, självbestämmande, värdighet och integritet. Vidare ska sjuksköterskor bemöta patienter med respektfullhet, lyhördhet, medkänsla och trovärdighet. Sjuksköterskor har även ett ansvar att reflektera över sina egna styrkor och svagheter inom sin yrkesutövning för att ständigt kunna utvecklas. Alshammari, McGarry och Higginbottom (2018) framhäver att sjuksköterskor är medvetna om att de inte behöver vara experter inom VNR, däremot behöver de ha kunskap om vilka myndigheter kvinnorna ska hänvisas till.

För en sjuksköterskeexamen ska studenten, enligt Högskoleförordningen (SFS 1993:100), visa kunskap om mäns våld mot kvinnor och relevanta författningar. Alshammari et al. (2018) belyser att det finns evidens på att sjuksköterskor inte får den utbildningen som krävs. Majoriteten av sjuksköterskor har behov av, och är positivt inställda till utbildning om VNR och våld i hemmet under grundutbildningen och vidareutbildning på arbetsplatsen.

Sjuksköterskans bemötande

För att den våldsutsatta ska våga berätta om sin upplevelse kan bemötandet mellan patient och sjuksköterska vara avgörande (Almerud-Österberg & Rahmqvist, 2019). Bemötandet kan påverka kvinnans beslut om att anmäla händelsen eller inte. Enligt sjuksköterskor är kommunikation en viktig faktor i bemötandet av kvinnor utsatta för VNR (Alshammari et al., 2018). När sjuksköterskor introducerar ämnet och använder öppna frågor är sannolikheten större att kvinnan avslöjar VNR. Förmågan att kunna ställa direkta frågor, tillbringa tillräckligt med tid med patienter och inte känna sig stressad gör att sjuksköterskor kan implementera screening mer effektivt. Om sjuksköterskan tar hänsyn till patientens autonomi, integritet och sekretess kan kvinnor lättare avslöja sin utsatthet (Ahmad, Ali, Rehman, Talpur & Dhingra, 2017).

Vårdvetenskapliga begrepp

Vårdrelation

Snellman (2014) definierar begreppet vårdrelation som ett möte mellan patienter och sjuksköterskor och som medför något dåligt eller bra för patienter. Vårdrelationen kan således vara både vårdande och icke vårdande och patienten kan uppleva både välbefinnande och ett onödigt lidande. Vårdrelationen kan påverkas och formas utifrån olika faktorer beroende på vilka som möts, om det är kvinna eller man, ung eller gammal.

Sjuksköterskor möter många patienter som är allvarligt sjuka och befinner sig i svåra livssituationer. Det kan därför uppstå många påfrestande och komplicerade möten där bemötandet är väsentligt. Det finns flera anledningar till varför det kan uppstå en obalans i mötet mellan patienter och sjuksköterskor, exempelvis patientens förväntningar, sjuksköterskors bemötande eller brist på kunskap. För att patienten ska känna sig bekväm med att uttrycka sina behov, önskingar och tankar är det därför viktigt att vården visar engagemang (Snellman, 2014).

Lidande

I religiösa skrifter och i det omvårdnadsvetenskapliga perspektivet är lidande en del av människans liv. Det kan exempelvis vara att lida av svåra smärtor, hantera svåra känslor, livsförändring och sjukdom. I vården kan sjukdomslidande, livslidande eller vårdlidande uppstå hos patienten eller anhöriga. Lidande kan även bidra till att människan lär sig något om sig själv och därmed utvecklas. Att möta människor som lider är en del av sjuksköterskors arbete och kan upplevas påfrestande och skrämmande. Det är därför viktigt att sjuksköterskor samlar mod, möter patienten med respekt, sträva efter att förstå det unika hos patienten och kan därmed ge en individuell omvårdnad (Wiklund Gustin, 2014).

Hur patienten uttrycker och hanterar sitt lidande skiljer sig åt och det är därför en central del i sjuksköterskans omvårdnad att bekräfta patientens lidande, för att sedan kunna stärka patientens värdighet och självförtroende. För att inte bidra med ett ökat lidande för patienten behöver sjuksköterskan hitta en balans mellan att ge patienten utrymme och tid för att samla kraft, och att stötta och låta patienten vara aktiv i sin egen vård (Wiklund Gustin, 2014).

Tröst och trygghet

När patienter upplever lidande är det en central uppgift i sjuksköterskans arbete att förmedla tröst och trygghet. Förmågan att förmedla empati, vara lyhörd, visa tillit och praktisk visdom skapar en tröstande omvårdnad och kan göra lidandet uthärdligt för patienten. Att erbjuda en filt, ge lätt beröring eller utföra andra enkla och konkreta vårdhandlingar kan bidra till att patienten känner trygghet. Om tryggheten förloras, aldrig skapas eller misstolkas kan känslan av ensamhet och främlingskap uppstå. Det är därför viktigt att ta hänsyn till patientens livshistoria och kulturella bakgrund för att inte riskera att patientens integritet förolämpas (Santamäki Fischer, 2019).

Problemformulering

Omkring en tredjedel av alla kvinnor i världen har någon gång upplevt fysiskt eller sexuellt våld av sin partner och våldets omfattning har kommit att uppmärksammas liksom ett övergripande hinder för mänsklig utveckling. Bemötandet kan mellan kvinna och sjuksköterska vara avgörande för att kvinnan ska våga prata om sin utsatthet. Konsekvenser av att kvinnorna inte identifieras kan vara många och framförallt orsaka lidande och höga ekonomiska kostnader för dem och för samhället. För att möjliggöra adekvat vård till kvinnorna anses det i författarnas mening således centralt att belysa eventuella hinder i sjuksköterskans arbete kring identifiering av dessa kvinnor.

Syfte

Syftet för denna litteraturöversikt är att belysa vad som hindrar sjuksköterskor från att identifiera kvinnor utsatta för våld i nära relation i vården.

Metod

Design

För att besvara syftet användes en litteraturöversikt vilket kan skapa en överblick av ett avgränsat område, över kunskapsläget inom ett visst omvårdnadsrelaterat område och ifall det finns ett problem inom sjuksköterskans kompetens- och verksamhetsområde. En litteraturöversikt kan innehålla både kvalitativ och kvantitativ forskning (Friberg, 2017a).

Datainsamling

För att få fram relevanta artiklar i databaserna användes Swedish Mesh samt Cinahl-headings för att få fram sökord utifrån syftet (Karlsson, 2017). De primära sökorden som användes var Nurse*, Nurse's Role, Intimate partner violence, Battered Women, Attitude* och Identify*. Vid sökningarna kombinerades sökorden med hjälp av boolesk söklogik och operatorerna AND och OR användes (Karlsson, 2017). En del av orden användes med trunkering för att inkludera alla böjningar av ordet i sökningen. Sökningen gjordes främst i tre olika sökblock vilka skapades av operatorm AND. Ordet "identify" uppmärksammades att beröra artiklar som primärt handlade om screening vilket gjorde att sökordet exkluderades när litteratursökning utfördes i PubMed.

En inledande informationssökning i databaserna CINAHL och PubMed gjordes för att få en överblick om forskningsområdet, sökningarna är därför inte systematiserade utan experimentella (Östlundh, 2017). Därefter gjordes den riktiga sökningen som ligger till grund för resultatet. Databaserna PubMed, CINAHL och Scopus användes för att få fram vetenskapliga artiklar. Inriktningarna på databaserna skiljer sig åt CINAHL innehåller främst artiklar om omvårdnadsvetenskap, PubMed är inriktad främst på medicinska artiklar enligt Östlundh (2017) och Scopus har ett brett urval av vetenskapliga artiklar (Karlsson, 2017).

Inklusions- och exklusionskriterier

Inklusionskriterier och exklusionskriterier användes för att avgränsa sökningarna (Östlundh, 2017). Artiklar publicerade innan 2009 exkluderades för att kunna belysa den mest aktuella forskningen inom området. Forskning som fokuserade på våld mot män eller barn valdes bort då det inte var relevant för denna litteraturöversiktens syfte. Sjuksköterskans perspektiv skulle tydligt framgå i artikeln eftersom en del artiklar inkluderade flera yrkeskategorier av hälso- och sjukvårdspersonal. Publiceringar i CINAHL begränsades med peer reviewed för att exkludera artiklar som inte blivit publicerade i en vetenskaplig tidskrift vilket uteslöt obefogade artiklar.

