GÖTEBORGS UNIVERSITET

SAHLGRENSKA AKADEMIN

INSTITUTIONEN FÖR VÅRDVETENSKAP OCH HÄLSA

HINDER FÖR SJUKSKÖTERSKOR VID IDENTIFIERING AV VÅLD I NÄRA RELATION PÅ AKUTMOTTAGNING

En litteraturstudie

Edit Adrell, Hanna Bengtsson & Lina Börjesson

Uppsats/Examensarbete:	15 hp
Program och/eller kurs:	Sjuksköterskeprogrammet
Nivå:	Grundnivå
Termin/år:	Vt/2025
Handledare:	Catarina Wallengren
Examinator:	Nabi Fatahi
	Institutionen för Vårdvetenskap och hälsa

Förord

Vi vill rikta ett stort tack till vår handledare Catarina Wallenberg, för hennes stöd och vägledning genom arbetet. Vi vill även tacka varandra för ett bra samarbete under en lärorik tid.

Abstrakt

Bakgrund: Våldsutsatthet bland kvinnor är förenat med allvarlig ohälsa och ökad vårdkonsumtion. Trots detta förblir våld ofta oupptäckt inom hälso- och sjukvården. För att förbättra omhändertagandet krävs därför ökad kunskap om de hinder sjuksköterskor på akutmottagningen möter i sitt identifieringsarbete. **Metod:** Studien är en allmän litteraturöversikt baserad på åtta artiklar av både kvalitativ och kvantitativ metod, vilka analyserades med tematisk analysmetod. Sökningar gjordes i PubMed och CINAHL. **Resultat:** Tre kategorier identifierades till temat hinder. *Inneboende hinder hos sjuksköterskan, patientrelaterade hinder,* samt *strukturella och organisatoriska hinder.* Vidare identifierades tio underkategorier som placerades under respektive kategori. **Slutsats:** Sjuksköterskornas förmågor att identifiera våldsutsatta kvinnor påverkas negativt av flera hinder kopplat till strukturella och individuella nivåer. För att främja sjuksköterskornas förmåga att upptäcka våldsutsatthet krävs därmed både strukturellt stöd och professionell utveckling.

Nyckelord

Akutmottagning, Hinder, Identifiering, Intimt Partnervåld, Kvinnor, Lidande, Screening, Sjuksköterskor, Våld i hemmet

Innehållsförteckning

Introduktion 1
Bakgrund 1
Våld mot kvinnor i nära relation 1
Definitioner och begrepp 1
Konsekvenser 2
Våldets geografiska och kulturella kontext 2
Sjuksköterskans ansvar vid akut omhändertagande 3
Att screena våldsutsatthet på akutmottagningen 3
Kommunikation och vårdmiljö 3
Maktperspektivet 3
Sekretess och dokumentation 4
Den lidande människan 4
Problemformulering 5
Syfte 5
Metod 5
Design 5
Litteratursökning 5
Förarbete 5
Urval 6
Sökstrategi 6
Artikelgransking 7
Relevansgranskning 7
Kvalitetsgranskning 7
Dataanalys 7
Etiska överväganden 8
Verktyg 8
Resultat 9
Inneboende hinder hos sjuksköterskan 9
Värderingar, attityder och fördomar 9
Könsskillnader vid screening 10
Förmågor och självtillit 11
Emotionell belastning 11
Patientrelaterade hinder 11
Patientgrupper med låg screeningfrekvens 12
Subtila eller svårtolkade tecken på våld 12

Språk, kommunikation och samtal 12
Strukturella och organisatoriska hinder 12
Kunskapsbrister och utbildningsbehov 13
Lokala riktlinjer och policys 13
Brist på avskildhet och ogynnsamma vårdmiljöer 14
Diskussion 14
Metoddiskussion 14
Design 15
Datainsamling 15
Kvalitetsgranskning 16
Dataanalys 16
Verktyg 17
Resultatdiskussion 17
Inneboende hinder hos sjuksköterskan 17
Organisatoriska hinder 18
Lidande 19
Slutsatser 20
Kliniska implikationer 20
Vidare forskning 20
Referenser 21
Bilagor 25

Introduktion

Våld i nära relationer är ett omfattande folkhälsoproblem och en kränkning av mänskliga rättigheter. Uppskattningsvis utsätts var tredje kvinna någon gång för fysiskt, psykiskt eller sexuellt våld. Till skillnad från våldet mot män, sker våldet mot kvinnor oftast dolt i hemmet, och förövaren är i regel en nuvarande eller tidigare partner. Våldet mot kvinnor medför allvarliga fysiska och psykiska konsekvenser och har i högre grad dödlig utgång. Även om samhällets syn på våld i nära relationer har förändrats finns det fortfarande stora utmaningar i att upptäcka och stödja de kvinnor som utsätts. Hälso- och sjukvårdspersonal, särskilt på akutmottagningar, spelar en avgörande roll i att identifiera våldsutsatta kvinnor och därmed möjliggöra insatser som kan bryta den pågående våldscykeln.

