



INSTITUTIONEN FÖR VÅRDVETENSKAP OCH HÄLSA

VÅGA FRÅGA!

En enkätstudie om vilka faktorer som påverkar sjuksköterskor att fråga kvinnor om våld i nära relation

Elin Andreasson
Emmy Byman

Uppsats/Examensarbete:	15 hp
Program och/eller kurs:	Specialistsjuksköterskeprogrammet med inriktning mot kirurgisk vård
Nivå:	Avancerad nivå
Termin/år:	HT 2023
Handledare:	Nabi Fattahi
Examinator:	Eva Carlsson

Titel svensk:	Våga fråga! En enkätstudie om vilka faktorer som påverkar sjuksköterskor att fråga kvinnor om våld i nära relation
Titel engelsk:	Dare to ask! A survey study on which factors influence nurses to ask women about intimate partner violence
Uppsats/Examensarbete:	15 hp
Program och/eller kurs:	Specialistsjuksköterskeprogrammet med inriktning mot kirurgisk vård
Nivå:	Avancerad nivå
Termin/år:	HT 2023
Handledare:	Nabi Fattahi
Examinator:	Eva Carlsson
Nyckelord:	Emotionella hinder, kirurgisk slutenvårdsavdelning, organisatoriska hinder, sjuksköterska, specialistsjuksköterska, våld i nära relation, vårdrelation

Sammanfattning

Bakgrund: Våld i nära relation är ett nationellt och globalt problem. Våldet, framför allt mot kvinnor är utbrett och mörkertalet tros vara mycket stort. Det finns olika typer av våld och dess konsekvenser är stora för såväl den våldsutsatta som samhället. För att sjukvården ska kunna erbjuda rätt hjälp och stöd är det viktigt att våldsutsatthet upptäcks så tidigt som möjligt.

Syfte: Syftet med studien var att undersöka vilka faktorer som påverkar sjuksköterskor på kirurgisk slutenvårdsavdelning att fråga kvinnor om våld i nära relation.

Metod: En kvalitativ enkätstudie med slutna och öppna frågor där de öppna frågorna analyserades med en induktiv ansats.

Resultat: 41 sjuksköterskor deltog i studien (59%). Av dessa kände sig 26 trygga med att ställa frågan om våld i nära relation medan 13 av 41 sjuksköterskor hade kunskap om hur de skulle gå tillväga vid ett jakande svar på frågan om våldsutsatthet. Analysen av de öppna frågorna i enkäten har indelats i tre huvudkategorier; *organisatoriska aspekter som påverkar om frågan ställs*, *emotionella aspekter som påverkar om frågan ställs samt vårdrelationens betydelse*. Resultatet visar att sjuksköterskor påverkas av såväl organisatoriska aspekter i form av brist på kunskap och rutiner, brist på avskilda platser att ställa frågan och tidsbrist som emotionella aspekter i form av känsla av olust och rädsla samt vilja att hjälpa. Det framkommer även att relationen mellan sjuksköterska och patient, där ömsesidig tillit och förtroende står i centrum, är viktig för att sjuksköterskorna ska känna sig trygga med att ställa frågan om våld i nära relation.

Slutsats: Sjuksköterskor upplever både organisatoriska och emotionella hinder till att ställa frågan om våld i nära relation till kvinnor. Trots detta upplever sjuksköterskorna en vilja att ställa frågan och hjälpa kvinnor som lever i våldsutsatthet. Dock behövs stöd och resurser från verksamheten för att upptäcka och förebygga mäns våld mot kvinnor.

Nyckelord: Emotionella hinder, kirurgisk slutenvårdsavdelning, organisatoriska hinder, sjuksköterska, specialistsjuksköterska, våld i nära relation, vårdrelation

Abstract

Background: Intimate partner violence is a national and global problem. Violence against women is rife and the number of unreported cases is estimated to be very large. There are different types of violence and the consequences are severe both for the victim and society. In order for the healthcare sector to be able to provide the right help and support, it is important that exposure to violence is detected as early as possible.

Aim: The purpose of this study was to investigate which factors influence nurses on surgical wards to ask women about intimate partner violence.

Method: Qualitative survey study with closed and open questions. The open questions were analyzed with an inductive approach

Results: 41 nurses participated in the study (59%). Of these, 26 felt safe asking the question about violence while 13 of 41 nurses had the knowledge how to proceed if they received “yes” as an answer. The analysis of the questions in the survey was divided into three main categories; *organizational aspects that influence whether the question is asked, emotional aspects that influence whether the question is asked and the importance of the care relationship*. The nurses described a lack of knowledge, lack of routine and a great need for training and support. Furthermore, it emerged that private spaces were missing and that time pressure had an effect. The nurses had a strong desire to help these women, but also mentioned a feeling of unease. It was important to have trust and that the nurse felt safe asking the question about violence.

Conclusion: Nurses need support and resources from the organization to detect and prevent men’s violence against women. Despite the obstacles that exist, nurses experience a strong desire to ask the question about intimate partner violence.

Key words: Emotional barriers, intimate partner violence, nurse, organizational barriers, patient-nurse relationship, specialist nurse, surgical ward

Förord

Först och främst ett stort tack till alla sjuksköterskor som deltagit i studien och delat med er av era tankar och åsikter inom ämnet.

Tack till vår handledare Nabi Fattahi som har bidragit med råd under arbetets gång.

Vi vill även tacka de före detta kollegor, vänner och familjemedlemmar som hjälpt till med korrekturläsning av arbetet samt testning och granskning av enkäten innan den skickades ut.

Till sist vill vi tacka våra familjer som stått ut och stöttat oss under hela hösten genom examensarbetets process.

Göteborg
December 2023

Elin Andreasson och Emmy Byman

Innehållsförteckning

Inledning.....	1
Bakgrund.....	1
Vad är våld?.....	1
Olika typer av våld	1
Fysiskt våld	1
Psykiskt våld	2
Sexuellt våld.....	2
Ekonomiskt och materiellt våld	2
Våldets konsekvenser	2
Våldsförebyggande arbete	3
Vilka riktlinjer finns och hur följs de?	4
Mötet och omhändertagandet av våldsutsatta.....	4
Specialistsjuksköterskans roll.....	5
Theory of caring	6
Problemformulering	7
Syfte	7
Metod	7
Design.....	7
Urval	7
Datainsamling	8
Dataanalys	9
Etiska överväganden	10
Resultat.....	11
Organisatoriska aspekter som påverkar om frågan ställs	11
Avsaknad av rutiner och kunskap	11
Behov av utbildning och stöd	12
Brist på plats och tid	13
Emotionella aspekter som påverkar om frågan ställs	13
Känsla av olust.....	13
Vilja att hjälpa.....	14

Vårdrelationens betydelse.....	14
Skapa tillit och förtroende.....	14
Diskussion.....	15
Metoddiskussion.....	15
Datainsamling.....	15
Dataanalys.....	16
Styrkor och svagheter.....	17
Resultatdiskussion.....	17
Organisatoriska aspekter som påverkar om frågan ställs.....	18
Emotionella aspekter som påverkar om frågan ställs.....	19
Vårdrelationens betydelse.....	19
Slutsatser och implikationer.....	20
Referenslista.....	21
Bilaga 1 Forskningspersoninformation.....	25
Bilaga 2 Enkätfrågor.....	28

Inledning

Våld i nära relation är idag ett nationellt och globalt problem. Våldet, framför allt mot kvinnor, är utbrett och mörkertalet tros vara mycket stort. För att förebygga våldet är det av yttersta vikt att det upptäcks så tidigt som möjligt och vi som arbetar inom vården har ett ansvar att identifiera tecken och behov samt ge god, säker och jämlik vård.

Riktlinjer finns som fastslår att personal inom akutsjukvård, psykiatri och mödravården ska ställa frågan om våld i nära relation till alla som söker sjukvård. Dock saknas forskning och riktlinjer som berör slutenvården inom kirurgi. Vi vill med denna studie undersöka vilka faktorer som påverkar sjuksköterskor på kirurgisk slutenvårdsavdelning att fråga kvinnor om våld i nära relation.

Bakgrund

Vad är våld?

Enligt World Health Organisation (WHO, 2023) definieras våld som:

En avsiktlig användning, eller hot om användning av fysisk kraft eller makt, antingen som hot mot sig själv, en annan person, eller mot en grupp eller ett sammanhang som antingen resulterar i eller har stor sannolikhet att resultera i personskador, dödsfall, psykiska skador, negativ utveckling eller förluster. (WHO, 2023).

Vidare beskriver Polismyndigheten våld i nära relation som: *“ett samlingsbegrepp för flera brott där offer och förövare har eller har haft en nära relation”* (Polismyndigheten, 2020).

Våld förekommer i alla typer av relationer mellan närstående, dock syftar våld i nära relation på våld i parrelationer. Till skillnad från annan typ av våld kännetecknas våld i nära relation av att den våldsutsatta har en stark emotionell koppling till förövaren samt att våldet ofta utövas under en längre period och blir allvarligare ju längre relationen pågår (Nationellt Centrum för Kvinnofrid [NCK], 2023a). Våld drabbar både män och kvinnor, dock utsätts kvinnor för våld tidigare i livet samt i större utsträckning för grovt våld och sexuellt våld (Nybergh et al., 2013). I en studie av Sprague et al. (2013) framkommer det att över en tredjedel av världens kvinnor upplevt våld i nära relation någon gång under sin livstid. Våld i nära relation kan utspela sig på flera olika sätt, ofta med syfte att kontrollera och utöva makt över den utsatta (Polismyndigheten, 2020). Mäns våld mot kvinnor är ett globalt folkhälsoproblem och utgör en kränkning mot de mänskliga rättigheterna (Socialstyrelsen, 2023; WHO, 2023).

Olika typer av våld

Fysiskt våld

Fysiskt våld beskrivs som en våldshandling riktad mot en persons kropp. Våldet kan bestå av såväl diskreta gärningar som grova brott och kan innebära allt från knuffar, slag, sparkar och stryptag till att använda något typ av vapen (Jämställdhetsmyndigheten, 2023). Vid grovt

fysiskt våld i nära relation är de vanligaste orsakerna svartsjuka och hot om separation eller skilsmässa. Vid dessa situationer kan det grova våldet leda till mordförsök eller mord (Carlsson et al., 2021). Enligt Brottsförebyggande rådet (Brå, 2023) var antalet fall av dödligt våld mot kvinnor, där offret och förövaren var eller hade varit i parrelation, motsvarande 43 procent av samtliga fall av dödligt våld mot kvinnor under 2022. Vidare beskriver Jämställdhetsmyndigheten (u.å.) att morden i många fall skett trots att kvinnorna haft kontakt med polis, socialtjänsten eller hälso- och sjukvården.

Psykiskt våld

Psykiskt våld i nära relation kan bestå av hot, kränkningar samt utövande av kontroll genom att begränsa den utsatta i det dagliga livet. Vidare kan psykiskt våld innebära hot om våld mot någon som betyder mycket för den utsatta (Jämställdhetsmyndigheten, 2023). Det psykiska våldet kan vara svårast att hantera känslomässigt. Detta då förövaren ofta pendlar mellan att utöva våldet och ge kärlek och ömhet, vilket gör denna våldsform oförutsägbar och svår för den utsatta att värja sig mot (NCK, 2023b). Psykiskt våld är det våld som förekommer mest, dock är mörkertalet sannolikt mycket stort (Lövestad, et al., 2017; Nybergh et al., 2013; Sprague et al., 2013).