Urval

Urvalet i denna litteraturöversikt gjordes i flera olika steg och med hjälp ovannämnda kriterier. För att få ett helhetsgrepp på området läses studiernas sammanfattningar (Friberg, 2017a), vilket resulterade i 84 lästa sammanfattningar. Av dessa 84 artiklar lästes 42 artiklar i sin helhet och därefter valdes 12 artiklar ut. De resterande artiklar valdes bort då de inte svarade på valt syfte. Urvalet påverkades inte av om artiklarna var kvalitativa eller kvantitativa.

Kvalitetsgranskning

Efter genomfört urval ska valda artiklar kvalitetsgranskas utifrån testade granskningsmallar baserat på artiklarnas design (Mårtensson & Fridlund, 2017). De 12 utvalda artiklarna granskades utifrån SBU:s granskningsmallar (2014) för kvalitativ forskningsmetodik, randomiserade studier och tvärsnittsstudier. Artiklarna bedömdes utifrån låg, medelhög och hög kvalitet. Wallengren och Henricson (2015) skriver att samtliga författare bör verka i litteratursökning- och kvalitetsgranskningsfasen för att stärka validiteten och reliabiliteten. Artiklarna kvalitetsgranskades och diskuterades därför gemensamt och resultatet fördes in i bilaga 2.

Dataanalys

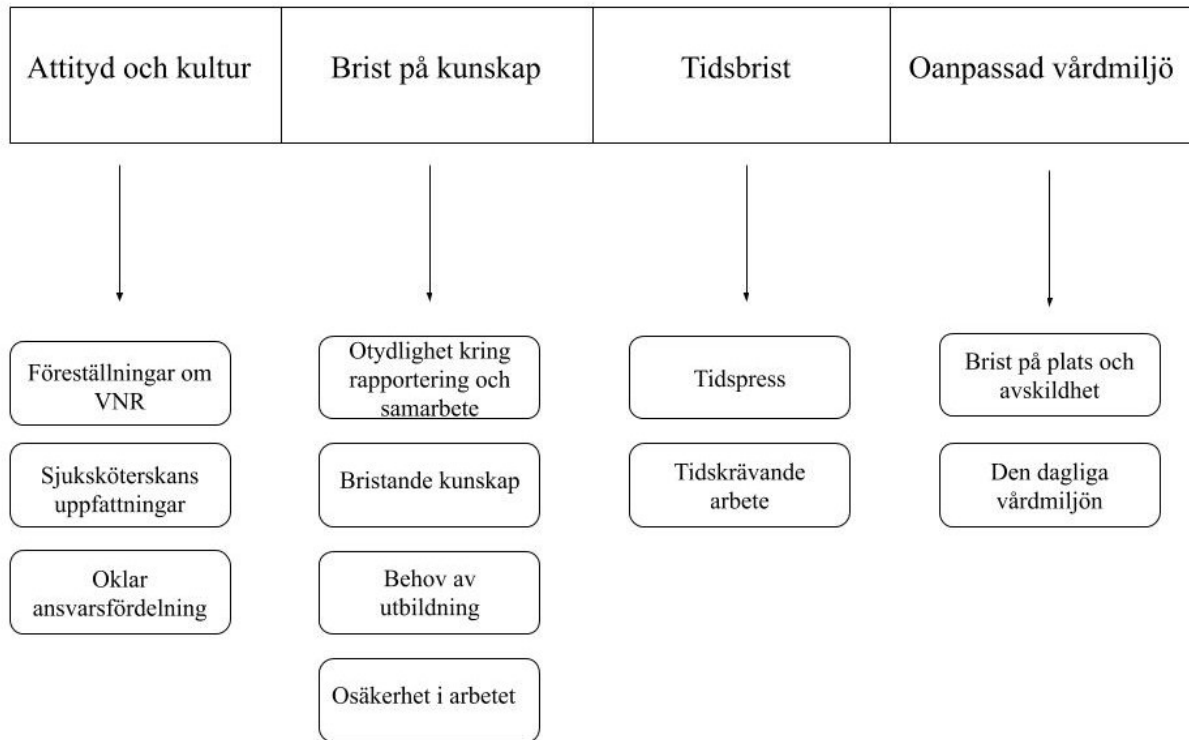
I det första steget lästes de valda artiklarna igenom. Enligt Friberg (2017a) kan en sammanställning av det analyserade materialet göras för att hitta likheter och skillnader i studien. Materialet ska därefter sorteras under olika rubriker via teman eller kategorier. I denna litteraturöversikt identifierades fynd utifrån valt syfte och likheter utgjorde formulering i olika kategorier med underkategorier. Artiklarna lästes igenom på nytt och resultat skrevs in under respektive kategori. Information som ansågs relevant men som inte matchade våra valda kategorier sparades ifall ytterligare kategorier skulle identifieras vid upprepad läsning.

Forskningsetiska överväganden

Forskningsetik regleras i Sverige av lag om etikprövning för att skydda den enskilda människan och visa respekt för människovärdet vid forskning. Etiken innefattar etiska överväganden inför och under verkställandet av ett vetenskapligt arbete. Etiska principer kan vara till hjälp för att öka sannolikheten att de deltagande garanteras säkerhet, välbefinnande och hänsyn till sina rättigheter. Göra-gott-principen är ett exempel på en etisk princip och skyldighet där människans välbefinnande är i fokus. I en litteraturöversikt är det viktigt att kontrollera att valda vetenskapliga artiklar är etiskt godkända för att undvika att de deltagande utnyttjas, skadas eller såras (Kjellström, 2017).

Resultat

Syftet med denna litteraturöversikt var att belysa vad som hindrar sjuksköterskor från att identifiera kvinnor utsatta för våld i nära relation i vården. De identifierade fynden formulerades i fyra kategorier; attityd och kultur, brist på kunskap, tidsbrist och oanpassad vårdmiljö. Figur 1 illustrerar en överblick över valda kategorier med underkategorier.



Figur 1: Översikt av huvudkategorier och underkategorier

Attityd och kultur

Föreställningar om våld i nära relation

Sjuksköterskor berättade att de baserade sin screening på stereotyper av hur ett offer för intimt partnervåld ser ut istället för att genomföra screening på alla patienter. Sjuksköterskorna berättade vidare att de kunde identifiera kvinnor utsatta för VNR enbart genom att titta på patienten (Robinson, 2010). Sjuksköterskor upplevde i en studie av Wyatt, McClelland och Spangaro, (2019) att VNR var ett tabubelagt ämne som ingen ville diskutera.

I en studie från Sydafrika framställde sjuksköterskor att kvinnor i deras samhälle växer upp med uppfattningen att kvinnor emellanåt måste utsättas för våld för att bibehålla sin status i samhället. Flertalet sjuksköterskor i studien ansåg därför att det är kvinnans ansvar att söka vård och att berätta för hälso- och sjukvården om sin situation (van de Wath, 2019). Vidare belyser en studie från Jordanien att den jordanska kulturen inte tillåter kvinnor att blotta sin utsatthet då de skyddar och försöker hålla ihop familjen (Al-Natour, Qandil & Gillespie, 2016).

Sjuksköterskans uppfattningar

Var fjärde deltagare (n= 192) i studien ansåg att kvinnan alltid kan lämna förövaren om hon vill (Sundborg et al., 2012). Antagandet att kvinnor utsatta för VNR inte kommer att följa rekommenderade hänvisningar och att VNR är ett socialt problem och inte ett hälsoproblem, är övertygelser som existerar bland sjuksköterskor (Robinson, 2010). Vidare upplevde sjuksköterskor frustration när kvinnor utsatta för VNR valde att återvända eller stanna hos förövaren. Sjuksköterskorna påstod att detta eventuellt kunde medföra ett uteslutande av screening av VNR. I studien av Efe och Taşkin (2012) valde några sjuksköterskor att inte agera i fall av våld i hemmet då de ansåg att kvinnans situation inte skulle förändras med en sjuksköterskas ingripande. Två procent (n= 527) av sjuksköterskorna upplevde i studien av Beynon, Gutmanis, Tutty, Wathen och MacMillan (2012) att det underlättade att ta hand om kvinnor utsatta för våld i hemmet om de själva varit offer i en liknande situation.