Bakgrund

Våld mot kvinnor i nära relation

Definitioner och begrepp

Förenta nationerna (FN) definierar våld mot kvinnor som:

”*any act of gender-based violence that results in, or is likely to result in, physical, sexual or psychological harm or suffering to women, including threats of such acts, coercion or arbitrary deprivation of liberty, whether occurring in public or in private life”* (Förenta Nationerna, 1993, art. 1).

World Health Organization (WHO) som använder definitionen ovan, beskriver vidare våldet mot kvinnor som en allvarlig kränkning av mänskliga rättigheter, samt som ett globalt folkhälsoproblem där en av tre kvinnor under sin livstid förväntas falla offer. I jämförelse med kvinnors våld mot män, är mäns våld mot kvinnor i regel grövre, mer frekvent, och leder i högre utsträckning till allvarliga skador och död. Vidare leder våldet mot kvinnor till långsiktiga samhälleliga konsekvenser. Förutom ekonomisk belastning till följd av sjukvård, sociala insatser och produktionsbortfall kopplat till sjukdom och dödlighet, ökar risken att barn exponerade för våld i hemmet, själva begår våldshandlingar i vuxen ålder. Detta bidrar sammantaget till en kontinuerlig våldscykel som riskerar att vidmakthålla och förstärka problemet över generationer (WHO, 2021).

Vidare utövas våldet vanligtvis av en närstående, oftast så kallat *intimate partner violence* (IPV), eller *domestic violence* (DV). IPV avser handlingar och övergrepp från en nuvarande eller tidigare partner medan DV även inkluderar våld från övriga familjemedlemmar eller närstående. Våldet förekommer i alla partner- eller familjekonstellationer och drabbar kvinnor från alla samhällsklasser, i alla åldrar (WHO, 2021). Fortsättningsvis ökar våldets intensitet med tiden och blir till en både förväntad, och accepterad del av kvinnans vardag. Denna normaliseringsprocess, tillsammans med rådande stigmatisering, traditionella könsnormer och strukturella hinder, gör det ytterst svårt för kvinnorna att bryta sig loss från den destruktiva relationen. Våldet blir därmed pågående över tid och resulterar i ohälsa och lidande (Lundgren, 2012).

Konsekvenser

Våldet mot kvinnor medför omfattande fysiska, psykiska, sociala och ekonomiska konsekvenser, och påverkar därav flera aspekter av kvinnornas liv. Skadorna kan dessutom både vara akuta och långsiktiga (WHO, 2021). Somatisk sjukdom till följd av våld inkluderar vanligtvis olika typer av smärta, urologiska eller gastrointestinala besvär. De våldsutsatta kvinnorna löper vidare ökad risk för oönskade graviditeter, sexuellt överförbara infektioner och gynekologiska sjukdomar. Vid graviditet ökar dessutom sannolikheten för missfall, prematur födsel och förlossningsdepression (White m.fl., 2024; WHO, 2021).

Utöver fysiska konsekvenser är kvinnor utsatta för IPV fem gånger mer benägna att utveckla ett suicidalt beteende än icke våldsutsatta (White m.fl., 2024). De psykiska konsekvenserna tenderar även att bli långvariga och påverka kvinnornas självbild och emotionella hälsa negativt. Vidare är kvinnor utsatta för framförallt fysiskt eller sexuellt våld, mer benägna att drabbas av olika ogynnsamma hälsotillstånd som posttraumatiskt stressyndrom (PTSD), ångest och depression (Elvin-Nowak m.fl., 2023). Även kognitiv påverkan förekommer, och kvinnorna är mer benägna att drabbas av minnesstörningar och nedsatt koncentrations- eller beslutsförmåga (Socialstyrelsen, 2024).

Vidare påverkas den psykiska hälsan ofta av de sociala och ekonomiska konsekvenserna våldet medför. Begränsad rörelsefrihet och social isolering riskerar att underminera kvinnornas tillit, samt förmåga att upprätthålla trygga och hälsosamma relationer. Därtill löper även de våldsutsatta kvinnorna ökad risk för att drabbas av bostadsinstabilitet och förlora sin ekonomiska självständighet. Något som ofta kopplas till den skuldsättning förövaren kan orsaka (Socialstyrelsen, 2024).

Våldets geografiska och kulturella kontext

Även om våld mot kvinnor är en globalt förekommande människorättskränkning, präglas dess uttryck och förekomst av kulturella kontexter och sociala konstruktioner. Dessa skillnader påverkar hur våld uppfattas, rapporteras och hanteras vilket har en direkt betydelse för sjuksköterskans identifieringsarbete. Med ökad migration och kulturell mångfald behöver sjuksköterskan vara medveten om, samt ha förståelse för hur normer och samhälleliga strukturer formar våldsutsatta kvinnors benägenhet att söka vård (Europaparlamentet, 2024).