Sexuellt våld

Sexuellt våld innefattar allt från ovälkommen beröring till att tvingas bevittna, utföra eller utsättas för sexuella handlingar. Att utsättas för fotografering och/eller filmas mot sin vilja kan också utgöra sexuellt våld. Ibland utövas det sexuella våldet i samband med fysiskt våld, vilket innebär att gränserna mellan frivilligt sex och övergrepp blir otydliga. I dessa fall kan kvinnan bli tvungen att vara sexuellt tillgänglig för att undvika andra typer av våld (NCK, 2023b).

Ekonomiskt och materiellt våld

Vid ekonomiskt våld ses ofta förövaren ta kontroll över de ekonomiska tillgångarna. Dock kan ekonomiskt våld även innebära att den utsatta själv måste stå för alla kostnader eller försättas i skuld genom att ensam tvingas skriva på lån (Jämställdhetsmyndigheten, 2023). Materiellt våld består av hot om skadegörelse eller skadegörelse där förövaren tar sönder offrets tillhörigheter och ägodelar i hemmet. Till materiellt våld räknas även beteenden där förövaren bestämmer över saker som offret behöver i sitt dagliga liv, exempelvis dator, bil och mobiltelefon (Jämställdhetsmyndigheten, 2023).

Våldets konsekvenser

Våld i nära relation kan ge långsiktiga skadliga konsekvenser för hälsan (WHO, 2014) såsom sämre hälsotillstånd, nedsatt livskvalitet samt omfattande användning av hälso- och sjukvårdstjänster (Campbell, 2002). Enligt studien av Petersson et al. (2021) skattade kvinnor utsatta för våld i nära relation sin hälsa signifikant lägre jämfört med kvinnor som inte varit utsatta.

Tecken på att en kvinna utsätts för våld kan vara tydliga. Det kan exempelvis vara synliga skador som blåmärken eller sår, vilka ofta förekommer i nacken, på huvudet eller på kroppsdelar som döljs av kläder, exempelvis bröstet (Socialstyrelsen, 2014). Frakturer är även

en vanligt förekommande skada relaterad till våld (Sprague et al., 2013). Dock lämnar långt ifrån allt våld synliga märken, varför tecken på våldsutsatthet även kan vara mer diffusa. Förutom fysiska skador kan våldet ge upphov till andra hälsoproblem som kroniska smärttillstånd, neurologiska sjukdomar samt hjärt-kärlsjukdomar. Hos våldsutsatta ses även högre förekomst av mag-tarmbesvär, nedsatt aptit, ätstörningar och IBS, vilket ofta kan fortgå långt efter att våldet upphört. Vidare drabbas kvinnor som utsatts för fysiskt och/eller sexuellt våld i större utsträckning av gynekologiska besvär som minskad sexlust, samlagssmärta, vaginala blödningar och irritation samt kroniska bäckenbottensmärter (Campbell, 2002). Våld kan, förutom ovan nämnda besvär, även ge psykiska konsekvenser som depression, ångesttillstånd, sömnproblem och suicidtankar (Lövestad et al., 2017). Våldsutsatta har även större risk att utveckla posttraumatiskt stressyndrom (Campbell, 2002; Socialstyrelsen, 2014). Det är även vanligt förekommande att utsatta kvinnor missbrukar alkohol samt att de hamnar i en dålig social situation (Dufort et al., 2013; Dufort et al., 2015).

Våld i nära relationer innebär stora kostnader för såväl samhället som den våldsutsatta individen (European Institute for Gender Equality [EIGE], 2021). Kostnaderna som våld i nära relation förorsakar kan delas upp i skadekostnader och åtgärdskostnader. Till skadekostnaderna hör de kostnader som uppstår som en direkt konsekvens av våldet, exempelvis vård och behandling av skador och sjukdomar, inkomstbortfall på grund av sjukfrånvaro och sjukskrivning, nedsatt arbetsförmåga relaterat till fysiska skador eller psykisk ohälsa samt förlust av arbete. Här räknas även kostnader för rättsprocesser, utredningar och juridisk rådgivning in. Till åtgärdskostnaderna räknas kostnader för samhället med stödinsatser för våldsutsatta samt våldsförebyggande arbete (Utredningen som ska föreslå en nationell strategi mot mäns våld mot kvinnor, 2015). Enligt EIGE (2021) uppskattades kostnaden för partnervåld mot kvinnor i Sverige 2019 överstiga tre miljarder euro.

Våldsförebyggande arbete

För att reducera mäns våld mot kvinnor behövs ett effektivt våldsförebyggande arbete, i vilket jämställdhetsmyndigheten har en central roll. Det våldsförebyggande arbetet bör inkludera så många som möjligt för att förändra beteenden och attityder samt bryta normaliseringen av våld. En viktig förebyggande åtgärd är att upptäcka våldet så tidigt som möjligt (jämställdhetsmyndigheten, 2023).

Enligt hälso- och sjukvårdslagen (HSL, 2017) ska hälso- och sjukvården erbjuda åtgärder för att medicinskt förebygga, utreda och behandla sjukdomar och skador. Vidare ska hälso- och sjukvården ge god vård på lika villkor och vården ska ges med respekt för alla människors lika värde samt för den enskilda människans värdighet. Att bedriva vård som tillgodoser kraven på god vård innefattar bland annat att tillgodose patientens behov av trygghet och säkerhet men även förebygga ohälsa (HSL, 2017). För att sjukvården ska kunna erbjuda rätt hjälp och stöd är det viktigt att våldsutsatthet upptäcks (Socialstyrelsen, 2023). För att kunna ställa frågan om våld krävs vidare att personalen har utbildning inom ämnet samt att det finns en tydlig rutin för vilken hjälp som kan erbjudas och vart kvinnan kan hänvisas (Socialstyrelsen, 2019). Enligt Ibrahim et al. (2021) upplever dock vårdpersonalen att det saknas strategier, riktlinjer och utbildning. Då många kvinnor söker vård för akuta eller kroniska skador orsakade av våld bör frågan om våldsutsatthet ställas rutinmässigt (Campbell, 2002).

Vilka riktlinjer finns och hur följs de?

I alla regioner i Sverige ska det finnas kliniska riktlinjer och vårdprogram för identifiering och hantering av våldsutsatta. Dock framkommer det att kännedom om dessa riktlinjer och vårdprogram är låg samt att de är svåra att implementera i sjukvården (Wemrell, 2023). Dawson et al. (2019) beskriver även ett liknande resultat i deras intervjustudie, där det framkommer att flertalet saknar kunskap om de policys och protokoll om våld i nära relation som fanns på arbetsplatsen.

Enligt Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd om våld i nära relationer (2022) ska verksamheter inom hälso- och sjukvård besluta om rutiner som behövs för att utveckla och säkra kvaliteten i arbetet med våldsutsatta samt hur och när personalen ska ställa frågor om våld. Vid upptäckt av symtom eller tecken som ger misstanke om våldsutsatthet ska den utsatta tillfrågas om uppkomsten av symtomet och skadan i enrum. Vidare ska personalen uppmärksamma vilka behov av vård individen har. Detta innefattar såväl fysiska som psykiska behov, information om möjlighet till stöd och hjälp via frivilligorganisationer samt i övrigt vara behjälplig med kontakt till socialtjänsten om personen samtycker till det. Slutligen bör personalen även ta reda på om det förekommer barn i familjen. Vid misstanke om att ett barn far illa ska en anmälan till socialtjänsten upprättas. De eventuella åtgärder som vidtagits samt symtom och tecken som väckte misstankar om våldsutsatthet ska dokumenteras i patientjournalen. Utöver ovanstående bör sjukvårdspersonalen verka för att underlätta samverkan mellan olika aktörer samt skapa förutsättningar för att åtgärder för den våldsutsatta inte motverkas av varandra. Samverkan ska dock ske med beaktande av bestämmelser om sekretess i offentlighets- och sekretesslagen (Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd om våld i nära relationer, 2022). Enligt offentlighets- och sekretesslagen (OSL, 2009) får sekretessen brytas och uppgifter lämnas till polismyndighet om det, på grund av särskilda omständigheter, finns risk för att den enskilde eller närstående till den enskilde kommer begå ett brott som avses i 3, 4 och 6 kap. brottsbalken. Detta innebär brott mot liv och hälsa, brott mot frihet eller sexualbrott (brottsbalk, 1962).

Mötet och omhändertagandet av våldsutsatta

Enligt Socialstyrelsen (2019) är det som tidigare nämnt viktigt att personal inom hälso- och sjukvården har kunskap om samt förmåga att identifiera tecken på våld i nära relation. Att identifiera tecken och symtom på våldsutsatthet kan dock upplevas som svårt och obekvämt (Dawson et al., 2019). Sjuksköterskor känner sig ofta osäkra på att ställa frågan om våld i nära relation (Ibrahim et al., 2021; Taylor et al., 2013), vilket enligt Saberi et al. (2017) leder till att frågan enbart ställs under vissa omständigheter, exempelvis när kvinnor uppsöker sjukvård med oklara skador. Trots att det förekommer osäkerhet i att ställa frågan om våld i nära relation ställer sig sjuksköterskor positiva till att screena om våld i nära relation (Saberi et al., 2017; Spangaro et al., 2022). Vidare framkommer det även i tidigare forskning att en majoritet av våldsutsatta kvinnor känner sig bekväma med att diskutera våld i nära relation (Swales et al., 2017) samt att de ville bli tillfrågade om våld och övergrepp när de uppsökte hälso- och sjukvård (Spangaro et al., 2022; Swales et al., 2017; Taylor et al., 2013).

Att ställa frågan om våld kan försvåras av flertal faktorer varav tidsbrist ses som den främsta (Ibrahim et al., 2021; Saberi et al., 2017; Socialstyrelsen, 2023; Spangaro et al., 2022).

Ytterligare barriärer är begränsad kunskap och attityder hos personalen, att den våldsutsatta kvinnan förnekar eller väljer att inte berätta (Socialstyrelsen, 2023) samt bristen på möjlighet till privata samtal utan partner, familjemedlem, andra patienter eller personal närvarande. Vidare kunde sjuksköterskorna även ha svårt att komma ihåg att screena för våld i nära relation (Spangaro et al., 2022).

Enligt Dawson et al. (2019) kan kvinnorna hjälpas att våga berätta om sin våldsutsatthet om frågan ställs på rätt sätt. Vad som är rätt sätt att ställa frågan på är dock svårdefinierat men Socialstyrelsen (2019) beskriver att det är viktigt att visa empati samt ställa frågan och samtala på ett respektfullt och etiskt sätt. Det är även viktigt att personalen inger trygghet samt att frågan ställs i trygg miljö för patienten (Socialstyrelsen, 2019). Personal som var oförstående, saknade empati eller hade negativ attityd skapade en sämre relation med minskad tillit mellan sjuksköterskan och patienten, vilket kan medföra att färre kvinnor väljer att berätta om sin utsatthet (Pratt-Eriksson et al., 2014).

Att vårda våldsutsatta kvinnor beskrivs av Van der Wath et al. (2013) som komplext och svårt och enligt Dawson et al. (2019) kan det ibland vara svårt att kontrollera sina egna värderingar och känslor i samtalet med våldsutsatta. För att kunna ge komplett vård måste sjuksköterskorna bemöta sina egna fördomar och rädslor och det framkommer att sjukvårdspersonal som är medvetna om sin inställning, attityd och värderingar gällande våldsutsatta kvinnor lättare känner igen tecken på våld (Gümüşsoy et al., 2021).