Oklar ansvarsfördelning

Efe och Taşkin, (2012) beskriver att sjuksköterskorna påstod att det inte är en sjuksköterskas plikt att ingripa i fall där en kvinna blir utsatt för våld. Tio procent (n=30) av sjuksköterskorna påstod att de inte kunde ingripa eftersom de då hade lagt sig i familjeaffärer. Enligt Al-Natour et al. (2016) hade sjuksköterskorna ingen befogenhet att utföra screening för VNR då det inte ingick i arbetsbeskrivningen och skulle de ta ansvar kunde de bli av med sina arbeten. De beskrev att ansvaret ligger hos juridiska och andra samhällstjänster och inte hos sjuksköterskor.

I studien av Sprague, Hatcher, Woollett och Black (2017) formades sjuksköterskors attityd av deras fulla förståelse av problemet och förekomsten av våld bland sydafrikanska kvinnor. Sjuksköterskor uttryckte ett igenkännande av de potentiellt djupa och långvariga konsekvenserna av VNR. De såg att deras samhälle var sammanflätat med sådant våld och oavsett om de hade personliga erfarenheter av våld eller inte hade de ett ansvar att hjälpa till.

Brist på kunskap

Otydlighet kring rapportering och samarbete

Sjuksköterskorna betonade att det är en viktig del av sjuksköterskans arbete att tillhandahålla information om att hjälp och stöd existerar till kvinnor utsatta för VNR (Di Giacomo, Cavallo, Bagnasco, Sartini & Sasso, 2017). Sundborg, Saleh-Stattin, Wändell och Törnkvist (2012) förklarar att 95 procent (n=192) av sjuksköterskorna inte hade kunskap om var

patienter utsatta för VNR skulle hänvisas till eller om det fanns något samarbete med myndigheter. Några sjuksköterskor i studien av van der Wath (2019) ansåg att det var läkarens ansvar att hänvisa kvinnan vidare och några fann svårigheter med att finna var de skulle hänvisa kvinnorna.

Bristande kunskap

Sjuksköterskorna var eniga om att utbildning och träning var viktiga faktorer för att identifiera och bemöta kvinnor utsatta för VNR (Robinson, 2010; McGarry & Nairn, 2015).

En majoritet av sjuksköterskorna ansåg att de var otillräckligt förberedda att vårda och möta kvinnor utsatta för VNR (Sundborg et al., 2012). Sjuksköterskor berättade att de inte hade kunskap i tillvägagångssättet om de skulle möta en patient utsatt för VNR (Efe & Taşkin, 2012; Robinson, 2010) och att detta enligt Robinson (2010) medförde utebliven screening.

Behov av utbildning

För att underlätta identifieringen och mötet med kvinnorna uppger nästintill 48 procent (n= 527) av sjuksköterskorna att de behöver mer praktisk övning i ämnet. De beskriver att de exempelvis genom verkliga scenarion/rollspel eller att få möjlighet att diskutera och öva med andra med mer erfarenhet kan uppnå detta (Beynon et al., 2012). Deltagarna i studien av Di Giacomo et al. (2016) ansåg att de behövde utbildning om vilka lagar och riktlinjer som ska följas när en kvinna utsatt för VNR identifieras.

Efe och Taşkin, (2012) nämner att drygt 76 procent (n= 30) av sjuksköterskorna inte fått någon utbildning om VNR i sin grundutbildning och att 83 procent (n= 30) inte blivit erbjuden utbildning på sin arbetsplats. Deltagare i studien av Sundborg et al. (2012) som inte blivit erbjuden någon utbildning om VNR konstaterade att de på eget initiativ tagit del av information från internet och litteratur. Trots brist på utbildning och träning om VNR ansåg en majoritet av nyligen legitimerade sjuksköterskor att de var säkra när det kom till att veta vilka patienter som troligtvis var utsatta för VNR och vilka som skulle genomgå screening (Wyatt et al., 2019). Ett flertal sjuksköterskor upplevde att screening var obehagligt och även om det blev enklare med tiden fanns obehaget kvar.

Osäkerhet i arbetet

Genom att starta en konversation ansåg sjuksköterskorna att en ingångspunkt skapades för att fråga om våld (Sprague et al., 2017). Vidare ansåg Di Giacomo et al. (2016) att kommunikation och ett skapande av relation vara en stor svårighet för sjuksköterskor vid påträffande av misshandlade kvinnor. I studien av Beynon et al. (2012) belyser några sjuksköterskor att de var väldigt öppna med att berätta om sin okunskap och bristande träning i ämnet. De fann osäkerhet kring när, var och hur de skulle fråga om våld utan att förolämpa kvinnan. I studien av Dawson et al. (2019) förekom osäkerhet kring igenkännande av symtom och tecken på VNR men trots detta rapporterade några deltagare en ökad förmåga att identifiera kvinnorna med hjälp av utbildning via arbetet och ökad medvetenhet i samhället.

Sundborg et al. (2012) belyser i sin studie att hälften av sjuksköterskorna enbart frågade om VNR när kvinnan visade synliga skador. Vidare berättar Al-Natour et al. (2016) att screening inte förekommer trots att våldsutsatthet misstänks. Sjuksköterskorna anser att de inte fått träning eller information i hur de ska möta kvinnor utsatta för VNR och i studien av Dawson et al. (2019) var en del sjuksköterskor obekanta med verktyg för screening för VNR. I studien av Wyatt et al. (2019) erkände ett flertal sjuksköterskor att de dokumenterat att screening utförts trots att de inte ställt frågan verbalt till kvinnorna.

VNR anses vara ett komplext problem som är svårt att bemöta och hantera på en akutavdelning vilket skapar frustration hos sjuksköterskor. Frustration leder till att sjuksköterskor undviker screening av patienter eftersom det betraktas som meningslöst då de inte kunde se en lösning av problemet under patientens vistelse på akutavdelningen (Robinson, 2010).

Tidsbrist

Tidspress

Sjuksköterskor i studien av McGarry och Nairn (2015) beskrev att otillräcklig tid var ett hinder för att få kvinnor att avslöja sin utsatthet av VNR. Deltagarna ansåg VNR som ett känsligt ämne och att kvinnan behöver tid för att berätta om sin utsatthet. Vidare beskrev sjuksköterskorna att den tidspressade miljön på akutavdelningen gjorde det svårt att bemöta kvinnorna. Tidspressen resulterade i att sjuksköterskor accepterade kvinnors yttranden till varför de sökt till akuten istället för att undersöka djupare, för att upptäcka eventuell utsatthet för VNR. I studien av

Beynon et al. (2012) upplevde sjuksköterskor att tidsbrist var det största hindret för identifiering av kvinnor utsatta för våld i nära relation.

Tidskrävande arbete

I studien av Robinson (2010) framgår det att det är intensivt och tidskrävande att ta hand om kvinnor utsatta för VNR vilket kan leda till att sjuksköterskor avstår att fråga om våld. De flesta sjuksköterskor uppgav att det var svårt att få tillräcklig med tid för att ingripa i situationer där våld i hemmet förekom (Efe & Taşkin, 2012). De berättade att det knappt fanns tid till att ta hand om de mest akuta situationer på akutvårdsavdelningen och därmed fanns det inte någon tid kvar till att prata med övriga patienter. Hughes (2010) uppgav att kvinnor inte avslöjar om VNR vid första mötet utan snarare när sjuksköterskan har följt patienten en längre period och en trygg relation skapats.

Oanpassad vårdmiljö

Brist på plats och avskildhet

Ett hinder som gjorde det extra utmanande för 19,5 procent (n= 527) av sjuksköterskorna att fråga kvinnan om våld var om kvinnan hade sin partner eller anhörig närvarande vid samtalet. Cirka 11 procent (n= 527) av sjuksköterskorna upplevde även att platsbrist och bristande avskildhet var barriärer vid samtal (Beynon et al., 2012). Vidare beskriver studien av Efe och Taşkin, (2012) att 30 procent (n= 30) av sjuksköterskorna påstod att det inte gick att vara ensamma med en kvinna då det inte fanns någon passande plats. Detta medförde en rädsla att kvinnans anhöriga skulle skada kvinnan eller sjuksköterskan. Många deltagande i studien av Dawson et al. (2019) medgav att den fysiska miljön och det hektiska tempot på de flesta akutvårdsavdelningar medförde begränsningar i praktiken.