Vidare är prevalensen av IPV högre i låg- och medelinkomstregioner som Subsahariska Afrika, Oceanien och Mellanöstern där kulturella normer och könsrelaterade maktstrukturer påverkar normaliseringen av våldet. Regionerna präglas av ekonomisk instabilitet, och har begränsad tillgång till rättsligt och socialt skydd vilket ökar kvinnornas sårbarhet. Höginkomstregioner som Väst- och Centraleuropa, Australasia och Nordamerika har lägre prevalens av IPV. Detta kan förklaras av utvecklade rättssystem, bättre tillgång till lokala stödinsatser, samt en ökad medvetenhet kring kvinnors rättigheter. Skillnaderna kan även kopplas till större sociala och politiska engagemang för att bekämpa våld, samt en kollektivt starkare vilja att främja jämställdhet (Sardinha m.fl., 2022).

I Sydafrika, där prevalensen av IPV är hög, rättfärdigas våld ofta genom patriarkala normer och idéer om hegemonisk maskulinitet. Kulturella ritualer och traditioner stärker maktstrukturer vilket försvårar för kvinnorna att ifrågasätta eller anmäla våldet (Mshweshwe, 2020). Liknande mönster har bekräftats i Asien där traditionella könsroller och låg jämställdhet bidrar till mer toleranta attityder gentemot partnervåld, samt högre förekomst av

fysiskt våld. I Europa är verbala och emotionella kränkningar vanligare vilket bekräftar att våldets uttryck varierar beroende på geografisk, kulturell och socioekonomisk kontext (Ozaki & Otis, 2017).

Hur och när kvinnor, utsatta för IPV söker hjälp beror på kulturella normer, tillgång och kännedom om offentliga stödinstanser, samt eventuella hinder som stigmatisering eller rädsla. Etniska minoritetsgrupper och migranter är mindre benägna att söka vård om skadan ej är akut, och tenderar istället att förlita sig på informellt stöd från närstående och religiösa gemenskaper. Detta leder till att kvinnornas utsatthet sällan identifieras och att deras ohälsa och lidande riskerar att fortskrida (Satyen m.fl., 2019).

Sjuksköterskans ansvar vid akut omhändertagande

Våldsutsatta kvinnor uppsöker sjukvård mer frekvent än icke våldsutsatta. Majoriteten av kvinnorna som utsätts för dödligt våld har dessutom kort före händelsen varit i kontakt med hälso- och sjukvården (Socialstyrelsen, 2024). Sjuksköterskor utgör en central roll i det akuta omhändertagandet och som en utav de första vårdgivarna kvinnorna möter bär sjuksköterskor, förutom det primära ansvaret att säkerställa omedelbara medicinska behov, ansvaret att identifiera uppenbara och subtila tecken på våldsutsatthet. Sjuksköterskor ska erbjuda adekvat vård och säkerställa att patienter får det stöd som situationen kräver. För att uppfylla detta behöver sjuksköterskor arbeta evidensbaserat, samt i enlighet med rådande lagstiftning och etiska riktlinjer (Patientsäkerhetslag, SFS 2010:659).

Att screena våldsutsatthet på akutmottagningen

Screening innebär en systematisk undersökning av en specifik population för att möjliggöra identifiering av individer med ett tillstånd som medför hög risk för framtida ohälsa. Inom hälso- och sjukvård används screening för att tidigt upptäcka risker och på så sätt möjliggöra tidiga interventioner. På akutmottagningen innebär det att hälso- och sjukvårdspersonal genom att tidigt identifiera våldsutsatta kvinnor, kan erbjuda lämpliga stöd- och skyddsinsatser (Socialstyrelsen, 2019).

Kommunikation och vårdmiljö

Vården ska ges på lika villkor med respekt för patientens självbestämmande och integritet (Hälso- och sjukvårdslagen, SFS 2017:30). För sjuksköterskor innebär det ett ansvar i att säkerställa en vårdmiljö där patienter känner sig trygga, samt ges möjlighet till att uttrycka sina behov. Samtal om våld ska därför ske utan närvarande anhöriga (Socialstyrelsen, HSLF-FS 2022:39). Även om sjuksköterskor ska skapa en miljö som främjar dialog finns det andra hinder i identifieringsarbetet. Patientrelaterade faktorer som rädsla för förövaren, känslor av skam och skuld, brist på förtroende och språkbarriärer kan hindra patienter från att berätta om sin utsatthet även om frågan ställs. Sjuksköterskors bemötande behöver därför speglas av empati, lyhördhet och professionalitet för att öka chansen till att få en fullständig anamnes (Hinsliff-Smith & McGarry, 2017).