Specialistsjuksköterskans roll

Som sjuksköterska har man sin specifika kompetens inom omvårdnad, vilken inkluderar både det patientnära arbetet och det vetenskapliga kunskapsområdet. Sjuksköterskan har ett ansvar för att säkerställa en god och säker vård utifrån de sex kärnkompetenserna personcentrerad vård, samverkan i team, evidensbaserad vård, förbättringskunskap för kvalitetsutveckling, säker vård och informatik (Svensk sjuksköterskeförening, 2023).

Enligt kompetensbeskrivningen, framtagen av Nationella föreningen för specialistsjuksköterskor i kirurgisk vård (NFSK, 2014), har specialistsjuksköterskan sin utgångspunkt i två huvudsakliga ansvarsområden; patientnära vård och förbättringsarbete. Detta innebär att specialistsjuksköterskan genom sin fördjupade kunskap har förmågan att ge och leda en god och säker vård i komplexa och avancerade situationer samt identifiera behov av förbättringsarbeten och säkerställa att vården bedrivs utifrån ett patientsäkert arbetssätt med god kvalitet.

Som specialistsjuksköterska ska arbetet ske utifrån begreppet personcentrerad vård som innebär att organisera och ge omvårdnad utifrån patientens berättelse samt fysiska, psykiska, sociala och existentiella behov. Det är viktigt att specialistsjuksköterskan skapar en god vårdrelation till patienten baserad på kunskap och empati. Vidare ska specialistsjuksköterskan leda, prioritera och samordna omvårdnadsarbetet samt stödja multidisciplinär samverkan för att uppnå bästa resultat för patienten (NFSK, 2014).

Som beskrivet ovan är ett av specialistsjuksköterskans ansvarsområden förbättringsarbete och det beskrivs enligt NFSK (2014) hur specialistsjuksköterskan har en central roll för allt förbättringsarbete inom kirurgisk omvårdnad. Specialistsjuksköterskan har kompetens att leda utvecklingsarbete samt tillämpa evidensbaserad vård på arbetsplatsen. Detta för att skapa en

säker och effektiv vård med hög kvalitet. Vidare har specialistsjuksköterskan ett ansvar för kontinuerlig kunskapsutveckling inom kirurgisk omvårdnad (NFSK, 2014) och enligt Jakobsson et al. (2023) har specialistsjuksköterskor en vilja att hjälpa, stötta och dela sin kunskap med kollegor.

Theory of caring

Simone Roach (1992) omvårdnadsteori grundar sig på 5 begrepp; compassion, competence, confidence, conscience och commitment vilka översatt betyder medkänsla, kompetens, förtroende, samvete och engagemang. Teorin bygger på relationen mellan sjuksköterska och patient och bildar den teoretiska grunden för hur en sjuksköterska ska ge god omvårdnad samt skapa förutsättningar för en bra vårdrelation. Teorins fem begrepp ses som grundstenar i omvårdnaden av patienten (Roach, 1992).

Som sjuksköterska är det viktigt att visa medkänsla redan vid första patientkontakten för att initiera en god vårdrelation. Vidare bör vårdpersonal på ett professionellt sätt visa omtanke för patienten genom empati och känslighet. Kompetens innebär att genom evidensbaserad och vetenskaplig kunskap applicera rätt åtgärder för den specifika patienten. Kompetens och medkänsla är tätt sammankopplade. Om man har en god yrkeskompetens men inte visar medkänsla kan sjuksköterskan upplevas oengagerad och känslökall, vilket ger patienten en känsla av att sjuksköterskan inte bryr sig. Om sjuksköterskan däremot skulle ha medkänsla men uppenbart bristfällig kompetens blir även vården bristfällig. Utöver medkänsla och kompetens måste sjuksköterskan också behärska de praktiska färdigheterna för att kunna ge en god vård. Medkänsla och kompetens skapar en god grund för förtroende mellan patient och sjuksköterska. Ett bra förtroende mellan patient och vårdare gör att de två kan kommunicera med varandra. Förtroendet utgår från att båda parterna kan lita på varandra och Roach har tagit fasta på att förtroende och respekt i vårdrelationen måste vara ömsesidigt (Roach, 1992). Vidare skriver författaren att förtroende är någonting som växer fram mellan vårdare och patient redan från det första mötet och hon menar att man inte kan få en god relation till någon man inte har tillit till.

Samvete innebär i detta sammanhang att sjuksköterskan vet vad som är rätt och fel i olika situationer, en moralisk medvetenhet som påverkar vilka val vi gör. Samvete är inte något man har när man föds, det skapas genom erfarenhet. Samvete innebär också att ha den kunskap och färdighet som krävs för att agera professionellt och lämpligt på frågor man möter (Roach, 1992).

Engagemang som grundsten bygger på att visa engagemang för patienten men också för fortbildning, livslångt lärande samt en vilja att bli skickligare, mer kompetent och omtänksam i sitt yrke. Genom engagemang upprätthåller vi normer och skyldigheter inom sjuksköterskeyrket. Engagemang innebär också att säkerställa spetskompetens inom omvårdnaden genom strävan att ständigt utvecklas (Roach, 1992).

Problemformulering

Våldet mot kvinnor ökar och därmed antal kvinnor som söker sig till sjukvården med symtom direkt eller indirekt orsakade av våld. Med anledning av sjuksköterskors redan höga arbetsbelastning kan det vara svårt utan rätt förutsättningar att se och upptäcka våld samt ge tid till dessa kvinnor. Hälso- och sjukvården har ett ansvar i arbetet mot att våld mot kvinnor ska upphöra, vilket är ett av Sveriges regerings jämställdhetspolitiska mål. Dock finns det osäkerhet samt brist på rutiner i arbetet med att upptäcka våld.

De forskningsartiklar som skrivits inom det kirurgiska fältet utgår främst från akutkirurgiska mottagningar och traumavård. Dock kan kvinnor som utsätts för våld i nära relationer påträffas inom alla verksamheter inom hälso- och sjukvården, därför är det viktigt att ta reda på vilka faktorer som påverkar sjuksköterskor, i kirurgisk vård, till att ställa frågan om våld i relationen för att kunna stärka dem i mötet med våldsutsatta kvinnor.

Syfte

Syftet med studien var att undersöka vilka faktorer som påverkar sjuksköterskor på kirurgisk slutenvårdsavdelning att fråga kvinnor om våld i nära relation.

Metod

Design

För att ta reda på vilka faktorer som påverkar sjuksköterskor på kirurgisk slutenvårdsavdelning att fråga kvinnor om våld i nära relation valdes en kvalitativ enkätstudie med induktiv ansats. I kvalitativa studier är individers erfarenheter det centrala och metoden syftar till att få djupgående förståelse av fenomenet genom insamling av detaljrika beskrivningar. Tillämpning av enkäter i kvalitativa studier är inte det mest förekommande (Polit och Beck, 2021). Dock kan enkäter med öppna frågor användas för att deltagarna på ett neutralt sätt ska få möjlighet att uttrycka sig med egna ord (Polit & Beck, 2021; Wenemark, 2017).

Resultatet av kvalitativa studier ska svara för deltagarnas synpunkter och erfarenheter av ämnet som studerats (Wenemark, 2017). I kvalitativa studier är forskarna högst involverade och bör därför reflektera över sina kunskaper och erfarenheter inom ämnet samt hur det kan komma att påverka resultatet (Polit och Beck, 2021).

Urval

För att hitta deltagare till studien valde författarna att tillämpa ett bekvämlighetsurval. Att rekrytera deltagare i forskningsstudier via bekvämlighetsurval beskriver Polit och Beck (2021) som enkelt. Dock är det inte den urvalsmetod som föredras i första hand vid kvalitativa studier. Detta då bekvämlighetsurval inte alltid bidrar till att ge den mest informationsrika data. Dock ses bekvämlighetsurval fungera väl då deltagare tillfrågas från en specifik klinik eller organisation (Polit & Beck, 2021). Urvalet i denna studie har tagits med hänsyn till studiens syfte, metod, resurser och tidsram. Inklusionskriterierna i studien var:

- Sjuksköterska, med eller utan specialistutbildning
- Arbetar på en avdelning som bedriver kirurgisk vård
- Har en tillsvidareanställning på avdelningen

Potentiella deltagare som tillfrågades var från 20 års ålder. Både nyutexaminerade sjuksköterskor samt sjuksköterskor med längre yrkeserfarenhet tillfrågades att delta i studien. Totalt fick 76 sjuksköterskor information om studien via e-post.

Datainsamling

Datainsamlingen genomfördes på två kirurgiska slutenvårdsavdelningar på sjukhus inom Västra götalandregionen. Initialt fick båda enheternas verksamhets- och enhetschefer ett informationsbrev om studien och tillfrågades därefter muntligt om godkännande till genomförande av studien. I informationsbrevet delgavs de information om ämnet som valts att studeras, studiens syfte, urval och tillvägagångssätt samt risker ett deltagande kunde innebära. Cheferna på de båda enheterna godkände att studien fick genomföras.

Innan datainsamlingen kunde påbörjas arbetade författarna fram ett frågeformulär via enkätprogrammet Qualtrics. Tillgång till programmet fick författarna via Göteborgs universitet. Enkätfrågorna bearbetades tillsammans med handledare och testades sedan på tidigare kurskamrater inom grundutbildningen och kollegor inom annan sektion för att undvika feltolkning av frågorna. Enkäten omarbetades sedan igen och frågor omformulerades för att säkerställa att syftet besvarades. Enligt Wenemark (2017) är bearbetning och testning av frågorna innan de tas i bruk en billig försäkring för att minimera risken för missförstånd och säkerställa att syftet besvaras. Enkäten bearbetades även med hjälp av en förenklad variant av Questionnaire Appraisal System (QAS). QAS är ett etablerat instrument i åtta steg för att systematiskt granska frågeformulär i syfte att upptäcka och åtgärda eventuella problem med frågorna innan de skickas ut (Willis, 1999). Enkäten godkändes av handledaren innan den skickades ut till potentiella deltagare via Qualtrics.

Enkäten (bilaga 2) innehöll frågor om ålder, antal år som yrkesverksam och utbildning följt av frågor kopplade till studiens syfte, exempelvis trygghet med att ställa frågan om våld i nära relation samt eventuellt upplevda hinder. Både slutna och öppna frågor användes i enkäten, där sjuksköterskorna kunde svara med beskrivande ord och förklara sina tankar och känslor kring ämnet. Totalt innehöll enkäten åtta öppna frågor och åtta slutna frågor. Enkäten besvarades anonymt och den beräknade tiden för besvarande av enkäten var cirka 15 minuter. Respektive enhetschef bistod med att skicka ut förfrågan om deltagande i studien via e-post till alla tillsvidareanställda sjuksköterskor på avdelningarna. I e-postmeddelandet framgick kortfattad information om studien, frivillighet att delta samt vad ett deltagande skulle innebära. I meddelandet fanns även länk till enkäten. Vidare fanns forskningspersonsinformation (bilaga 1) bifogad och alla uppmanades ta del av den innan de valde att svara på enkäten.

För att samla in så många svar som möjligt skickades två påminnelser om enkäten ut till alla tillfrågade deltagare. Första påminnelsen skickades ut efter en och en halv vecka och den andra tre veckor efter första e-postmeddelandet. Totalt var enkäten tillgänglig under fyra veckor. Fem dagar innan enkäten avslutades valde författarna att sätta upp en QR-kod till

enkäten tillsammans med forskningspersoninformationen på en av avdelningarna för att öka svarsfrekvensen ytterligare.