Den dagliga vårdmiljön

Studien av Wyatt et al. (2019) där nyligen legitimerade sjuksköterskor intervjuades framkom det att de blev överväldigade av verkligheten. Sjuksköterskornas beskrivning av verklighet av att arbeta som sjuksköterska var dålig bemanning, stressad miljö, förkortad bredvidgång och överbelastning av patienter. I intervjuerna berättade sjuksköterskor att de upplever förvirring när skolans beskrivning av yrket och vården inte stämmer överens med praktiken.

Metoddiskussion

Litteratursökning

En litteraturöversikt valdes med ett primärt syfte att belysa hur sjuksköterskors attityd påverkar bemötandet av kvinnor utsatta för våld i nära relation. En inledande litteratursökning (Friberg, 2017a) utfördes där syftet kom att ändras då artiklarna belyste ämnet ur en annan synvinkel av större intresse. Därav ändrades syftet till att istället belysa vad som hindrar sjuksköterskor från att identifiera kvinnor utsatta för våld i nära relation i vården.

Sökord

Sökningen gjordes med en begränsning av artiklar publicerade de senaste tio åren för att belysa den mest aktuella forskningen inom området. Valet av sökord är centralt enligt Henricson (2017a) och att söka i flera databaser stärker arbetets trovärdighet. Relevanta sökord sammanställdes med hjälp av Swedish Mesh samt Cinahl-headings och sökningar gjordes i tre olika databaser. En svaghet gällande sökningen kan bero på en felaktig användning av trunkering då trunkering ska användas i slutet av en ordstam (Östlundh, 2017). Artikelsökningen slutfördes när ett flertal dubletter upprepades.

Sökordet Attitude* inkluderades i den första sökningen för vårt primära syfte missades att exkluderas vid ändrat syfte vilket kan ha begränsat sökningen. En ny sökning gjordes därför i Cinahl och PubMed där sökordet Attitude* ersattes med Barrier*. Den nya sökningen resulterade i ett liknande antal träffar och artiklar från tidigare sökning.

Urval

Under urvalet påträffades ett flertal artiklar som enbart handlade om statistik kring sjuksköterskors screening snarare än vilka hinder som påverkade screeningen, vilka därav exkluderas. Därefter valdes artiklar utifrån relevanta sammanfattningar för valt syfte. Artiklarna påvisade ett stort geografiskt område (bilaga 2) vilket belyser olika religioner och kulturers kvinnosyn och arbete kring identifiering av VNR. Detta kan däremot vara en svaghet då religioner och kulturer kan skilja sig åt avsevärt.

Artiklarnas design

En majoritet av de valda artiklarna har ett kvalitativt tillvägagångssätt vilket är till fördel för valt syfte då kvalitativa studier ger en mer djupgående kunskap och förståelse till skillnad från kvantitativa studier (Segesten, 2017). Dessutom valdes artiklarna utifrån peer review för att säkerställa kvaliteten på forskningen (Karlsson, 2017) och därmed stärktes resultatet i denna litteraturöversikt.

Kategorier

Utifrån valda artiklar formades fyra kategorier med elva underkategorier för uppdelning av resultatet (se figur 1). Svårighet stöttes däremot på i formuleringen av två kategorier då resultatet tenderade att belysa andra aspekter. Artiklarna översattes från engelska till svenska i största möjliga mån och då engelskan enligt författarna har ett mer nyanserat språk, finns det en risk att de tolkade resultaten kan skilja sig något jämfört med artiklarnas. Det var emellertid svårt att översätta direkt från engelska till svenska och därför lästes artiklarnas helhet på nytt. För att säkerställa kvaliteten nämner Wallengren och Henricson (2015) att texten bör läsas av flera författare. För att optimera översättningen och för att minimera brister i kvaliteten lästes artiklarna därför av båda författarna.

Etiskt godkännande

Etiskt godkännande kontrollerades av båda författarna i alla studier. I denna litteraturöversikt framgår det tydligt att 11 av 12 artiklar är etiskt godkända. Artikeln från Turkiet nämner inte ett etiskt godkännande, däremot är artikeln publicerad i tidskriften *Sexuality and Disability* där ett etiskt godkännande är ett krav (Springerlink, 2019). Författarna anser därför att artikeln är etiskt godkänd och att den således kan inkluderas i studien.

Resultatdiskussion

Attityders inflytande

Resultatet i denna litteraturöversikt visade att attityder och förutfattade meningar har en markant inverkan på huruvida sjuksköterskor identifierar kvinnorna eller inte. I början av detta examensarbete hade författarna förväntningar av att våld i nära relation var mer accepterat i låginkomstländer till skillnad från höginkomstländer. Därför var det något förvånade att finna liknande attityder oberoende var studien genomfördes. Även om denna litteraturöversikt visade ett liknande resultat i dess geografiska bredd, anser författarna att det är viktigt för en

sjuusköterska att vara öppen och lyhörd kring att kvinnornas bakgrund och kultur kan påverka deras syn på våld. Att den jordanska kulturen inte tillåter kvinnor att blotta sin utsatthet, kan enligt författarna bidra till det stora mörkertalet och normaliseringen kring våld. Gracia-Moreno et al. (2015) skriver att erkännandet av att våld mot kvinnor är ett problem, är ett viktigt första steg för att länder ska inrätta mekanismer för att hantera våld mot kvinnor. Om sjuusköterskor därför tar hänsyn till hur olika religioner och kulturer kan påverka kvinnorna, kan det i författarnas mening underlätta identifieringen.

Kvinnor utsatta för våld söker sig till hälso- och sjukvården och en majoritet av sjuusköterskorna uttrycker att de stött på kvinnan en till två gånger per år eller oftare (Leppäkoski et al., 2010). Bemötandet är en central del och Alshammari et al. (2018) skriver i sin forskning att om sjuusköterskor bemöter kvinnor utsatta för VNR på ett empatiskt och icke-dömande sätt i en säker miljö, är chansen större att kvinnan avslöjar utsattheten. Författarna anser att sjuusköterskorna därför bär ett stort ansvar i skapandet av trygghet vilket enligt Santamäki Fischer (2019) kan genomföras med hjälp av enkla och konkreta vårdhandlingar såsom lätt beröring. Om trygghet inte finns kan patienten få en känsla av ensamhet och främlingsfientlighet (Santamäki Fischer, 2019). Detta anser författarna kan leda till att kvinnan utesluter eller undanhåller viktig information för sjuusköterskans arbete.

Utbildning och osäkerhet

En majoritet av sjuusköterskor betonar att utbildning är en viktig faktor för att kunna bemöta och identifiera kvinnorna och att tillräcklig utbildning inte existerar. Detta innebär enligt författarna i denna litteraturöversikt, att okunskap är ett bidragande orsak till att sjuusköterskor upplever osäkerhet i bemötande och identifiering av kvinnor utsatta för VNR. Om kvinnorna inte blir tagna på allvar av sjuusköterskorna eller inte känner trygghet kan ett vårdlidande uppstå, vilket kan leda till att kvinnan undanhåller information (Wiklund Gustin, 2014). Författarna anser därför att okunskap kan leda till att kvinnans lidande inte bekräftas och om adekvat kunskap erhålls kan lidandet hejdas. I en studie av Alvarez et al. (2018) var sjuusköterskor oförberedda kring hur de skulle hjälpa kvinnorna som berättade om sin utsatthet. Ahmad et al. (2017) betonar att kvinnorna lättare avslöjade sin utsatthet om sjuusköterskor kände sig trygga med att fråga om VNR.