Maktperspektivet

Att vara utsatt för våld i nära relation innebär en betydande förlust av makt och kontroll och i mötet med sjuksköterskan befinner patienten sig i ytterligare underläge. Genom att inte systematiskt ställa frågor om våld utövar därmed sjuksköterskan sin makt, och påverkar på så sätt patientens möjlighet att identifieras och få tillgång till rätt stöd. Trots sjuksköterskans

ansvar att initiera samtal om våld, visar forskning att en stor andel av patienter som sökt akutsjukvård inte tillfrågas. Samtidigt ser patienterna frågan om våld som acceptabel att få, och majoriteten är mottagliga för samtal förutsatt att sjuksköterskan tar initiativet (Simmons & Swahnberg, 2022). Vidare behöver sjuksköterskan för att motverka patientens underläge, inte enbart identifiera våldsutsattheten. Sjuksköterskan behöver även stärka patientens autonomi och delaktighet i vårdprocessen. Genom ett personcentrerat förhållningssätt där patientens individuella behov och förutsättningar beaktas, kan sjuksköterskan i större utsträckning fungera som ett godtyckligt stöd och ge adekvat rådgivning. Något som sammantaget kan bidra till att återge patienten den känsla av makt och kontroll som tidigare gått förlorat (Almerud Österberg & Rahmqvist, 2019).

Sekretess och dokumentation

Sjuksköterskor ska tillämpa etiskt omdöme vid hantering av patientinformation och journalsystem för att skydda patienters rättigheter, sekretess och integritet (Svensk sjuksköterskeförening, 2023). Sekretessen får däremot brytas utan godkännande ifall allvarlig brottsmisstanke föreligger och patienten eller andras säkerhet bedöms vara i fara, eller ifall barn riskerar att fara illa (Offentlighets- och sekretesslag, SFS 2009:400). Vidare är utförlig och objektiv dokumentation av händelseförlopp och skador av särskild betydelse vid brottsmisstanke, då journalanteckningar senare kan ha stor betydelse i både medicinskt och juridiskt hänseende (Almerud Österberg & Rahmqvist, 2019).

Den lidande människan

Utifrån Katie Erikssons teori om lidandet ses lidandet som en ofrånkomlig del av den mänskliga existensen. I sig själv saknar lidandet inneboende mening, men genom personlig förståelse kan individen tillskriva det mening. Det kroppsliga, själsliga och existentiella lidandet kan bidra till personlig utveckling om lidandet accepteras och integreras. Samtidigt kan ett outhärdligt lidande leda till existentiell stagnation. Lidandet framställs som en kamp mellan det onda och det goda, och gestaltas genom det Eriksson kallar livets drama. Processer människan genomgår för att göra lidandet hanterbart (Wiklund Gustin, 2019).

Ur ett vårdvetenskapligt perspektiv delar Eriksson in lidandet i tre huvudsakliga dimensioner. Sjukdomslidandet är direkt kopplat till sjukdom eller behandling och kan orsakas av smärta, fysisk begränsning eller den existentiella krisen sjukdomen medför. Livslidande är mer omfattande och relaterar till individens hela livssituation inklusive trauman, förluster eller upprepade negativa livshändelser. Vårdlidandet uppstår i sin tur när en patient upplever lidande till följd av vårdens bemötande eller brist på omsorg. Det kan handla om känslor av försummelse, kränkning eller maktlöshet (Wiklund Gustin, 2019). Vidare beskrivs lidandet som en rörelse från outhärdligt till uthärdligt lidande. Outhärdligt lidande kännetecknas av känslor som meningslöshet, isolering och oförmågan att uttrycka smärta. Individen upplever tillvaron som hopplös. En vändpunkt inträffar när individen istället börjar acceptera och bearbeta sin smärta i den existentiella vårdrelationen. I detta möte kan vårdgivaren genom närvaro, empati och lyhördhet hjälpa individen att sätta ord på sitt lidande. Genom att möta individen på en djupare existentiell nivå bidrar vårdgivaren till att skapa mening i lidandet. Detta innebär inte att lidandet försvinner, men lidandet kan omformas och istället bli en uthärdlig del av individens livsberättelse, snarare än en oöverstiglig börda (Rehnsfeldt & Eriksson, 2004).

Problemformulering

Våld kan orsaka allvarliga fysiska skador, likt frakturer eller sårskador som kräver omedelbar sjukvård. Våld kan även leda till långsiktig ohälsa med psykosomatiska symptom. Sjuksköterskor är vanligtvis de som först möter patienter på akutmottagningen vilket gör deras roll central i identifieringsarbetet av våldsutsatta kvinnor. Statistisk forskning visar att en betydande andel av de kvinnor som utsätts för dödligt partnervåld har varit i kontakt med hälso- och sjukvården kort före händelsen. Trots detta har hälso- och sjukvårdspersonal inte lyckats identifiera deras utsatthet. Tecken på våld uppmärksammas inte systematiskt och frågor om våldsutsatthet ställs inte rutinmässigt. Utan specifik kunskap om reaktioner och tecken på våld kan våldsutsatthet därmed enkelt missas i det akuta omhändertagandet.

Syfte

Syftet med studien är att beskriva de hinder sjuksköterskor på akutmottagningen möter vid identifiering av kvinnor utsatta för våld i nära relation.

Metod

Design

Studien är utformad som en allmän litteraturöversikt vilket innebär att arbeta strukturerat i syfte att skapa en översiktlig beskrivning av ett ämnesområde, i detta fall sjuksköterskors hinder vid identifiering av kvinnor utsatta för våld i nära relation. Arbetet har följt Fribergs mall för litteraturöversikt av kvalitativ och kvantitativ forskning (Friberg, 2022a).