Totalt fick 76 sjuksköterskor information om studien. Vi fick ett bortfall på sju sjuksköterskor (9 procent) som antingen var föräldralediga, tjänstlediga eller på semester under de aktuella veckorna enkäten var tillgänglig. Totalt hade 69 sjuksköterskor möjlighet att svara på enkäten. Av dessa valde 41 sjuksköterskor att delta, vilket motsvarar en svarsfrekvens på 59 procent.

Tabell 1. Bakgrundsdata informanter

Befattning	Antal	Ålder		Yrkeserfarenhet	
Sjuksköterska	28st	20–29 år	19,51%	<1 år	9,76%
		30–39 år	43,90%	1–5 år	21,95%
		40–49 år	17,07%	6–10 år	29,27%
Specialistsjuksköterska	13st	>50 år	19,51%	11–15 år	14,63%
				>15 år	24,39%

Dataanalys

Analysen av svaren på de öppna frågorna i enkäten genomfördes med en innehållsanalys med induktiv ansats. Enligt Graneheim et al. (2017) kännetecknas innehållsanalys med induktiv ansats av ett sökande efter mönster där forskarna läser igenom materialet flertal gånger för att finna likheter och skillnader. De slutna frågorna redovisades deskriptivt med frekvens löpande i text.

Efter avslutad enkätundersökning läste båda författarna igenom alla svar på Qualtrics. Enkätsvaren överfördes sedan till ett Word-dokument som skrevs ut. Detta för att författarna skulle få en överblick över svaren i varje fråga samt kunna läsa igenom dem upprepade gånger. Författarna läste först enkätsvaren var för sig och diskuterade dem sedan tillsammans. Meningsbärande enheter i materialet markerades med highlighter. Graneheim och Lundman (2004) beskriver meningsbärande enheter som ord eller meningar innehållande samma betydelser. Vidare kondenserades de meningsbärande enheterna och placerades sedan i koder. Kondensering innebär att texten kortas ner utan att förlora kvaliteten i innehållet (Graneheim & Lundman, 2004). Från koderna plockades subkategorier ut. Genom subkategorierna kunde sedan samband ses, vilka tillsammans skapade kategorier. Slutligen diskuterades subkategorierna och kategorierna tillsammans med handledaren. Båda författarna var aktiva i analysprocessen, vilket enligt Graneheim et al. (2017) kan bidra till att förutfattade meningar utmanas och ses förbi.

Tabell 2. Exempel på innehållsanalys

Meningsbärande enhet	Kondenserad meningsbärande enhet	Kod	Subkategori	Kategori
“Finns ingen rutin för hur vi arbetar med det, ingen systematik och vi vet för lite om hur vi ska agera om en patient svarar ja”	Arbetar inte systematiskt med frågan, finns ingen rutin. Svårt att veta hur de ska agera på ett jakande svar	Ingen rutin i arbetet med frågan. Svårt att veta hur svaret ska hanteras	Avsaknad av rutiner och kunskap	Organisatoriska aspekter som påverkar om frågan ställs
“Patienten kanske ligger på flersal. Har man mycket att göra känns det också respektlöst att ställa frågan och sen rusa iväg. [...]”	Flera patienter på samma sal. Respektlöst att ställa frågan om man inte har tid att hantera svaret.	Brist på privata utrymmen. Svårt att ställa frågan när tid inte finns.	Brist på tid och plats	

Etiska överväganden

All forskning som berör människor är reglerat i lagar och deklARATIONER, vilka har som syfte att skydda den enskilda individen (Lag om etikprövning av forskning som avser människor, 2003). Innan forskningspersoner tar ställning till sitt deltagande i en studie krävs att de får all information som de behöver känna till för att kunna lämna ett informerat samtycke (Etikprövningsmyndigheten, u.å.). I forskningspersoninformation ska deltagarna bland annat informeras om samtycke, frivilligheten att delta samt rätten att när som helst avbryta sitt deltagande i studien utan negativa påföljder (Etikprövningsmyndigheten, u.å.; Lag om etikprövning av forskning som avser människor, 2003; World Medical Association, 2022). Material som samlats in innan ett avbrutet deltagande får dock användas (Lag om etikprövning som avser människor, 2003).

Deltagandet i denna studie var anonymt och samtycke från forskningspersonerna inhämtades efter att de tagit del av forskningspersonsinformationen samt aktivt gått in på enkäten, svarat och skickat in den. Endast slutförda, inskickade enkäter inkluderades i studien. De enkäter som var påbörjade men inte inskickade exkluderades då författarna i dessa fall inte kunde säkerställa att samtycke till deltagande lämnats. I enlighet med etikprövningsmyndigheten (u.å.) informerades även forskningspersonerna om hur insamlade data och sekretess hanterades. Författarna i denna studie har samlat in data via ett lösenordskyddat program samt förvarat det insamlade materialet så att obehöriga inte kunnat ta del av det.

Helsingforsdeklarationen (World Medical Association, 2022) betonar att författarna bör ta hänsyn till om det förekommer beroendeförhållande mellan dem och forskningspersonerna samt om samtycke till deltagande i studien inhämtats under

påtryckning. Då författarna är kollegor med forskningspersonerna valde författarna att själva inte skicka ut information samt förfrågan om deltagande i studien. Detta gjordes av enhetscheferna då de, i detta sammanhang, ses som neutrala personer. Vidare valde författarna att samla in data anonymt och forskningspersonernas enkätsvar har inte kunnat kopplas till enskilda individer.

Genomförande av detta examensarbete har godkänts av Etikgranskningsgruppen vid institutionen för vårdvetenskap och hälsa på Göteborgs Universitet samt av verksamhetschef på respektive inkluderad avdelning.

Resultat

I analysen av enkätsvaren framkom tre huvudkategorier; organisatoriska aspekter som påverkar om frågan ställs, emotionella aspekter som påverkar om frågan ställs och vårdrelationens betydelse. Dessa tre huvudkategorier byggdes upp av sex subkategorier; avsaknad av rutiner och kunskap, behov av utbildning och stöd, brist på plats och tid, känsla av olust, vilja att hjälpa samt skapa tillit och förtroende (tabell 3).

Tabell 3. Kategori & subkategori

Kategorier	Subkategorier
Organisatoriska aspekter som påverkar om frågan ställs	Avsaknad av rutiner och kunskap
	Behov av utbildning och stöd
	Brist på plats och tid
Emotionella aspekter som påverkar om frågan ställs	Känsla av olust
	Vilja att hjälpa
Vårdrelationens betydelse	Skapa tillit och förtroende

Organisatoriska aspekter som påverkar om frågan ställs

Avsaknad av rutiner och kunskap

I resultatet framkommer det att flertalet sjuksköterskor upplever organisatoriska hinder som påverkar om och när frågan om våld i nära relation ställs. De beskriver avsaknad av rutiner och systematiskt arbetssätt som en bidragande faktor till varför frågan inte regelmässigt tas upp med patienten. Resultatet visar även att tydliga rutiner för hur svaret kan hanteras samt vilka möjligheter som finns och vad som kan erbjudas måste finnas för att sjuksköterskorna ska känna sig trygga med att ställa frågan om våld i nära relation.

“Rutiner på arbetsplatsen, just nu har vi inga rutiner för att fråga om våld, och inte heller några rutiner för vad vi gör med svaret, vilket gör att jag ej lyfter frågan.” (Ssk11)

Sjuksköterskorna i studien upplever att rutiner på arbetsplatsen där frågan om våld i nära relation ställs till alla som skrivs in på avdelningen hade underlättat. Att ställa frågan om våldsutsatthet rutinmässigt till alla, såväl kvinnor som män och oavsett misstanke, ses som

positivt. Dock behöver rutiner och handlingsplaner finnas för hur situationen ska hanteras om en kvinna är utsatt för våld.

“Jättebra !! Det hade underlättat för oss om frågan ställdes till alla. Då hade man kunnat förklara det och med en bra utarbetad rutin hade jag ju sett hur jag skulle gå tillväga och vad jag kunde erbjuda.” (Ssk3)

Att ställa frågan rutinmässigt ökar även tryggheten i att ta upp ämnet. En sjuksköterska beskriver att “[...] ju fler gånger man ställer frågan desto mer trygg blir man i att ta upp ämnet.” (Ssk19).

Av de 41 sjuksköterskor som deltagit i studien känner sig 26 av dem trygga med att ställa frågan om våld i nära relation. Dock visar resultatet vidare att endast 13 av alla 41 sjuksköterskor har kunskap om hur de ska gå tillväga vid ett jakande svar på frågan om våldsutsatthet.

“Vad skall jag göra om svaret är ja, att personen utsätts för hot eller våld! Det är viktigt att ha det klart för sig när frågan ställs” (Ssk29)

Förutom behov av kunskap om handlingsplan och tillvägagångssätt vid våldsutsatthet finns även ett behov av kunskap i hur och när frågan ska ställas. Det framkommer i resultatet att några sjuksköterskor känner sig osäkra på “hur frågan ska formuleras på ett bra sätt” samt hur de ska “komma in på ämnet”.

Behov av utbildning och stöd

Resultatet visar att endast 11 av 41 sjuksköterskor har genomgått utbildning och/eller kurs om våld i nära relation. Vanligast är utbildning via en arbetsplats följt av kurs under sjuksköterskeutbildningen. Vidare har sjuksköterskorna uttryckt en önskan att vidareutveckla sin kunskap inom ämnet samt en önskan om att delta i “Regelbundna utbildningar om våld i nära relation”.

“Jag tror generellt att det är viktigt att personal inom hälso-och sjukvård får information och utbildning i hur man går till väga om det är som så att det framkommer att någon utsätts för våld.” (Ssk12)

Utöver utbildning beskrivs behov av stöd från kollegor och chefer inom verksamheten för att personalen ska känna trygghet.

“Jag känner mig trygg med den verksamheten jag befinner mig på, med kollegor och chefer runt omkring mig. För ställer man frågan måste man vara förberedd på svaret och hur man ska hantera och handla efter det. Därav viktigt med stöd.” (Ssk2)

Sjuksköterskorna i studien anser att ämnet våld i nära relation är viktigt och bör därför diskuteras mer på arbetsplatsen. Diskussioner beskrivs som en möjlighet för kollegor att utbyta tankar och erfarenheter kring ämnet.

“Viktig fråga att våga ställa, även om det är en svår fråga att ställa. Skulle önska mer samtal kring detta på arbetsplatsen.” (Ssk23)

Brist på plats och tid

Resultatet visar att miljön på arbetsplatsen, stress samt brist på tid och privata utrymmen är ytterligare faktorer som påverkar om sjuksköterskan ställer frågan om våld eller inte. Brist på utrymmen som möjliggör privata samtal nämns av flertalet sjuksköterskor i studien och beskrivs som en av de främsta barriärerna. Frågan om våldsutsatthet upplevs som problematisk att ställa om patienten ligger på flersal *“där andra patienter hör exakt vad vi säger.”*. Sekretessen är även svår att upprätthålla i dessa miljöer. Sjuksköterskorna har vidare gett uttryck för en vilja att kunna ställa frågan om våld samt samtala med kvinnan privat utan medpatienter, annan personal eller anhöriga närvarande. En sjuksköterska beskriver även detta som *“En avgörande faktor”* för att kunna ställa frågan.