Ansträngd arbetssituation

Sjuksköterskor nämnde i ett flertal studier att tid inte fanns till, vilket påverkade bemötandet och identifieringen av de utsatta kvinnorna. Tidsbrist kan därmed leda till att sjuksköterskor bland annat inte fångar upp kvinnor utsatta för VNR, vilket i författarnas mening och enligt WHO (2017), kan medföra en rad konsekvenser för kvinnorna, vården och samhället. Trots att många sjuksköterskors ansträngda arbetssituation medför att tid knappt finns till att ta hand om de mest akuta situationer är författarna inte förvånade. Däremot reagerar författarna över att sjuksköterskors ålagda ansvar inte helt är i harmoni med förekommande arbetsförhållanden, med avseende på exempelvis överbeläggningar och brist på sjuksköterskor. Som tidigare nämnt är det viktigt att skapa en vårdrelation för att patienten ska känna sig bekväm med att uttrycka sina behov, önskingar och tankar. Det är därför viktigt att vården visar engagemang vilket kan vara svårt att skapa i en tidspressad miljö (Snellman, 2014). Tidigare forskning av Guillery, Benzies, Mannion och Evans (2012) visar att brist på tid och respekt för integritet var hinder för att utveckla en trygg relation med patienter utsatta för VNR.

Vikten av anpassad vårdmiljö

Utformningen av vårdmiljön har stor betydelse för vårdandet. Exempelvis ger enkelrum möjlighet till enskilda samtal och för att stimulera möten mellan människor är mötesplatser fördelaktigt framför långa korridorer (Svensk sjuksköterskeförening, 2010). Många sjuksköterskor upplevde en oanpassad vårdmiljö som ett hinder vid samtal. Cirka 20 procent (n=527) av sjuksköterskorna upplevde att det var extra utmanande om en anhörig var närvarande vid samtalet. Om sjuksköterskan inte fick möjlighet att samtala med kvinnan ensam uttryckte 30 procent (n=527) en rädsla i att förövaren skulle skada någon av dem (Beynon et al. 2012). Sjuksköterskor i en tidigare studie av Alvarez et al. (2017) utfördes screening ensam med kvinnor vid misstänkt utsatthet av VNR. Berglund och Witkowski (2014) skriver att frågor om våld måste ställas i enskildhet, eftersom våld kan förekomma i alla samkönade relationer och kan utövas av andra personer än en partner. Att få kvinnan att tänka igenom sin situation utan mannens närvaro kan vara betydelsefullt (Nordborg, 2014). I en studie om kvinnor utsatta för VNR vill kvinnorna att sjuksköterskan ber mannen lämna rummet (Snyder, 2016). Om sjuksköterskan tidigt i mötet får möjlighet till att skapa en relation genom att samtala med kvinnan i en miljö där hon kan berätta om sin situation (Snellman, 2014), tror författarna till denna litteraturöversikt, att tid och resurser kan sparas då chansen ökar att kvinnan blottar sin utsatthet vid första mötet.

Implikationer för sjuksköterskans arbete

För att få tid och mer kunskap för att ta hand om kvinnor utsatta för VNR krävs det att sjuksköterskor, i tydlighet, uttrycker sina behov och brister de uppmärksammat i omvårdnadsarbetet. Författarna anser att ett teamarbete är viktigt för att lyfta påvisade problem för att förändring ska ske. Viktigt är också att ta reda på den kunskap och erfarenhet som redan finns på arbetsplatsen. Sjuksköterskor måste enligt författarna, ta ansvar för att sprida kunskap vidare till övriga kollegor och tala om när osäkerhet påträffas. Då en verksamhetschef, enligt Hälso- och sjukvårdslagen (SFS 2017:30) ska ansvara för en verksamhet, anser författarna att verksamhetschefer och överordnad hälso- och sjukvårdspersonal har ett stort ansvar i att utvärdera omvårdnaden och huruvida rutiner och riktlinjer följs. Att sjuksköterskor vågar ge konstruktiv kritik till sina medarbetare anser författarna ha stor betydelse i ett förbättringsarbete.

Att inte låta påverkas av sina egna åsikter anser författarna viktigt i det professionella mötet. Då sjuksköterskan dagligen möter patienter med olika religion, kultur, bakgrund och värderingar kan detta utmanas på grund av dagens pressade situation i hälso- och sjukvården. Dessutom anser författarna att det är viktigt att reflektera över sitt eget arbetssätt och tillsammans med medarbetare för att se sina egna brister och ta lärdom från andras erfarenheter och synpunkter. Däremot är, utifrån författarnas erfarenhet, tidsbristen ibland avgörande för om reflektion ska kunna utföras eller inte vilket kan begränsa utvecklingen i yrkesutövningen som sjuksköterska.

Behov av vidare forskning

Författarna anser att vidare forskning behövs eftersom våld mot kvinnor är ett globalt folkhälsoproblem och en kränkning av kvinnors mänskliga rättigheter. Trots tidigare forskning om VNR kvarstår stora mörkertal och kunskapsbrist hos sjuksköterskor. Med avseende på denna litteraturöversikt krävs ytterligare forskning om varför utbildning inte erbjuds då det anses vara ett betydande hinder till att screening uteblir. Forskning inriktad på sjuksköterskor med negativ inställning till screening av VNR skulle kunna bidra med information om varför screening inte utförs, likt det författarna stött på i resultatet av denna litteraturöversikt. Däremot anser författarna att det kan vara minst lika viktigt att forska vidare på vilka åtgärder sjuksköterskor kan vidta för att underlätta identifieringen. Även om sjuksköterskor exempelvis skulle erhålla mer tid och kunskap om VNR är det inte självklart att sjuksköterskor skulle identifiera fler kvinnor, då vårdmiljö och attityder är andra aspekter i denna litteraturöversikt som är av betydelse för kvinnornas medgivande och sjuksköterskors identifiering.

Även om kunskapen och medvetenheten har ökat kring mäns våld mot kvinnor anser författarna att vi inte kan luta oss tillbaka då ett jämställdhetsarbete kräver ihärdighet. Fastän kvinnan tar och får allt mer plats i samhället tycker författarna att sjuksköterskor har ett stort ansvar för att få ett jämställdhetsarbete att fortgå. Författarna anser vidare att detta är viktigt då många sjuksköterskor arbetar nära patienten dagligen. Däremot kan detta vara en utmaning för sjuksköterskor i ett jämställdhetsarbete då många sjuksköterskor i denna litteraturöversikt upplever att brist på tid och kunskap medför att vårdrelationen inte blir önskvärd. För att öka kunskapen och minska ojämlikheten ytterligare, anser författarna att det krävs ett fortsatt arbete för att implementera metoder för screening på både kommunal och statlig nivå. Däremot anser författarna att kommunerna bär det största ansvaret eftersom vårdtiden där är kort och att en vårdrelation därav är svårare att bygga upp än om patienten exempelvis är inneliggande på sjukhus.

Slutsats

Författarna har i en litteraturöversikt belyst vad som hindrar sjuksköterskor från att identifiera kvinnor utsatta för våld i nära relation i vården. Resultatet formades i fyra kategorier med elva underkategorier utifrån vanligt förekommande hinder i vården där framförallt en brist på kunskap präglades. Kunskapsbristen medförde osäkerhet kring hur sjuksköterskorna skulle identifiera kvinnorna främst på grund av otillräcklig utbildning och men också på grund av brister gällande rutiner och riktlinjer på arbetet. Attityd, tidsbrist och oanpassad vårdmiljö var också hinder som påverkade sjuksköterskans arbete. Dessa fyra kategorier utgör inte endast hinder för identifiering utan kan som följd, enligt författarna i denna litteraturöversikt, orsaka onödigt lidande för kvinnan då kvinnan troligt stannar kvar i en destruktiv relation. Genom att eliminera dessa hinder anser författarna att kvinnornas lidande kan minska och ge sjuksköterskan möjlighet att skapa en trygg och god vårdrelation. En god relation mellan patient och sjuksköterska kan vara avgörande för kvinnornas avslöjande om våld, vilket således kan gynna deras hälsa och framtid.

Referenslista

Artiklar markerade med "*" används i litteraturöversiktens resultat.

Agenda 2030 delegationen. (2019). *Om agendan*. Hämtad 2019-11-25 från <https://agenda2030delegationen.se/agenda-2030/om-agendan/>

Ahmad, I., Ali, P. A., Rehman, S., Talpur, A., & Dhingra, K. (2017). Intimate partner violence screening in emergency department: a rapid review of the literature. *Journal of clinical nursing*, 26(21-22), 3271-3285.

*Al-Natour, A., Qandil, A., & Gillespie, G. L. (2016). Nurses' roles in screening for intimate partner violence: a phenomenological study. *International nursing review*, 63(3), 422-428.