Litteratursökning

Förarbete

En inledande litteratursökning genomfördes i databaserna PubMed, CINAHL och Google Scholar, som visade att både kvantitativa och kvalitativa studier fanns tillgängliga. Detta låg till grund för valet av Fribergs mall för litteraturöversikter av kvalitativ och kvantitativ forskning. Vidare kartlades relevanta begrepp och statistik genom en genomgång av myndighetssidor och teoretiska böcker (Friberg, 2022a; Hellberg & Karlsson, 2023).

SPICE-modellen användes för att strukturera forskningsfrågan då modellen är särskilt användbar för att undersöka erfarenheter och upplevelser (se Tabell 1). Den låg till grund för såväl inklusionskriterierna som de sökord som användes i databassökningen (Statens beredning för medicinsk och social utvärdering [SBU], 2023). Eftersom studien fokuserar på sjuksköterskors hinder vid identifiering av våldsutsatta kvinnor på akutmottagning, var alla delar i SPICE-modellen relevanta utom jämförelsedelen, som exkluderades.

Tabell 1 - SPICE-modellen.

SPICE	Betydelse	Vår frågeställning
S	Sammanhang	Akutmottagning
P	Population/perspektiv	Sjuksköterskor
I	Insats	Identifiering av kvinnor utsatta för våld i nära relation utfört av sjuksköterskor
C	Jämförelse	Ej aktuellt
E	Utfall	Sjuksköterskors erfarenheter och upplevelser av hinder i identifieringsprocessen

Urval

Inklusions- och exklusionskriterier formulerades med utgångspunkt i syftet, SPICE-modellen och Fribergs modell för litteraturöversikter av kvantitativ och kvalitativ forskning. Studier som inkluderades fokuserade på grundutbildade sjuksköterskors erfarenheter av hinder i identifiering av kvinnor utsatta för våld i nära relation på akutmottagning (se Tabell 1). Både kvantitativa och kvalitativa artiklar inkluderades enligt Fribergs modell (Friberg, 2022a; SBU, 2023; Östlundh, 2022). Artiklar inkluderades om de var peer reviewed originalartiklar och var skrivna på svenska eller engelska. Exkluderades gjordes artiklar som fokuserade på barn under 18 år, samt artiklar publicerade för mer än 15 år sedan. Tidsbegränsningen sattes för att fånga aktuell forskning i samband med att Istanbulkonventionen trädde i kraft 2011, vilket stärkte skyddet för våldsutsatta kvinnor inom vården (Europarådet, 2011; Östlundh, 2022).

Avgränsningen peer reviewed applicerades i databasen CINAHL. I PubMed utgicks det från att artiklarna var refereegranskade, enligt rekommendation från universitetsbibliotek. Övriga urvalskriterier hanterades manuellt under urvalsprocessen eftersom alltför strikt avgränsning i databaserna kan leda till att relevant litteratur exkluderas, särskilt nyare studier (Östlundh, 2022).

Sökstrategi

Sökstrategin utformades efter metodbeskrivning för litteratursökning, samt efter Fribergs modell för litteraturöversikt av kvantitativ och kvalitativ forskning (Friberg, 2022a). Centrala begrepp identifierades utifrån studiens syfte och strukturerades enligt SPICE-modellen. Dessa begrepp omvandlades till sökord och ämnesord med hjälp av databasspecifika tesaurusar (Östlundh, 2022).

Den egentliga litteratursökningen genomfördes i PubMed och CINAHL, två databaser valda för att täcka både det medicinska och omvårdnadsvetenskapliga perspektivet (Hellberg & Karlsson, 2023). I båda databaserna användes MeSH-termer respektive CINAHL Subject Headings för att öka träffsäkerheten, kompletterat med fritextsökning i titel- och abstractfält. Boolesk söklogik med AND och OR tillämpades för att kombinera söktermer och inledningsvis testades även sök-operatorn NOT tillsammans med *child* för att avgränsa

sökningen till studier med vuxna våldsoffer. Trunkering användes för att fånga språkliga variationer (Hellberg & Karlsson, 2023; Östlundh, 2022).

Sökord relaterade till våld i nära relation, akutmottagning, sjuksköterskor och identifiering låg till grund för söksträngarna. Trots att flera synonymer för *hinder* identifierades, exkluderades detta sökblock från den slutgiltiga sökningen då det ansågs riskera att begränsa träffbilden. Artiklar som inte behandlade hinder exkluderades istället manuellt vid urvalet. Sökstrategin preciserades genom användning av fältsökning och sökhistorik (se Bilaga 1). Sekundärsökningar genomfördes genom en granskning av referenslistor samt analys av relaterade artiklar föreslagna av databaserna, vilket resulterade i att två ytterligare artiklar inkluderades (Östlundh, 2022).