“Ett hinder är om patienten ligger på flersal och det ej finns möjlighet för privat samtal, eller om patients anhörig är på plats” (Ssk18)

Utöver brist på utrymmen framgår av resultatet vikten av att ha tid. Tid till att ställa frågan men även till att ta emot och hantera svaret. Sjuksköterskorna i studien upplever sig inte alltid ha tiden och anser det då inte respektfullt att ställa fråga om våld i nära relation för att sedan *“rusa iväg”*.

“Tidsbrist. Om en patient skulle svara att den utsätts för våld i hemmet så kan jag inte bara gå därifrån, men tid finns sällan för att sitta hos patienter en längre stund och prata.” (Ssk35)

Flera sjuksköterskor upplevde även tidsbristen som en försvårande faktor till att skapa en förtroendefull vårdrelation.

Emotionella aspekter som påverkar om frågan ställs

Känsla av olust

Resultatet visar att frågan om våld i nära relation kan upplevas svår att ställa av flera olika anledningar. Frågan kan ge en känsla av olust hos sjuksköterskorna då den beskrivs som känslig och laddad. Trots detta känner sjuksköterskor att de har mod till att ställa frågan om våld.

“Det är en känslig fråga. Inte så känslig att jag inte skulle våga ställa den, men den är absolut laddad.” (Ssk25)

Känslan av olust kan även skapas på grund av egen osäkerhet. En sjuksköterska beskriver att det till följd av osäkerheten känns lättare att ställa frågan till personer där ingen misstanke om våldsutsatthet finns. Dock beskriver flertalet andra sjuksköterskor i studien det som *“opassande”* att fråga personer där ingen misstanke föreligger, vilket bidrar till att de endast ställer frågan vid misstanke om våld i nära relation.

“Om misstanke finns, ställer inte frågan till alla patienter” (ssk14)

Resultatet visar att det finns en rädsla för att kränka kvinnorna när frågan om våld ställs samt att det förekommer oro över att kvinnor som ej lever i våldsutsatt relation skulle *“uppleva det som jobbigt”* att få frågan. Detta beskrivs vidare av två sjuksköterskor som upplever att patienten kan tro att man *“misstänker något”* trots att så inte är fallet.

Vilja att hjälpa

Emotionella aspekter som påverkar om frågan ställs var sjuksköterskornas starka vilja att hjälpa. Flera beskrev bredden i mäns våld mot kvinnor. Att de säkert är *“mycket mer utbrett än vad vi tror”*, att personer i alla åldrar utsätts samt att även män lever i destruktiva förhållanden. Trots att frågan kan upplevas obekvämt att ställa framkommer det hur viktig den är. Att hjälpa någon som utsätts för våld i nära relation anses överväga den *“obekväma situationen”* med att ställa frågan.

“Man har förstått vikten av fråga, kan jag vara en av anledningarna till att en pat kommer ur ett destruktivt förhållande så ställer jag gärna en obekvämt fråga” (Ssk22)

Det finns tydliga inslag av sympati och välvilja hos sjuksköterskorna. De beskriver att om de själva varit utsatta hade de velat att någon frågade dem, att det var bättre att fråga en gång för mycket än inte alls och att om de kunde hjälpa en kvinna ur en våldsamt relation så ställde de gärna frågan. Förståelse för att en kvinna inte berättar första gången speglades också i flera svar. Vid frågan om sjuksköterskorna känner sig trygga med att ställa frågan om våld i nära relation oavsett om misstanke finns eller inte kände majoriteten sig trygga. Vidare fick de beskriva varför/varför inte.

“För att det är viktigt, att ju fler gånger frågan ställs kanske ökar chansen att en utsatt kvinna faktiskt berättar” (Ssk8)

“Jag har inget att vara rädd för utan tycker bara att jag kan hjälpa” (Ssk30)

Resultatet visar att sjuksköterskor tycker att alla bör få frågan vid inskrivningen. De var positivt inställda till att införa frågan om våld som en standardfråga till alla kvinnliga patienter som skrivs in på deras enheter. Flera kommenterade även att män bör få frågan. Sjuksköterskornas vilja att hjälpa framkommer upprepade gånger i svaren.

“Man kan ju också tänka sig att man ställer den frågan till alla oavsett kön eller ålder” (Ssk27)

Vårdrelationens betydelse

Skapa tillit och förtroende

Sjuksköterskorna i studien beskriver tillit, förtroende samt *“en bra kontakt med den drabbade”* som väsentliga faktorer för att de ska känna sig trygga med att ställa frågan om våld i nära relation. Vidare framgår av resultatet även betydelsen av att den våldsutsatta känner sig trygg när frågan ställs.

*“Att jag får bra kontakt med den drabbade och att hon känner sig trygg”
(Ssk38)*

För att uppnå tillit samt förtroende mellan sjuksköterska och patient är tid något som sjuksköterskorna anser vara viktigt. De beskriver att frågan blir lättare att ställa om tilliten och förtroendet byggs upp under en längre tid, vilket inte alltid är möjligt.

“[...] förtroendet mellan mig och pat. behöver finnas. [...] men förtroende kräver tillit. Den byggs inte upp på ett kort möte.” (Ssk16)

Resultatet visar även att patientens egna agerande och attityd mot personalen kan bidra till att sjuksköterskan inte vågar ställa frågan om våld. Om en patient är tydligt avståndstagande och inte öppnar upp för att skapa en tillitsfull relation upplever sjuksköterskorna det svårare att veta hur och om frågan skulle lyftas. I resultatet framkommer att en av fyra sjuksköterskor någon gång avstått att fråga om våld i nära relation trots misstanke.

“Kvinnan var mycket avvisande i sitt sätt mot personalen och visade tydligt att hon inte ville prata. Vågade då inte fråga.” (Ssk14)

Diskussion

Metoddiskussion

Datainsamling

Författarna diskuterade i ett tidigt skede om kvalitativ enkätstudie var rätt benämning för vad som avsågs undersökas samt vilken data som skulle samlas in. Dock anser författarna i denna studie att metoden var lämplig då syftet var att undersöka vilka faktorer som påverkar sjuksköterskor att ställa frågan om våld i nära relation.

Som tidigare nämnt beskriver Wenemark (2017) att kvalitativa enkäter med fördel kan användas för att deltagarna på ett neutralt sätt ska få möjlighet att uttrycka sig med egna ord. Detta upplevde författarna att deltagare kunde göra och det upplevdes vidare positivt att deltagarna kunde svara på enkäten anonymt. Polit och Beck (2021) lyfter att det är till fördel om studier kan genomföras anonymt samt att det borde eftersträvas oftare. Då denna studie genomfördes på respektive författares avdelning ansågs anonymt deltagande nödvändigt. Detta medförde att deltagarna kunde välja om de ville delta i studien eller inte utan att författarna fick reda på vilka som valt att delta eller inte. Deltagarna kunde även skriva fritt utan att känna sig granskade samt svara på enkäten i lugn och ro när tid fanns för dem. Vid val av enkätstudie minimeras risken för att författare och deltagare påverkas av varandra. Polit och Beck (2021) lyfter vidare att enkätstudier är positivt ur synpunkten att neutrala svar kan samlas in utan att de blivit färgade av andra respondenter eller författare.

Författarna ser både för- och nackdelar med alternativet att genomföra en intervjustudie. Då anonym kvalitativ enkätstudie valdes i denna studie gick författarna miste om möjligheten att granska deltagarnas mimik, kroppsspråk och spontana reaktioner vid frågetillfället. Vidare fanns inte möjlighet att ställa följdfrågor. Genom intervjustudie hade detta varit en del av datainsamlingen och författarna tror även att insamlad data hade blivit mer beskrivande och

detaljrik. Dock resonerade författarna att datainsamlingen vid en intervjustudie troligtvis inte hade gett några nya eller andra svar än vad som framkom i enkäterna. Vid genomförande av intervjuer hade även antalet inkluderade varit betydligt mindre då det inom ramen för uppsatsen inte hade varit möjligt att intervjua lika många personer.

Urvalet i metoden upplevde författarna som lämplig för att besvara syftet. I studien inkluderades sjuksköterskor då författarna ville fånga deras upplevelser av ämnet. Då sjuksköterskor är de som skriver in patienten på avdelningen och har möjlighet att ställa frågan om våld tillsammans med andra rutinmässiga frågor valde författarna att enbart inkludera dem och därmed exkludera undersköterskor och läkare. Trots att enbart sjuksköterskor inkluderades erhöles en bra bredd i ålder och yrkeserfarenhet. Ett aktivt val gjordes att inte fråga om kön. Detta då studien utfördes på kvinnodominerade arbetsplatser och de enstaka män som deltagit enkelt kunnat identifieras.

I denna studie skickades två påminnelser ut, vilket författarna identifierade ett behov av. Direkt efter varje påminnelse ökade svarsfrekvensen. Eftersom enkäten var anonym skickades påminnelser till alla tillfrågade deltagare, vilket innebar att även de som redan svarat på enkäten samt de som valt att inte delta fick påminnelser. Detta är det tillvägagångssättet för påminnelser som Polit & Beck (2021) rekommenderar vid anonyma enkäter. Vidare beskriver Wenemark (2017) att påminnelser är viktiga samt att antalet påminnelser som kan skickas ut beror på vilken typ av studie som genomförs. Generellt hör det till god sed att skicka ut tre påminnelser (Wenemark, 2017). Författarna har förståelse för att påminnelser kan uppfattas störande men då svarsfrekvensen ökade efter varje påminnelse var det nödvändigt för att uppnå tillräcklig svarsfrekvens.

Då sjuksköterskorna på den ena avdelningen inte kom åt e-post på sina mobiltelefoner skrevs en QR-kod ut via qualtrics. QR-koden ledde till den anonyma enkäten. Detta gjordes dock inte förrän vid sista påminnelsen. Eventuellt hade svarsfrekvensen ökat ytterligare om QR-koden funnits som alternativ på båda avdelningarna redan från start för de deltagare som velat svara via mobil eller surfplatta.

Dataanalys

Syftet med studien var initialt att ta reda på sjuksköterskors inställning till att fråga kvinnor om våld i nära relation. Efter datainsamlingen samt i början av analysprocessen uppmärksammades dock att det insamlade materialet inte svarade mot syftet, varför syftet behövde omformuleras. Vid granskning av enkätsvaren framkom beskrivningar gällande vilka hinder och möjligheter sjuksköterskorna såg i att ställa frågan om våld i nära relation. Efter konsultation med handledare skrevs därför syftet om till det nuvarande.

Enligt Polit och Beck (2021) bör forskarna vara öppna med sina förutfattade meningar och erfarenheter inom ämnet. Ämnet som studerats i detta examensarbete är något som båda författarna brinner mycket för. Författarna diskuterade därför fortlöpande under analysprocessen om sina egna förutfattade meningar samt om tankar och beskrivningar från enkätsvaren var deltagarnas faktiska upplevelser eller författarnas egna tolkningar. Båda författarna har arbetat som sjuksköterskor i sju till åtta år samt inom olika verksamheter där våldsutsatthet förekommit men aldrig diskuterats. På de arbetsplatser där författarna arbetat har varken utbildning om våld i nära relation eller rutiner för att ställa frågan funnits. Detta

har medfört en misstanke hos författarna att resultatet i denna studie skulle påvisa brister i organisationerna. Aktivt deltagande av båda författarna genom hela analysprocessen var fördelaktigt för resultatet då bådadas förutfattade meningar kunde diskuteras och hanteras.