Almerud Österberg, S. & Rahmqvist, J. (2019). Akut omhändertagande. I A-K. Edberg. & H. Wijk (Red.), *Omvårdnadens grunder hälsa och ohälsa*. 3 uppl. (S. 207). Lund: Studentlitteratur

Alshammari, K. F., McGarry, J., & Higginbottom, G. (2018). Nurse education and understanding related to domestic violence and abuse against women: An integrative review of the literature. *Nursing open*, 5(3), 237–253. doi:10.1002/nop2.133

Alvarez, C., Debnam, K., Clough, A., Alexander, K., & Glass, N. E. (2018). Responding to intimate partner violence: Healthcare providers' current practices and views on integrating a safety decision aid into primary care settings. *Research in nursing & health*, 41(2), 145-155.

Alvarez, C., Fedock, G., Grace, K. T., & Campbell, J. (2017). Provider Screening and Counseling for Intimate Partner Violence: A Systematic Review of Practices and Influencing Factors. *Trauma, Violence, & Abuse*, 18(5), 479–495. <https://doi.org/10.1177/1524838016637080>

Berglund, A. & Witowski, Å. (2014). Hälso- och sjukvårdens ansvar. I G. Heimer., A. Björck, & C. Kunosson (Red.), *Våldsutsatta kvinnor - samhällets ansvar*. 3 uppl. (S. 127-152). Lund: Studentlitteratur

*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(1), 473.

Bråttförebyggande rådet. (2019a). *Grov kvinnofridskränkning Brottsens hantering och utveckling i rättskedjan 1998–2017*. Stockholm; Bråttförebyggande rådet. Hämtad från https://www.bra.se/download/18.62c6cfa2166eca5d70e23bd7/1560418491128/2019_8_Grov_kvinnofridsrankning.pdf

Bråttförebyggande rådet. (2019b). *Våld i nära relation*. Hämtad 2019-10-08 från <https://www.bra.se/statistik/statistik-utifran-brottstyper/vald-i-nara-relationer.html>

Dardis, C. M., Dixon, K. J., Edwards, K. M., & Turchik, J. A. (2015). An Examination of the Factors Related to Dating Violence Perpetration Among Young Men and Women and Associated

Theoretical Explanations: A Review of the Literature. *Trauma, Violence, & Abuse*, 16(2), 136–152. <https://doi.org/10.1177/1524838013517559>

*Dawson, A. J., Rossiter, C., Doab, A., Romero, B., Fitzpatrick, L., & Fry, M. (2019). The emergency department response to women experiencing intimate partner violence: insights from interviews with clinicians in Australia. *Academic emergency medicine*.

*Di Giacomo, P., Cavallo, A., Bagnasco, A., Sartini, M., & Sasso, L. (2017). Violence against women: knowledge, attitudes and beliefs of nurses and midwives. *Journal of clinical nursing*, 26(15-16), 2307-2316.

*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.

Friberg, F. (2017a). Att göra en litteraturoversikt. I F. Friberg (Red.), *Dags för uppsats: Vägledning för litteraturbaserade examensarbeten* (s. 141-152). Lund: Studentlitteratur

García-Moreno, C., Hegarty, K., d'Oliveira, A. F. L., Koziol-McLain, J., Colombini, M., & Feder, G. (2015). The health-systems response to violence against women. *The Lancet*, 385(9977), 1567-1579.

Globala målen. (2019). *Mål 5: jämställdhet*. Hämtad 2019-11-25 från: <https://www.globalamalen.se/om-globala-malen/mal-5-jamstallldhet/>

Gottzén, L. (2014). Maskulinitet och mäns våld mot kvinnor. I G. Heimer., A. Björck, & C. Kunosson (Red.), *Våldsutsatta kvinnor - samhällets ansvar*. 3 uppl. (S. 97-113). Lund: Studentlitteratur

Guillery, M. E., Benzie, K. M., Mannion, C., & Evans, S. (2012). Postpartum nurses' perceptions of barriers to screening for intimate partner violence: a cross-sectional survey. *BMC nursing*, 11(1), 2.

Henricson, M. (2017a). Diskussion. I M. Henricson (Red.), *Vetenskaplig teori och metod. Från idé till examination inom omvårdnad* (s. 454). 2 uppl. Lund: Studentlitteratur.

*Hughes, J. A. (2010). Putting the pieces together: how public health nurses in rural and remote Canadian communities respond to intimate partner violence. *Online Journal of Rural Nursing and Health Care*, 10(1), 34-47.

Hälso- och sjukvårdslagen (SFS 2017:30). Stockholm: Socialdepartementen. Hämtad från Riksdagens webbplats: https://www.riksdagen.se/sv/dokument-lagar/dokument/svensk-forfattningssamling/halso--och-sjukvardslag_sfs-2017-30

Högskoleförordning (SFS 1993:100). Stockholm: Utbildningsdepartementet. Hämtad från Riksdagens webbplats: https://www.riksdagen.se/sv/dokument-lagar/dokument/svensk-forfattningssamling/hogskoleforordning-1993100_sfs-1993-100

Johnsson-Latham, G. (2019). Mäns våld mot kvinnor i ett globalt perspektiv. I G. Heimer., A. Björck, & U. Albért., Y. Haraldsdotter. (Red.), *Våldsutsatta kvinnor - samhällets ansvar*. 4 uppl. (S.21-56). Lund: Studentlitteratur

Karlsson, E. K. (2017). Informationssökning I M. Henricson (Red.), *Vetenskaplig teori och metod. Från idé till examination inom omvårdnad* (s. 82-96). 2 uppl. Lund: Studentlitteratur.

Kjellström, S. (2017). Forskningsetik I M. Henricson (Red.), *Vetenskaplig teori och metod. Från idé till examination inom omvårdnad* (s. 57-80). 2 uppl. Lund: Studentlitteratur.

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.

*McGarry, J., & Nairn, S. (2015). An exploration of the perceptions of emergency department nursing staff towards the role of a domestic abuse nurse specialist: a qualitative study. *International emergency nursing*, 23(2), 65-70.

Mårtensson, J. & Fridlund, B. (2017). Vetenskaplig kvalitet i examensarbete I M. Henricson (Red.), *Vetenskaplig teori och metod. Från idé till examination inom omvårdnad* (s. 421-428). 2 uppl. Lund: Studentlitteratur.

Nationellt centrum för kvinnofrid. (2019). *Webbstöd för kommuner*. Hämtad 2019-10-21 från <https://www.nck.uu.se/kunskapsbanken/webbstod-for-kommuner/>

Nordborg, G. (2014). Mäns våld mot kvinnor. I G. Heimer., A. Björck, & C. Kunosson (Red.), *Våldsutsatta kvinnor - samhällets ansvar*. 3 uppl. (S. 57). Lund: Studentlitteratur

Regeringen. (2016). *Makt, mål och myndighet – feministisk politik för en jämställd framtid*
Hämtad från
https://www.regeringen.se/4ace09/globalassets/regeringen/dokument/socialdepartementet/jamstalldhet/makt-mal-och-myndighet---feministisk-politik-for-ett-jamstallt-samhalle-skr.-2016_17-10.pdf

Regeringskansliet. (2016). *Nationell strategi för att förebygga och bekämpa mäns våld mot kvinnor*. Hämtad 2019-10-17 från <https://www.regeringen.se/artiklar/2017/01/mer-om-jamstalldhetspolitikens-mal/>

*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. (2019). Tröst och trygghet. I F. Friberg. & J. Öhlén (Red.), *Omvårdnadens grunder Perspektiv och förhållningssätt*. (S. 443-462). Lund: Studentlitteratur

Segesten, K. (2017). Att välja ämne och modell för sitt examensarbete. I F. Friberg (Red.), *Dags för uppsats: Vägledning för litteraturbaserade examensarbeten* (s.107-108). Lund: Studentlitteratur

Statens beredning för medicinsk och social utvärdering. (2014). *Granskningsmallar*. Hämtad 2019-11-21 från https://www.sbu.se/contentassets/2c3eac0c5914d908f2eadd00b1c2594/bilaga_2_granskningsmallar.pdf

Statens beredning för medicinsk och social utvärdering. (2014). *Mall för kvalitetsgranskning av studier med kvalitativ forskningsmetodik – patientupplevelser*. Hämtad: 2019-11-21 från https://www.sbu.se/globalassets/ebm/metodbok/mall_kvalitativ_forskningsmetodik.pdf

Statens beredning för medicinsk och social utvärdering. (2014). *Mall för kvalitetsgranskning av randomiserade studier*. Hämtad: 2019-11-21 från https://www.sbu.se/globalassets/ebm/metodbok/mall_randomiserade_studier.pdf

Snellman, I. (2014). Vårdrelationer- en filosofisk belysning. I F. Friberg. & J. Öhlén (Red.), *Omvårdnadens grunder Perspektiv och förhållningssätt*. (S. 443-462). Lund: Studentlitteratur

Snyder, B. L. (2016). Women's experience of being interviewed about abuse: a qualitative systematic review. *Journal of psychiatric and mental health nursing*, 23(9-10), 605-613.