Artikelgransking

Relevansgranskning

Efter dubbletter tagits bort genomfördes en första granskning av titel och abstract. Därefter lästes resterande artiklar i fulltext. Den främsta orsaken till exklusion i detta skede var fokus på fel population. Exempelvis studier där sjuksköterskor endast utgjorde en minoritet av urvalet, eller där resultatet inte tydligt presenterade vad sjuksköterskor svarat. Artiklar exkluderades även utifrån felaktigt utfall, exempelvis när fokus inte låg på hinder. Även fel intresseområde, som dokumentation snarare än identifiering, eller om kontexten ej var relevant för studiens syfte, exempelvis prehospital vård (Friberg, 2022a). Efter exkludering av irrelevanta artiklar återstod åtta artiklar till kvalitetsgranskning.

Kvalitetsgranskning

Kvarvarande artiklar genomgick en systematisk kvalitetsgranskning med granskningsmallar utvalda efter metodansats. Kvalitativa studier granskades med en gemensam mall, medan kvantitativa granskades utifrån respektive design. Mallarna täckte bland annat problemformulering, urval, dataanalys, trovärdighet och etik (Friberg, 2022a; SBU, 2023).

Kvalitetsgranskningen utfördes separat av två personer och vid oklarheter fördes en diskussion tills enighet nåtts. Artiklarnas vetenskapliga kvalitet bedömdes utifrån en tregradig skala (hög, medelhög och låg kvalitet). Ingen artikels kvalitetsnivå bedömdes som låg och samtliga åtta artiklar inkluderades därmed i dataanalysen (Friberg, 2022a).

Dataanalys

En allmän litteraturöversikt valdes då den möjliggör en strukturerad sammanställning av både kvalitativa och kvantitativa studier, utan krav på fördjupad teoretisk analys (Friberg, 2022c). Analysen genomfördes i fyra steg med syftet att identifiera kategorier och underkategorier i det insamlade materialet, vilket möjliggjorde en ny helhet som svarar an mot studiens syfte (Friberg, 2022a).

I det första steget reducerades data genom att innehållet i varje enskild artikel noggrant granskades och sammanfattades i löpande text. Denna sammanfattning fungerade som en grund för vidare analys och säkerställde att relevant information från varje studie togs tillvara i sin helhet (Friberg, 2022a).

I det andra steget dokumenterades centrala aspekter från varje studie i en översiktstabell (se Bilaga 3). Tabellens syfte var att skapa en strukturerad och överskådlig bild av materialet som skulle analyseras vidare. De områden som inkluderades i tabellen var syfte, metod, urval, resultat och bedömd kvalitetsnivå (Friberg, 2022a).

Studierna jämfördes i det tredje steget för att identifiera likheter och skillnader i teoretisk referensram, metodval, dataanalys och syften för att få en förståelse av varje artikels karaktär. Fokus låg dock på att granska likheter och skillnader i studiernas resultat. Eftersom både kvalitativa och kvantitativa studier ingick i urvalet, delades analyserna upp mellan två personer. Ena författaren ansvarade för de kvalitativa studierna och den andra för de kvantitativa. Därefter genomfördes en gemensam genomgång och diskussion av jämförelserna för att säkerställa samförstånd och enhetlig analys (Friberg, 2022a).

I det fjärde och sista steget sammanställdes analysen genom att resultat med likartat innehåll grupperades i kategorier och underkategorier. Detta skedde med stöd i Fribergs beskrivning av analysprocessen, där innehåll med liknande innebörd grupperades för att belysa det övergripande resultatet. Denna tematiska analys låg till grund för att identifiera gemensamma mönster och variationer i sjuksköterskors arbete med identifiering av våldsutsatthet, vilket tillsammans med övriga studier bidrog till studiens sammantagna resultat. Denna sammanställning synliggjorde centrala hinder i sjuksköterskans arbete med att identifiera kvinnor utsatta för våld i nära relation på akutmottagningen. Studiens syfte kunde därmed besvaras (Friberg, 2022a).

Etiska överväganden

I enlighet med Helsingforsdeklarationen (World Medical Association [WMA], 2024) har de etiska riktlinjerna för vårdvetenskap tagits i beaktning i denna litteraturöversikt. Samtliga artiklar som inkluderats har godkänts av etiska kommittéer eller tydligt redovisat deltagarnas samtycke. Detta säkerställer att forskningen genomförts med respekt för deltagarnas rättigheter, säkerhet och integritet.

Ett etiskt ansvar har tagits för att korrekt, transparent och kritiskt hantera det inkluderade vetenskapliga materialet. Det har inneburit en kritisk granskning av studiernas trovärdighet och en reflektion kring möjliga intressekonflikter eller forskningsetiska brister. Genom att granska kvalitet med etablerade mallar samt föra en kontinuerlig reflektion i författargruppen har en minimering av risken för selektiv tolkning eller vinkling eftersträvats (SBU, 2023).