Under tiden för analysen uppstod funderingar hos författarna gällande varför vissa frågor ställts som slutna. Vid de frågor där svarsalternativen var ja eller nej fanns efterföljande öppna frågor där deltagarna fick möjlighet att skiva svaret i text. Vissa öppna frågor visades dock enbart om deltagarna svarat ja, vilket medfört att författarna gått miste om beskrivande svar från de deltagare som svarat nej på de slutna frågorna.

Analysmetoden som tillämpats i denna studie anses lämplig då författarna, genom att söka likheter och mönster i deltagarnas svar, ville få en omfattande beskrivning av ämnet som studerats.

Styrkor och svagheter

Författarna anser, med litteraturen som grund, att studiens trovärdighet är hög. Svansfrekvensen i studien var 59 procent samt hade en god spridning i fråga om yrkeserfarenhet och ålder på deltagarna. Enligt Polit & Beck (2021) kan enkätstudier som distribueras via e-post ofta räkna med en svansfrekvens på under 50 procent.

Överförbarheten anses god inom liknande kontext. Studiens resultat kommer från två avdelningar inom kirurgisk vård där den ena avdelningen arbetar med akutsjukvård och den andra med planerad vård. Ingen av avdelningarna har rutiner över hur och när frågan om våld i nära relation ska ställas till kvinnor samt hur personalen ska gå tillväga om de får reda på information om våldsutsatthet. Vägledning i att ställa frågan om våld i nära relation finns inom psykiatri och mödravård (Socialstyrelsen, 2014). Dock kan författarna inte se liknande vägledning inom andra verksamhetsområden varför resultatet i denna studie även kan anses överförbart till andra områden än enbart kirurgisk vård. Då majoriteten av deltagarnas svar hade likartad innebörd uppnådde författarna svarsmättnad i datainsamlingen.

Tabell 4. styrkor och svagheter

Styrkor:	Svagheter:
<ul style="list-style-type: none">• Minimerat risken för att författare och forskningsperson påverkar varandra• Deltagarna hade ingen tidspress att svara på enkäten.• Stort intresse av ämnet av båda författarna.• Båda författarna var aktiva genom hela processen.	<ul style="list-style-type: none">• Spontana reaktioner, mimik och kroppsspråk kunde inte granskas.• Fanns ej möjlighet att ställa följdfrågor.• Starkt intresse av ämnet vilket kunde ge färgade tolkningar.

Resultatdiskussion

Av de 41 sjuksköterskor som deltog i studien kände sig 26 trygga med att ställa frågan om våld i nära relation. Dock visar resultatet att endast 13 av alla 41 sjuksköterskor har kunskap om hur de ska gå tillväga vid ett jakande svar på frågan om våldsutsatthet. Resultatet visar

vidare att sjuksköterskor påverkas av såväl organisatoriska aspekter såsom brist på rutiner, brist på avskilda platser att ställa frågan och tidsbrist som emotionella aspekter i form av känsla av olust och rädsla samt vilja att hjälpa. Det framkommer även att relationen mellan sjuksköterska och patient är viktig för att sjuksköterskorna ska känna sig trygga med att ställa frågan om våld i nära relation.

Organisatoriska aspekter som påverkar om frågan ställs

I resultatet framkommer att majoriteten av sjuksköterskorna känner sig trygga med att ställa frågan om våld i nära relation men att det förekommer en osäkerhet i hur de ska gå tillväga vid jakande svar. Rutiner på arbetsplatsen hade hjälpt sjuksköterskorna att bli mer trygga i att ställa frågan om våld i nära relation. Även riktlinjer och handlingsplaner för hur våldsutsatta kan hjälpas har konstaterats ha en påverkan. Att ställa frågan rutinmässigt kan bidra till att flera våldsutsatta kvinnor identifieras och blir hjälpta ur ett destruktivt förhållande. Vårdpersonal saknar strategier, rutiner, riktlinjer och utbildning om våldsutsatthet, vilka behövs för att sjuksköterskorna ska känna sig trygga med att ställa frågan om våld (Sundborg et al., 2017). I en Cochrane rapport av O'Doherty et al. (2015) framkommer att upptäckt av våldsutsatthet markant ökar när frågan ställs rutinmässigt. Dock minskar inte våldsutsattheten om rutiner kring stöd och vägledning inte finns.

Författarna i denna studie anser att tid behöver avsättas på arbetsplatserna för att skapa riktlinjer och rutiner samt samordna utbildningstillfällen för personalen. Författarna ser vidare ett behov av utbildning, vilket skulle kunna vara en uppgift för specialistsjuksköterskorna inom kirurgisk vård. Jakobsson et. al (2023) lyfter vikten av specialistsjuksköterskan vars kompetens ger dem en möjlighet att vara en del av sina kollegors professionella utveckling. I en forskningsstudie av Wemrell (2023) beskrivs vidare vikten av information och utbildning för att kunna utveckla och implementera riktlinjer om våld i hemmet. För att säkerställa spetskompetens inom sjukvården krävs engagemang samt en medveten strävan och vilja att utvecklas i sin yrkesroll. I Simone Roach (1992) theory of caring påtalas vikten av evidensbaserad och vetenskaplig kunskap för att kunna genomföra praktiska åtgärder. Resultatet i denna studie visar att sjuksköterskorna efterfrågar utbildning samt tydliga riktlinjer för att kunna utvecklas och förbättras i sin roll som sjuksköterska. Detta för att kunna ta hand om de våldsutsatta kvinnorna på ett optimalt sätt. Sundborg et al. (2018) påpekar dock i deras studie att utbildningsinsatser hade låg effekt på sjuksköterskors trygghet i arbetet med våldsutsatta.

Att ställa frågan om våld i nära relation i en öppen och lyhörd miljö, exempelvis på flersal eller i bås har i denna studie konstaterats utgöra ett hinder. På avdelningarna finns idag ett begränsat antal platser var samtal kan ske privat med patienterna, vilket författarna ser påverkar sjuksköterskornas möjlighet att ställa frågan. Vidare beskrivs tidsbrist som en hindrande faktor, vilket även resultatet i Gray et al. (2022) intervjustudie visar där personalen upplevde att de inte hade tillräckligt med tid till att ta upp och diskutera frågan om våldsutsatthet. Tidsbristen kan även bli ett hinder gällande utbildningstillfällen. Enligt Jakobsson et al. (2023) ges specialistsjuksköterskor begränsat med tid till kvalitetsförbättring, kompetensutveckling och fortbildning av kollegor, vilket är beklagligt eftersom sådan utbildning är avgörande för att höja vårdkvaliteten.

I tidigare forskning framkommer tidsbrist som den främsta faktorn vilken försvårar att frågan om våldsutsatthet ställs (Ibrahim et al., 2021; Saberi et al., 2017). I resultatet i denna studie anses dock brist på plats och möjlighet till privata samtal utan anhöriga, andra patienter eller personal närvarande som en av de främsta faktorerna.

Emotionella aspekter som påverkar om frågan ställs

I denna studie beskrev sjuksköterskorna en känsla av olust i att rutinmässigt ställa frågan om våld i nära relation. Detta då det förekom en rädsla för att kränka eller förarga de tillfrågade kvinnorna, speciellt om ingen misstanke om våld fanns. Resultatet bekräftas av Sundborg et al. (2017) som beskriver att sjuksköterskor känner rädsla för att frågan om våld i nära relation ska upplevas som kränkande. Vidare framkom det även i denna studie att de tillfrågade kvinnorna tror att sjuksköterskan misstänker något då frågan om våld ställs, vilket upplevs jobbigt för sjuksköterskorna.

Majoriteten av sjuksköterskorna i denna studie känner sig trygga med att ställa frågan om våldsutsatthet. Dock framgår det att sjuksköterskorna känner en viss osäkerhet i att ställa frågan om våld i nära relation, vilket författarna tror kan bero på osäkerhet grundad i brist på kunskap och erfarenhet. Detta lyfter även Roach som beskriver att erfarenheten skapar en moralisk medvetenhet som påverkar vilka val vi gör. För att kunna agera professionellt i komplexa vårdmöten krävs att sjuksköterskan har kunskap och färdighet (Roach, 1992). Att ställa frågan rutinmässigt hade hjälpt sjuksköterskorna förklara varför den ställs, vilket eventuellt hade avdramatiserat frågan och fått sjuksköterskorna att känna sig mer trygga med att ställa frågan om våld. Spangaro et al. (2022) beskriver att de kvinnor som fått frågan på rutin tycker att det är bra att frågan uppmärksammas och att alla får den. Swailes et al. (2017) lyfter vidare att de kvinnor som är eller varit våldsutsatta inte upplevde det som jobbigt att bli tillfrågade utan som en möjlighet till att få hjälp ur det destruktiva förhållandet.

I resultatet uppmärksammades att flera sjuksköterskor upplevde frågan om våld i nära relation som svår och känslig att ställa, vilket enligt Sundborg et al. (2017) kan leda till att sjuksköterskorna tvekar till att ställa frågan. I denna studie framkom dock en stark vilja att ställa frågan om våld i nära relation och flera sjuksköterskor beskrev att de gärna ställde en obekväm fråga i syfte att kunna hjälpa en kvinna ur ett destruktivt förhållande. Detta tror författarna beror på att sjuksköterskorna ser frågan som viktig att uppmärksamma samt som en viktig del i sin roll som sjuksköterska.

Viljan bland sjuksköterskorna att ställa den obekväma frågan i syfte att hjälpa patienten speglar också sjuksköterskornas samvete att göra det rätta, vilket är ett av de centrala begreppen från Roachs teori (Roach, 1992).

Vårdrelationens betydelse

Att sjuksköterskorna har förståelse för att de kan hjälpa samt göra skillnad för våldsutsatta kvinnor framkommer tydligt i studiens resultat. Vidare beskriver flera betydelsen av trygghet och tillit i vårdrelationen mellan sjuksköterska och patient för att kunna diskutera frågan om våld i nära relation. För att ställa frågan om våld i nära relation krävs att sjuksköterskorna känner att kvinnan har tillit och förtroende till dem. Sundborg et al. (2017) beskriver att om förtroendet inte finns ökar risken för att kvinnorna väljer att inte berätta om sin utsatthet. Vidare beskriver Pratt-Eriksson et al. (2014) att en dålig vårdrelation, där kvinnorna inte

känner sig tagna på allvar, kan medföra att kvinnorna ångrar att de berättat om sin våldsutsatthet, vilket kan orsaka ytterligare lidande. Det framkommer i resultatet i denna studie att sjuksköterskorna är medvetna om betydelsen i att skapa tillit och förtroende i vårdrelationen.

Likt resultatet i denna studie framkommer det även i Sundborg et al. (2017) att frågan upplevs svår att ställa under ett kort första möte med kvinnan där förtroende inte har fått tid att byggas upp. Vidare beskriver Sundborg et al. (2017) att förtroende skapas när sjuksköterskorna var närvarande, lyssnande samt gav kvinnorna full uppmärksamhet. Det är viktigt att sjuksköterskan visar empati samt att både sjuksköterskan och patienten upplever att de kan mötas som individer och förstå varandras erfarenheter. Sjuksköterskan bör även ha förtroende samt en tillit till att den professionella närvaron kan göra skillnad (Roach, 1992).

Sjuksköterskorna i denna studie lyfte både organisatoriska och emotionella hinder till att skapa förtroendefulla vårdrelationer. Författarna tror att det genom avsatt tid för utbildning och förbättringsarbete kan optimera dessa situationer.