Socialstyrelsen. (2014). *Att vilja se, vilja veta och att våga fråga. Vägledning för att öka förutsättningarna att upptäcka våldsutsatthet*. Stockholm: Socialstyrelsen. Hämtad från <https://www.socialstyrelsen.se/globalassets/sharepoint-dokument/artikelkatalog/vagledning/2014-10-30.pdf>

Socialstyrelsen. (2019). *Senaste version av Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd (SOSFS 2014:4) om våld i nära relationer*. Hämtad 2019-12-11 från <https://www.socialstyrelsen.se/regler-och-riktlinjer/foreskrifter-och-allmanna-rad/konsoliderade-foreskrifter/20144-om-vald-i-nara-relationer/>

Socialstyrelsen. (2016). *Våld Handbok om socialtjänstens och hälso- och sjukvårdens arbete med våld i nära relationer*. Stockholm: Socialstyrelsen. Hämtad från <https://www.socialstyrelsen.se/globalassets/sharepoint-dokument/artikelkatalog/handbocker/2016-6-37.pdf>

*Sprague, C., Hatcher, A. M., Woollett, N., & Black, V. (2017). How nurses in Johannesburg address intimate partner violence in female patients: Understanding VNR responses in low-and middle-income country health systems. *Journal of interpersonal violence*, 32(11), 1591-1619.

Springerlink. (2019) *Sexuality and Disability*. Hämtad 2019-12-11 från <https://link.springer.com/journal/11195>

*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), 1.

Svensk sjuksköterskeförening. (2014). *ICN:s etiska kod för sjuksköterskor*. Stockholm: Svensk sjuksköterskeförening. Hämtad från <https://www.swenurse.se/globalassets/01-svensk->

[sjukskoterskeforening/publikationer-svensk-sjukskoterskeforening/etik-publikationer/sjukskoterskornas_etiska_kod_2017.pdf](https://www.swenurse.se/globalassets/01-svensk-sjukskoterskeforening/publikationer-svensk-sjukskoterskeforening/etik-publikationer/sjukskoterskornas_etiska_kod_2017.pdf)

Svensk sjuksköterskeförening. (2017). *Kompetensbeskrivning för legitimerad sjuksköterska*. Stockholm: Svensk sjuksköterskeförening. Hämtad från <https://www.swenurse.se/globalassets/01-svensk-sjukskoterskeforening/publikationer-svensk-sjukskoterskeforening/kompetensbeskrivningar-publikationer/kompetensbeskrivning-legitimerad-sjukskoterska-2017-for-webb.pdf>

Svensk sjuksköterskeförening. (2010). *Svensk sjuksköterskeförening om vårdmiljöns betydelse*. Stockholm: Svensk sjuksköterskeförening. Hämtad från <https://www.swenurse.se/globalassets/01-svensk-sjukskoterskeforening/publikationer-svensk-sjukskoterskeforening/ssf-om-publikationer/om.vardmiljons.betydelse.pdf>

*van der Wath, A. (2019). Women exposed to intimate partner violence: a Foucauldian discourse analysis of South African emergency nurses' perceptions. *African health sciences*, 19(2), 1849-1857.

Wallengen, C., & Henricson, M. (2015). Vetenskaplig kvalitetsssäkring av litteraturbaserat examensarbete. I M. Henricson (Red.), *Vetenskaplig teori och metod. Från idé till examination inom omvårdnad* (s. 490-491). Lund: Studentlitteratur.

Wiklund Gustin, L. (2014). Lidande. I F. Friberg. & J. Öhlén (Red.), *Omvårdnadens grunder Perspektiv och förhållningssätt*. (s. 269-291). Lund: Studentlitteratur

World Health Organization. (2017). *Violence against women*. Hämtad 2019-10-21 från <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/violence-against-women>

*Wyatt, T., McClelland, M. L., & Spangaro, J. (2019). Readiness of newly licensed associated degree registered nurses to screen for domestic violence. *Nurse education in practice*, 35, 75-82.

Östlundh, L. (2017). Informationssökning. I F. Friberg (Red.), *Dags för uppsats: Vägledning för litteraturbaserade examensarbeten* (s. 59-82). Lund: Studentlitteratur

Bilagor

Bilaga 1:

Datum	Sökord	Begränsningar (Limits)	Antal träffar	Relevanta abstract	Granskade artiklar	Valda artiklar
2019-10-30 Cinahl	Nurs* OR Nurse's Role AND Intimate Partner Violence OR Battered Women AND Attitude* OR Identify*	Peer reviewed 2009-2019	39	12	12	3 * Efe & Taşkın (2012) *Hughes (2010) *Sundborg et al. (2012)
2019-10-30 PubMed	Nurse* OR Nurse's Role AND Intimate Partner Violence OR Battered Women AND Attitude*	Publication dates: 10 years	77	20 4 varav dubletter	13	6 *Beynon et al. (2012) *Dawson et al. (2019) *Di giacomo et al. (2016) *Robinson (2010) *Sprague et al. (2017) *Wyatt et al. (2019)

2019-10-30 PubMed	Intimate partner violence OR OR Battered Women AND encounter AND nurse*	Publication dates: 10 years	18	4	2	1 *Van der Wath (2019)
2019-10-31 Scopus	"Domestic Violence" OR "Intimate Partner Violence" OR "Battered Women" OR "Spouse Abuse" AND "Nurse's Role" OR "Nurse encounter" OR "Nurse attitude"	2009 - 2019	127	29 4 dubletter	15	2 *Al-Natour et al. (2016) *McGarry & Nairn (2015)

Bilaga 2:

Artikeln namn författare publiceringsår land	Syfte	Material och metod	Resultat	Kommentarer om kvalitet
Nurses' roles in screening for intimate partner violence: a phenomenological study Al-Natour, A., Qandil, A., & Gillespie, G.L. 2016 Jordanien	Att beskriva sjuksköterskors roll och erfarenheter av screening för VNR.	Kvalitativ studie med deskriptiv fenomenologisk design. Semistrukturerade intervjuer.	Fyra kategorier identifieras; screening och metoder för misstänkt utsatthet för VNR, fördelar och nackdelar med att inte genomföra screening, faktorer som hindrar screeningen och känslor kring genomförd eller inte genomförd screening.	Granskad enligt SBU:s kvalitetsmall Hög