Vidare har gruppen förhållit sig till etiska principer i tolkningen av resultaten, med särskild fokus på hur sjuksköterskors agerande kan påverka kvinnors rätt till stöd. Eftersom våld i nära relationer berör strukturella faktorer och risk för ojämlik vård, är det etiskt relevant att synliggöra både hinder och förbättringsmöjligheter i sjuksköterskors agerande (SBU, 2023; Europaparlamentet, 2024).

Verktyg

För att dokumentera urvalsprocessen användes Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-Analyses (PRISMA), vilket är en vedertagen metod för att säkerställa

transparens och replikerbarhet i systematiska översiktsartiklar (Page m.fl., 2021; Östlundh, 2022). Detta illustreras i ett PRISMA-flödesschema som redovisar samtliga steg i urvalet (Bilaga 2).

Vidare hanterades referenserna i Zotero, ett referenshanteringsprogram som användes för att strukturera artiklarna samt identifiera och ta bort dubbletter. Detta underlättade relevansbedömningen och möjliggjorde en tydlig och spårbar urvalsprocess (SBU, 2023).

Fortsättningsvis har Artificiell intelligens (AI) använts som ett stödverktyg i arbetet, med syfte att effektivisera skrivprocessen och möjliggöra ett ökat fokus på analys och reflektion (Örebro universitetsbibliotek, 2024). Användningen har innefattat hjälp med översättning av engelsk text, språklig bearbetning, samt förkortningar av längre avsnitt. Den AI-genererade texten har alltid granskats och redigerats manuellt, vilket säkerställt att innehållet är korrekt, nyanserat och i linje med uppsatsens akademiska nivå.

Resultat

Litteraturöversiktens resultat är sammanställt av åtta olika studier (se Bilaga 3). Vid dataanalys identifierades tre kategorier till temat hinder. *Inneboende hinder hos sjuksköterskan, patientrelaterade hinder,* samt *strukturella och organisatoriska hinder.* De tre kategorierna delades sedan in i tio underkategorier som placerades under respektive kategori (se Tabell 2).

Tabell 2 – Resultattabell.

HINDER				
Inneboende hinder hos sjuksköterskan	Värderingar, attityder & fördomar	Könsnormer vid screening	Förmågor & självtillit	Emotionell belastning
Patientrelaterade hinder	Patientgrupper med låg screeningfrekvens	Subtila eller svårtolkade tecken på våld	Språk, kommunikation& samtal	
Strukturella & organisatoriska hinder	Kunskapsbrister & utbildnings-behov	Lokala riktlinjer & policys	Brist på avskildhet & ogynnsamma vårdmiljöer	

Inneboende hinder hos sjuksköterskan

Värderingar, attityder och fördomar

Konsensus rådde bland sjuksköterskorna som nästintill alla ansåg screening av våldsutsatta kvinnor vara något positivt och viktigt (Saberi m.fl., 2017; Spangaro m.fl., 2022; Sweeny m.fl., 2023). Däremot fanns meningsskiljaktigheter om huruvida akutmottagningen ansågs vara en lämplig plats att screena på, där 18% (n=12), 16% (n=20) och 17% (n=70) inte ansåg akutmottagningen vara rätt plats (Saberi m.fl., 2017; Spangaro m.fl., 2022; Sweeny m.fl., 2023). Det skiljde sig även åt avseende vilka sjuksköterskorna tycker ska screenas. I en studie ansåg 15,4% (n=2) att man ska screena alla på akutmottagningen. Övriga förlitade sig på att

patienterna själva skulle berätta, eller bete sig på ett så pass misstänksamt sätt att det motiverade dem att ställa frågan (Robinson, 2010). I en annan studie rapporterade 45% (n=172) att alla patienter borde screenas. Samtidigt var det 1,7% (n=8) som uppgav att de faktiskt screenade alla kvinnor på akutmottagningen. 15,9% (n=11) framhöll att de bara screenade kvinnor de bedömde vara i riskgrupp (Sweeny m.fl., 2023). Utöver skedde screeningen selektivt baserat på patientens utseende och sjuksköterskans fördomar (Robinson, 2010).

Egna känslor och erfarenheter av våld påverkade vidare screeningbenägenheten och 78,5% (n=56) av sjuksköterskorna var enbart bekväma att screena under vissa omständigheter (Saberi m.fl., 2017). Stor frustration och en ovilja att fortsätta screena tillkännagavs när kvinnorna trots samtal och stöd, inte lämnade den destruktiva relationen, utan återkommande sökte vård med nytillkomna skador (Dawson m.fl., 2019; Robinson, 2010). Sjuksköterskorna uttryckte även oro för de negativa konsekvenserna screeningen kunde medföra (Sargeant m.fl., 2023; Sweeny m.fl., 2023). 26% (n=124) befarade att frågan om våldsutsatthet skulle orsaka stress. 43% (n=171) misstänkte att kvinnorna skulle känna sig upprörda eller förolämpade (Sweeny m.fl., 2023). Flera sjuksköterskor ansåg att screeningen kunde kränka kvinnornas integritet och upplevas påträngande vilket försämrade deras initiativtagande (Leppäkoski m.fl., 2010; Robinson, 2010). Sjuksköterskor hade även delade uppfattningar om screeningens inverkan. Medan 60% (n=75) ansåg att den förbättrade vården (Spangaro m.fl., 2022), uttryckte 28% (n=112) stor oro för att den orsakade mer skada än nytta (Sweeny m.fl., 2023). En del sjuksköterskor undvek dessutom att ställa frågor av rädsla för att det skulle påverka kvinnornas framtida benägenhet att öppna upp och söka vård (Dawson m.fl., 2019).