Slutsatser och implikationer

Sjuksköterskor känner både organisatoriska och emotionella hinder till att ställa frågan om våld i nära relation till kvinnor. Trots detta upplever sjuksköterskorna en vilja att ställa frågan och hjälpa kvinnor som lever i våldsutsatthet. Vidare finns förståelse för vikten av en god vårdrelation samt tiden och engagemanget som behövs för att skapa ett förtroende.

Dock behövs stöd och resurser från verksamheten för att upptäcka och förebygga mäns våld mot kvinnor.

Med resultatet från denna studie kan arbetsplatserna påverkas i en riktning mot regelbundna utbildningar samt framtagande av riktlinjer och rutiner anpassade för kirurgiska vårdavdelningar. Detta kan komma att ha betydelse för såväl sjuksköterskorna som de kvinnor som lever i destruktiva förhållanden då fler sjuksköterskor kommer våga fråga samt ha kunskap i att hantera svaret.

Författarna i denna studie anser att det behövs vidare forskning inom ämnet. Då det redan finns mycket forskning om barriärer i mötet och arbetet med våldsutsatta bör vidare forskning förslagsvis behandla effekterna av stöd, utbildning, rutiner och riktlinjer för sjuksköterskor. Detta kan genomföras som projekt där verksamheter implementerar och utvärderar specifika åtgärder i syfte att förbättra organisatoriska och emotionella hinder gällande att ställa frågan om våld i nära relation. Då tidigare forskning har visat att utbildningsinsatser har låg effekt på sjuksköterskors trygghet i att ställa frågan om våld bör vidare forskning även undersöka vilka åtgärder som har störst effekt för att kunna applicera rätt åtgärder i verksamheterna baserade på evidens.

Referenslista

- Brottsbalk.* (SFS 1962:700). Justitiedepartementet. https://www.riksdagen.se/sv/dokument-och-lagar/dokument/svensk-forfattningssamling/brottsbalk-1962700_sfs-1962-700/#K6
- Brottsförebyggande rådet. (2023). Konstaterade fall av dödligt våld. En granskning av anmält dödligt våld 2022. <https://bra.se/publikationer/arkiv/publikationer/2023-03-30-konstaterade-fall-av-dodligt-vald.html>
- Campbell J. C. (2002). Health consequences of intimate partner violence. *Lancet*, 359(9314), 1331–1336. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(02\)08336-8](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(02)08336-8)
- Carlsson, L., Lysell, H., Enander, V., Örmon, K., Lövestad, S., & Krantz, G. (2021). Socio-demographic and psychosocial characteristics of male and female perpetrators in intimate partner homicide: A case-control study from Region Västra Götaland, Sweden. *PloS one*, 16(8), e0256064. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0256064>
- 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: official journal of the Society for Academic Emergency Medicine*, 26(9), 1052–1062. <https://doi.org/10.1111/acem.13721>
- Dufort, M., Gumpert, C. H., & Stenbacka, M. (2013). Intimate partner violence and help-seeking--a cross-sectional study of women in Sweden. *BMC public health*, 13, 866. <https://doi.org/10.1186/1471-2458-13-866>
- Dufort, M., Stenbacka, M., & Gumpert, C. H. (2015). Physical domestic violence exposure is highly associated with suicidal attempts in both women and men. Results from the national public health survey in Sweden. *European journal of public health*, 25(3), 413–418. <https://doi.org/10.1093/eurpub/cku198>
- Etikprövningsmyndigheten. (u.å.). *Forskningsperson*. <https://etikprovningmyndigheten.se/for-forskningsperson/>
- European Institute for Gender Equality (28 oktober 2021). *The costs of gender-based violence in the European Union*. <https://eige.europa.eu/publications-resources/publications/costs-gender-based-violence-european-union>
- Graneheim, U. H., Lindgren, B-M., & Lundman, B. (2017). Methodological challenges in qualitative content analysis: A discussion paper. *Nurse Education Today*, 56, 29-34. <https://doi.org/10.1016/j.nedt.2017.06.002>
- Graneheim U. H., & Lundman, B. (2004). Qualitative content analysis in nursing research: concepts, procedures and measures to achieve trustworthiness. *Nurse Education Today*, 24(2), 105–112. <https://doi.org/10.1016/j.nedt.2003.10.001>
- Gray, S., Foster, J., Revilla, M., Pantoja Manzanarez, L., Medina, C. M., Rizzieri, A., & Binfa, L. (2022). Midwives' experiences with screening for intimate partner violence in Santiago, Chile. *Health care for women international*, 43(7-8), 746–762. <https://doi.org/10.1080/07399332.2020.1797033>
- Gümüşsoy, S., Dönmez, S., Ekşi, A., & Dal, N. A. (2021). Relationship of knowledge about and attitudes towards violence with recognition of violence against women among health staff in pre-hospital emergency medical services. *International emergency nursing*, 56, 100975. <https://doi.org/10.1016/j.ienj.2021.100975>

- Hälso- och sjukvårdslag* (SFS 2017:30). Socialdepartementet.
https://www.riksdagen.se/sv/dokument-lagar/dokument/svensk-forfattningssamling/halso--och-sjukvardslag_sfs-2017-30
- Ibrahim, E., Hamed, N., & Ahmed, L. (2021). Views of primary health care providers of the challenges to screening for intimate partner violence, Egypt. *Eastern Mediterranean health journal = La revue de sante de la Mediterranee orientale = al-Majallah al-sihhiyah li-sharq al-mutawassit*, 27(3), 233–241.
<https://doi.org/10.26719/emhj.20.125>
- Jakobsson, J., Jangland, E., Engström, M., Malmström, M., & Drott, J. (2023). Work conditions influencing professional development of specialist nurses in surgical care explored using the Job Demand-Resources theory: A qualitative study. *Journal of advanced nursing*, 79(7), 2610–2621.
<https://doi.org/10.1111/jan.15618>
- Joseph, B., Kahlil, M., Zangbar, B., Kulvatunyoun, N., Orouji, T., Pandit, V., O’Keeffe, T., Tang, A., Gries, L., Friese, R. S., Rhee, P., & Davis, J. W. (2015). Prevalence of Domestic Violence Among Trauma Patients. *JAMA Surg*, 150(12), 1177–1183.
<https://doi.org/10.1001/jamasurg.2015.2386>
- Jämställdhetsmyndigheten. (u.å.). *Mäns våld mot kvinnor*.
<https://jamstalldhetsmyndigheten.se/mans-vald-mot-kvinnor/>
- Jämställdhetsmyndigheten. (21 september 2023). *Information om våldsutsatthet*.
<https://jamstalldhetsmyndigheten.se/mans-vald-mot-kvinnor/information-om-valdsutsatthet/>
- Lag om etikprövning av forskning som avser människor* (SFS 2003:460). Utbildningsdepartementet. https://www.riksdagen.se/sv/dokument-lagar/dokument/svensk-forfattningssamling/lag-2003460-om-etikprovning-av-forskning-som_sfs-2003-460
- Lövestad, S., Löve, J., Vaez, M., & Krantz, G. (2017). Prevalence of intimate partner violence and its association with symptoms of depression; a cross-sectional study based on a female population sample in Sweden. *BMC public health*, 17(1), 335.
<https://doi.org/10.1186/s12889-017-4222-y>
- Nationella föreningen för specialistsjuksköterskor i kirurgisk vård. (2014). *Kompetensbeskrivning legitimerad sjuksköterska med specialistsjuksköterskeexamen med inriktning mot kirurgisk vård*.
https://nfsk.se/sites/default/files/relaterade-filer/tillampningsanvisning_med_praktiska_exempel.pdf
- Nationellt Centrum för Kvinnofrid. (12 maj 2023a). *Våld i nära relationer*.
<https://www.nck.uu.se/kunskapsbanken/amnesguider/vald-i-nara-relationer/vald-i-nara-relationer/>
- Nationellt Centrum för Kvinnofrid. (4 maj 2023b). *Våldets uttryck och mekanismer*.
<https://www.nck.uu.se/kunskapsbanken/amnesguider/vald-i-nara-relationer/valdets-uttryck-och-mekanismer/>
- Nybergh, L., Taft, C., Enander, V., & Krantz, G. (2013). Self-reported exposure to intimate partner violence among women and men in Sweden: results from a population-based survey. *BMC public health*, 13, 845. <https://doi.org/10.1186/1471-2458-13-845>
- O’Doherty, L., Hegarty, K., Ramsay, J., Davidson, L.L., Feder, G., & Taft, A. (2015). Screening women for intimate partner violence in healthcare settings. *Cochrane*

- Database of Systematic Reviews*, 2015(7), CD007007.
<https://doi.org/10.1002/14651858.CD007007.pub3>
- Offentlighets- och sekretesslag*. (SFS 2009:400). Justitiedepartementet.
https://www.riksdagen.se/sv/dokument-och-lagar/dokument/svensk-forfattningssamling/offentlighets-och-sekretesslag-2009400_sfs-2009-400/#K2
- Petersson, C., Swahnberg, K., Peterson, U., & Oscarsson, M. (2021). Experience of violence and self-rated health: Do youths disclose their experiences when visiting a Youth Centre in Sweden. *Scandinavian Journal of Public Health*, 49(3), 277-284.
- Polismyndigheten. (20 april 2020). *Det här är brott i nära relation*. <https://polisen.se/utsatt-for-brott/olika-typer-av-brott/brott-i-nara-relation/vad-raknas-som-brott-i-en-nara-relation/>
- Polit, D. F., & Beck, C. T. (2021). *Nursing Research: Generating and Assessing Evidence for Nursing Practice* (11 uppl.). Wolters Kluwer.
- Pratt-Eriksson, D., Bergbom, I., & Lyckhage, E. (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), 23166. <https://doi.org/10.3402/qhw.v9.23166>
- Roach, M. (1992). *The human act of caring : A blueprint for the health professions* (Rev. ed.). Ottawa, Ont.: Canadian Hospital Association Press.
- Saberi, E., Eather, N., Pascoe, S., McFadzean, M. L., Doran, F., & Hutchinson, M. (2017). Ready, willing and able? A survey of clinicians' perceptions about domestic violence screening in a regional hospital emergency department. *Australasian emergency nursing journal*, 20(2), 82–86.
<http://dx.doi.org/10.1016/j.aenj.2017.02.001>
- Socialstyrelsen. (oktober 2014). *Att vilja se, vilja veta och att våga fråga: Vägledning för att öka förutsättningarna att upptäcka våldsutsatthet*.
<https://www.socialstyrelsen.se/globalassets/sharepoint-dokument/artikelkatalog/vagledning/2014-10-30.pdf>
- Socialstyrelsen. (12 maj 2023). *Att upptäcka och ställa frågor om våld i nära relationer*.
<https://www.socialstyrelsen.se/kunskapsstod-och-regler/omraden/vald-och-brott/vald-i-nara-relationer/upptacka-vald/>
- Socialstyrelsen. (29 juni 2023). *Våld i nära relationer*.
<https://www.socialstyrelsen.se/kunskapsstod-och-regler/omraden/vald-och-brott/vald-i-nara-relationer/>
- Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd om våld i nära relationer* (HSLF-FS 2022:39). Socialstyrelsen. <https://www.socialstyrelsen.se/globalassets/sharepoint-dokument/artikelkatalog/foreskrifter-och-allmanna-rad/2022-6-7967.pdf>
- Spangaro, J., Vajda, J., Klineberg, E., Lin, S., Griffiths, C., McNamara, L., Saberi, E., Field, E., & Miller, A. (2022). Emergency Department staff experiences of screening and response for intimate partner violence in a multi-site feasibility study: Acceptability, enablers and barriers. *Australasian emergency care*, 25(3), 179–184. <https://doi.org/10.1016/j.auec.2021.12.004>
- Sprague, S., Bhandari, M., Della Rocca, G. J., Goslings, J. C., Poolman, R. W., Madden, K., Simunovic, N., Dosanjh, S., & Schemitsch, E. H. (2013). Prevalence of abuse and intimate partner violence surgical evaluation (PRAISE) in orthopaedic fracture clinics: a multinational prevalence study. *Lancet*, 382(9895), 866–876.
[https://doi-org.ezproxy.ub.gu.se/10.1016/S0140-6736\(13\)61205-2](https://doi-org.ezproxy.ub.gu.se/10.1016/S0140-6736(13)61205-2)