<p>Why physicians and nurses ask (or don't) about partner violence: a qualitative analysis.</p> <p>Beynon, C., Gutmanis, I., Tutty, L-M., Wathen, C., & MacMillan, H-L.</p> <p>2012 Kanada</p>	<p>Syfte med studien var att identifiera vilka hinder och resurser som existerade kring att fråga om VNR.</p>	<p>Kvantitativ metod.</p> <p>Frågeformulär.</p> <p>931 deltagande varav 597 identifierade sig vara sjuksköterskor och 328 läkare. 6 deltagande specificerade inte någon yrkeskategori.</p>	<p>Hinder som tidsbrist, otillräcklig träning i ämnet, språk, kulturskillnader och attityder till kvinnor som lever med våldsutsatthet var de största hindren för identifiering.</p>	<p>Granskad enligt SBU:s kvalitetsmall</p> <p>Hög</p>
<p>Violence against women: knowledge, attitudes and beliefs of nurses and midwives.</p> <p>Di giacomo, P., Cavallo, A., Bagnasco, A-M., Sartini, M., & Sasso, L.</p> <p>2016 Italien</p>	<p>Att beskriva kunskaper, attityder och övertygelser från sjuksköterskor och barnmorskor som vårdat kvinnor utsatta för våld.</p>	<p>Tvärsnittsstudie.</p> <p>Ett Bekvämlighetsurva l användes där 81 av 101 sjuksköterskor och barnmorskor deltog i ett frågeformulär.</p>	<p>Sjuksköterskor och barnmorskor ansåg att mer utbildning krävdes för att möta kvinnor utsatta för VNR på rätt sätt.</p>	<p>Granskad enligt SBU:s kvalitetsmall</p> <p>Hög</p>
<p>The Emergency Department Response to Women Experiencing Intimate Partner Violence: Insights From Interviews</p>	<p>Undersöka hur sjuksköterskor, läkare och socialarbetare känner igen och svarar på VNR.</p>	<p>Kvalitativ studie.</p> <p>Kvalitativa semistrukturerade intervjuer och fokusgruppsdiskussioner med 35 socialarbetare, sjuksköterskor och läkare.</p>	<p>Professionell osäkerhet och obehag att möta kvinnor utsatta av VNR betonades av personalen.</p>	<p>Granskad enligt SBU:s kvalitetsmall</p> <p>Hög</p>

<p>With Clinicians in Australia.</p> <p>Dawson, A. J., Rossiter, C., Doab, A., Romero, B., Fitzpatrick, L., & Fry, M.</p> <p>2019 Australien</p>				
<p>Emergency Nurses' Barriers to Intervention of Domestic Violence in Turkey: A Qualitative Study</p> <p>Efe, Ş. Y., & Taşkın, L.</p> <p>2012 Turkiet</p>	<p>Att förstå vad som hindrar sjuksköterskor på akutmottagning en att identifiera kvinnor utsatta av våld i hemmet.</p>	<p>Kvalitativ metod.</p> <p>Djupintervju med 30 sjuksköterskor från tre sjukhus.</p>	<p>Tre kategorier identifierades. (1) otillräcklig kunskap/färdigheter av ett ingripande i våld i hemmet. (2). Arbetsmiljörelaterade hinder: Arbetsbelastning, otillräcklig tid, brist på lämplig miljö. (3). Barriärer relaterat till sjuksköterskors attityder gällande våld i hemmet.</p>	<p>Granskad enligt SBU:s kvalitetsmall</p> <p>Medelhög</p>
<p>Putting the pieces together: how public health nurses in rural and remote Canadian communities respond to intimate partner violence.</p> <p>Hughes, J. A.</p> <p>2010</p>	<p>Hur sjuksköterskor identifierar kvinnliga patienter som erfarat VNR.</p>	<p>Kvalitativ metod.</p> <p>Halvstrukturerade frågeformulär användes och 6 sjuksköterskor intervjuades.</p>	<p>Resultatet visar att sjuksköterskorna vill utföra screening och hjälpa kvinnor utsatta för VNR även om det inte ingår i deras arbetsuppgifter.</p>	<p>Granskad enligt SBU:s kvalitetsmall</p> <p>Medelhög</p>

Kanada				
<p>An exploration of the perceptions of emergency department nursing staff towards the role of a domestic abuse nurse specialist: A qualitative study</p> <p>McGarry, J., & Nairn, S</p> <p>2015 Storbritannien</p>	<p>Att undersöka betydelsen för sjuksköterskor då en VNR-specialist på fanns att tillgå på akutavdelningen .</p>	<p>En kvalitativ design.</p> <p>Sexton djupintervjuer med elva sjuksköterskor, fyra specialistsjuksköterskor och en undersköterska (ED-Assistent).</p>	<p>Personlig och professionellt stöd från en VNR-specialist var mycket uppskattat av personalen på akutmottagningen.</p>	<p>Granskad enligt SBU:s kvalitetsmall</p> <p>Hög</p>
<p>Myths and stereotypes: how registered nurses screen for intimate partner violence.</p> <p>Robinson, R.</p> <p>2010 USA</p>	<p>Hur registrerade sjuksköterskor använder screening av VNR på akutavdelningen .</p>	<p>Fenomenologisk kvalitativ design.</p> <p>Öppen, strukturerad intervjuteknik användes bestående av tio primära frågor med tretton sjuksköterskor.</p>	<p>Fyra kategorier identifierades (1) Myter, stereotyper och rädsla; (2) uppträdande; (3) frustrationer; och (4) Säkerhet.</p>	<p>Granskad enligt SBU:s kvalitetsmall</p> <p>Medelhög</p>
<p>How Nurses in Johannesburg Address Intimate Partner Violence in Female Patients: Understanding VNR</p>	<p>Förstå hur och varför sjuksköterskor svarar på VNR.</p>	<p>Kvalitativ studie.</p> <p>25 sjuksköterskor intervjuades från fem hälsovårdsanläggningar.</p>	<p>Fyra kategorier identifierades:</p> <p>1. Hur sjuksköterskor svarar på VNR hos kvinnliga patienter.</p> <p>2. Varför sjuksköterskor svarar på VNR:</p>	<p>Granskad enligt SBU:s kvalitetsmall</p> <p>Hög</p>

<p>Responses in Low- and Middle-Income Country Health Systems.</p> <p>Sprague, C., Hatcher, A. M., Woollett, N., & Black, V.</p> <p>2017 Sydafrika - Johannesburg</p>			<p>patientens förväntningar och sjuksköterskans svar</p> <p>3. Direkt Sjuksköterskors egna erfarenheter av VNR och VNR-relaterade attityder och beteenden.</p> <p>4. Svagt svar från poliser, vilket sätter press på sjuksköterskor att agera.</p>	
<p>Nurses' preparedness to care for women exposed to Intimate Partner Violence: a quantitative study in primary health care.</p> <p>Sundborg, E., Saleh-Statinn, N., Wändell, P. & Törnkvist, L.</p> <p>2012 Sverige</p>	<p>Sjuksköterskas beredskap att identifiera och tillhandahålla omvårdnad till kvinnor utsatta för VNR som söker vård i primärvård.</p>	<p>Kvantitativ studie.</p> <p>Frågeformulär skickades ut till sjuksköterskor arbetades på vårdcentral.</p>	<p>Brister i beredskap att identifiera kvinnor utsatta för VNR påvisades. Kunskap, riktlinjer och stöd från organisationer saknades.</p>	<p>Granskad enligt SBU:s kvalitetsmall</p> <p>Hög</p>
<p>Women exposed to intimate partner violence: a Foucauldian discourse analysis of South African</p>	<p>Att förstå akutsjuksköterskors bemötande gentemot kvinnor som utsätts för intimt partnervåld.</p>	<p>Kvalitativ studie.</p> <p>Femton deltagare arbetades på en akutenhet på sjukhus i Sydafrika valdes ut.</p>	<p>Fyra kategorier identifierades: (1) starka kvinnor (2) kvinnors sårbarhet och maktlöshet om VNR, (3) VNR som en privatsak och hemligt fenomen, och (4)</p>	<p>Granskad enligt SBU:s kvalitetsmall</p> <p>Hög</p>

<p>emergency nurses' perception.</p> <p>Van der Wath, A.</p> <p>2019 Sydafrika</p>		<p>Fokusgruppsdiskussioner bestående av fem akutsjuksköterskor i varje grupp.</p>	<p>akutsjuksköterskors begränsning av utrymme för att ingripa vid mötet av kvinnor utsatta för VNR.</p>	
<p>Readiness of newly licensed associated degree registered nurses to screen for domestic violence</p> <p>Wyatt, T., McClelland, M. L., & Spangaro, J.</p> <p>2019 USA</p>	<p>Syftet med studien var att undersöka om nyexaminerade sjuksköterskor känner sig förberedda att utföra screening av VNR.</p>	<p>Kvalitativ undersökning.</p> <p>Öppna frågor användes för att möjliggöra utforskning av deltagarnas individuella tankar och erfarenheter.</p> <p>Sexton sjuksköterskor deltog.</p>	<p>Sex kategorier identifierades: Beredskap, obehag, tabu, förvirring, självsäker, och utvecklande insikter.</p>	<p>Granskad enligt SBU:s kvalitetsmall</p> <p>Hög</p>