- Sundborg, E., Törnkvist, L., Saleh-Stattin, N., Wändell, P., & Hylander, I. (2017). To ask, or not to ask: the hesitation process described by district nurses encountering women exposed to intimate partner violence. *Journal of clinical nursing*, 26(15-16), 2256–2265. <https://doi.org/10.1111/jocn.12992>
- Sundborg, E., Törnkvist, L., Wändell, P., & Saleh, S. N. (2018). Impact of an educational intervention for district nurses about preparedness to encounter women exposed to intimate partner violence. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 32(2), 902–913. <https://doi-org.ezproxy.ub.gu.se/10.1111/scs.12521>
- Svensk sjuksköterskeförening. (16 augusti 2023). *Kompetensbeskrivning för legitimerad sjuksköterska*. <https://swenurse.se/publikationer/kompetensbeskrivning-for-legitimerad-sjukskoterska>
- Swailles, A. L., Lehman, E. B., & McCall-Hosenfeld, J. S. (2017). Intimate partner violence discussions in the healthcare setting: A cross-sectional study. *Preventive medicine reports*, 8, 215–220. <https://doi.org/10.1016/j.pmedr.2017.10.017>
- Taylor, J., Bradbury-Jones, C., Kroll, T., & Duncan, F. (2013). Health professionals' beliefs about domestic abuse and the issue of disclosure: A critical incident technique study. *Health & Social Care in the Community*, 21(5), 489-499. <https://doi.org/10.1111/hsc.12037>
- Utredningen som ska föreslå en nationell strategi för mot mäns våld mot kvinnor. (2015). *Nationell strategi mot mäns våld mot kvinnor och hedersrelaterat våld och förtryck* (SOU 2015:55). Fritzes Offentliga Publikationer. https://www.regeringen.se/contentassets/738becd6961e4a3d8d986c00b8c8bc9e/nationell-strategi-mot-mans-vald-mot-kvinnor-och-hedersrelaterat-vald-och-fortryck-sou_2015_55.pdf
- Van der Wath, A., Van Wyk, N., & Janse van Rensburg, E. (2013). Emergency nurses' experiences of caring for survivors of intimate partner violence. *Journal of Advanced Nursing*, 69(10), 2242-2252. <https://doi.org/10.1111/jan.12099>
- Wemrell, M., Tegel, E., Öberg, J., & Ivert, A. K. (2023). Assessing the use of clinical guidelines against domestic violence in southern Sweden: A mixed-methods study. *Scandinavian journal of caring sciences*, 37(3), 828–841. <https://doi.org/10.1111/scs.13168>
- Wenemark, M. (2017). *Enkätmetodik med respondenten i fokus* (1 uppl.). Studentlitteratur.
- Willis, G.B. & Lessler J. T. (1999). *Questionnaire Appraisal System QAS-99*. Rockville, MD: Research Triangle Institute.
- World Health Organization. (9 januari 2014). *Global status report on violence prevention 2014*. <https://www.who.int/publications/i/item/9789241564793>
- World Health Organization. (u.å.). *The VPA Approach*. <https://www.who.int/groups/violence-prevention-alliance/approach>
- World Medical Association. (6 september 2022). *WMA Declaration of Helsinki - Ethical principles for medical research involving human subjects*. <https://www.wma.net/policies-post/wma-declaration-of-helsinki-ethical-principles-for-medical-research-involving-human-subjects/>

Bilaga 1 Forskningspersoninformation



GÖTEBORGS UNIVERSITET

Examensarbets titel:

Våga fråga! En kvalitativ enkätstudie om sjuksköterskors inställning till att fråga kvinnor om våld i nära relation.

Information till forskningspersonerna

Vi är två sjuksköterskor som läser specialistsjuksköterskeutbildning med inriktning mot kirurgisk vård. I utbildningen ingår att genomföra ett magisterexamensarbete.

Vi söker nu dig som arbetar som legitimerad sjuksköterska på en kirurgisk avdelning och kan tänka dig att dela med dig av dina tankar om att fråga kvinnliga patienter om våld i nära relation.

Här kommer information som är viktig för dig som deltar.

Vad är det för projekt och varför vill ni att jag ska delta?

I Sverige mördas i snitt en kvinna i månaden av en person hon är eller har varit i en nära relation med. Nio av tio kvinnor har kort innan mordet varit i kontakt med polis, socialtjänst eller hälso- och sjukvård. Vi som arbetar inom vården möter dessa kvinnor, trots att det inte alltid är uppenbart.

Sveriges regering har ett uppsatt mål om att våld mot kvinnor ska upphöra. Dock är våldet mot kvinnor inte bara ett nationellt problem utan ett globalt problem som behöver bekämpas. För att det ska vara möjligt att uppnå är det viktigt att tidigt kunna identifiera tecken på våld, vi är därför intresserade av att ta reda på din inställning till att fråga kvinnor om våld i nära relation.

Eftersom du jobbar som legitimerad sjuksköterska på en avdelning som bedriver kirurgisk vård tillfrågar vi dig att delta.

Hur går studien till?

Ett deltagande innebär att du anonymt svarar på en digital enkät innehållande både slutna och öppna frågor om din inställning till att fråga kvinnor om våld i nära relation. Enkäten kan besvaras när som helst under den angivna svarsperioden via en länk som öppnas på din telefon, surfplatta eller dator. Enkäten beräknas ta cirka 15 minuter att besvara.

Möjliga följder och risker med att delta i studien

Medverkan i denna studie kan bidra med kunskap och förståelse om sjuksköterskors tankar om ämnet, vilket i sin tur kan bidra till att ämnet lyfts och diskuteras mer på arbetsplatserna. Genom att undersöka sjuksköterskors inställning till att fråga kvinnor om våld kan eventuella behov av förbättringsarbeten uppmärksammas.

Risker med att delta i studien kan vara om du har tidigare erfarenheter av våldsutsatta kvinnor i privat- eller arbetslivet. Dessa tidigare erfarenheter kan skapa känslosamma minnen eller



GÖTEBORGS UNIVERSITET

obehag. Om du under ditt deltagande upplever det jobbigt och känslösamt behöver du inte fullfölja, det är frivilligt att delta. Verksamhets- och enhetschef på avdelningen är informerade om studiens eventuella risker. Om du känner ett behov av stöd kan du vända dig till dem för hjälp med upprättande av en stödplan.

Vad händer med mina uppgifter?

Enkätsvaren kommer behandlas så att obehöriga inte kan ta del av dem. De digitala enkäterna förvaras i ett lösenordskyddat program som bara studieansvariga har tillgång till. Alla enkät svar kommer att kasseras efter att examensarbetet blivit godkänt.

Data och personuppgifter i studien hanteras i enlighet med EU:s dataskyddsförordning, General Data Protection Regulation (GDPR) och Europaparlamentets och rådets förordning (EU) 2016/679.

Göteborgs universitet har ett dataskyddsombud som kan nås via e-post: dataskydd@gu.se, eller telefon: 031-786 00 00.

Hur får jag information om resultatet av studien?

Examensarbetet kommer att presenteras muntligt vid Institutionen för vårdvetenskap och hälsa i januari 2024. Examensarbetet kommer att bli publicerat i universitetets databas för uppsatser (www.gupea.ub.gu.se) och ett skriftligt exemplar kommer att arkiveras på Institutionen för vårdvetenskap och hälsa, Sahlgrenska Akademin, Göteborgs Universitet. Ett skriftligt exemplar kommer även finnas tillgängligt på medverkande avdelningar.

Försäkring och ersättning

Ingen ersättning erbjuds.

Deltagandet är frivilligt

Genom att aktivt gå in på länken och svara på enkäten godkänner du ditt deltagande i studien. Deltagandet är helt frivilligt och du kan när som helst avbryta enkäten. Om du väljer att avbryta behöver du inte uppge varför.



GÖTEBORGS UNIVERSITET

Ansvariga:

Elin Andreasson

Specialistsjuksköterskeprogrammet med inriktning mot kirurgisk vård på Sahlgrenska
Akademin vid Göteborgs Universitet.

gusandeldb@student.gu.se

Emmy Byman

Specialistsjuksköterskeprogrammet med inriktning mot kirurgisk vård på Sahlgrenska
Akademin vid Göteborgs Universitet.

gusbymem@student.gu.se

Handledare:

Nabi Fatahi, Universitetslektor vid institutionen för vårdvetenskap och hälsa.

Nabi.fatahi@gu.se

031-786 60 02

Bilaga 2 Enkätfrågor

Q1 Ålder

- 20-29 år
- 30-39 år
- 40-49 år
- >50 år

Q2 År som färdigutbildad sjuksköterska

- <1 år
- 1-5 år
- 6-10 år
- 11-15 år
- >15 år

Q3 Har du någon specialistsjuksköterskeutbildning?

- Ja
- Nej

Q4 Har du genomgått någon utbildning och/eller kurs om våld i nära relation?

- Ja
- Nej

Visa denna fråga:

If Har du genomgått någon utbildning och/eller kurs om våld i nära relation? = Ja

Q5 Berätta gärna var Ex. på arbetsplatsen, i sjuksköterskeutbildningen m.m

Q6 Känner du dig trygg med att ställa frågan om våld i nära relation oavsett om misstanke finns eller inte?

Enligt Nationellt centrum för kvinnofrid (2023) innebär våld i nära relation att upprepat bli skadad, skrämmd, kränkt och kontrollerad av en person, oftast sin partner. Våldet kan exempelvis vara fysiskt, psykiskt, sexuellt eller materiellt

- Ja
- Nej

Q7 Beskriv varför

Q8 Känner du några emotionella och/eller praktiska hinder till att ställa frågan om våld i nära relation?

- Ja
- Nej

Visa denna fråga:

If Känner du några emotionella och/eller praktiska hinder till att ställa frågan om våld i nära rela... = Ja

Q9 Beskriv vilka hinder

Q10 Finns det något annat som påverkar om du ställer frågan eller inte?

Q11 Vad skulle underlätta för dig att ställa frågan om våld i nära relation?

Q12 Vet du hur du ska gå tillväga om en kvinna berättar för dig att hon utsatts för någon typ av våld i nära relation?

- Ja
- Nej

Q13 Har du vid något tillfälle haft misstanke om att en kvinna är våldsutsatt men avstått från att fråga?

- Ja
- Nej

Visa denna fråga:

If Har du vid något tillfälle haft misstanke om att en kvinna är våldsutsatt men avstått från att fr... = Ja

Q14 Berätta gärna varför du avstod

Q15 Hur ser du på att införa en rutin där alla kvinnor som skrivs in får frågan om våld i nära relation?

Q16 Har du något mer du vill tillägga eller tycker är viktigt att framföra?