Vidare ansåg 62% (n=78) att andra arbetsuppgifter på akutmottagningen var mer prioriterade än screening för våld i nära relation (Spangaro m.fl., 2022), och sjuksköterskorna ville inte screena ifall det innebar mer arbete för dem (Robinson, 2010). Vidare kände sjuksköterskorna sig osäkra på om det var deras ensak att fråga om våldsutsatthet (Leppäkoski m.fl., 2010). 40% (n=12) ansåg att det varken var deras uppgift eller plikt att vårda kvinnorna (Efe & Taşkın, 2012) och 17% (n=66) ansåg att kvinnornas privatliv inte var sjukvårdens ansvar (Sweeny m.fl., 2023). En del sjuksköterskor förhöll sig likgiltiga eller avvaktande till att engagera sig i frågan med uppfattningen om att det ytterst var kvinnans eget ansvar att lämna relationen (Efe & Taşkın, 2012; Robinson, 2010; Sweeny m.fl., 2023).

Stereotypa föreställningar påverkade dynamiken mellan sjuksköterskorna och de våldsutsatta kvinnorna. Något som utgjorde hinder i identifieringsarbetet (Robinson, 2010). Föreställningar om att kvinnorna inte följer direktiv eller svarar sanningsenligt till följd av skam, skuld och rädsla förekom (Leppäkoski m.fl., 2010; Robinson, 2010; Spangaro m.fl., 2022). Även generella uppfattningar om kvinnornas ovilja till att samtala om våldet fanns, vilket resulterade i känslor av uppgivelse och hopplöshet hos sjuksköterskorna (Dawson m.fl., 2019; Leppäkoski m.fl., 2010; Robinson, 2010; Spangaro m.fl., 2022).

Könsskillnader vid screening

Det råder föreställningar om att kvinnliga sjuksköterskor enklare kunde screena våldsutsatta kvinnor, samt att kvinnliga sjuksköterskor hade större chans att få ett sanningsenligt svar från kvinnorna (Dawson m.fl., 2019; Robinson, 2010; Sargeant m.fl., 2023). Manliga sjuksköterskor kände sig generellt mindre bekväma att screena och möta de emotionella aspekterna våldet medförde. Dessutom kände manliga sjuksköterskor sig obekväma med att

ställa frågor om våld, och fann det betydligt enklare att enbart behandla de fysiska skadorna kvinnorna inkom med (Robinson, 2010).

Förmågor och självtillit

Sjuksköterskornas självupplevda kompetens påverkade deras benägenhet att screena kvinnor utsatta för våld i nära relation (Saberi m.fl., 2017; Sargeant m.fl., 2023). 46% (n=157) uppgav att de hade så pass lågt självförtroende att screeningen antingen genomfördes restriktivt, eller uteblev helt (Sweeny m.fl., 2023). Låg självkänsla och osäkerhet i samtal om våld var återkommande faktorer som utgjorde hinder (Saberi m.fl., 2017; Sargeant m.fl., 2023). Vidare rapporterade flera sjuksköterskor låg komfort i att genomföra screening, och där fanns ett signifikant samband mellan känslor av obehag och låg benägenhet att ställa frågor om våldsutsatthet (Saberi m.fl., 2017). Sjuksköterskornas osäkerhet var främst kopplat till hur frågor om våld skulle ställas, eller till okunskap kring hur man skulle bemöta kvinnorna efter de berättat (Dawson m.fl., 2019; Spangaro m.fl., 2022).

Emotionell belastning

Att identifiera våldsutsatta kvinnor innebär en betydande emotionell belastning för sjuksköterskorna. Flera studier visade att känslor som frustration, hopplöshet, maktlöshet och rädsla var vanligt förekommande i samband med screeningen (Dawson m.fl., 2019; Efe & Taşkın, 2012; Leppäkoski m.fl., 2010; Robinson, 2010; Sargeant m.fl., 2023). Sjuksköterskorna uppgav även en oro för att skapa obehag, eller för att kränka kvinnornas integritet vilket sammantaget minskade deras benägenhet att initiera samtal om våld (Saberi m.fl., 2017; Sweeny m.fl., 2023). Denna oro tenderade dock att vara lägre hos sjuksköterskor som betraktade screening som en viktig uppgift i det akuta omhändertagandet (Saberi m.fl., 2017). Sjuksköterskorna lyfte vidare fram den inre konflikten mellan sin professionella roll, samt respekten för kvinnornas privatliv. Något som skapade tveksamheter kring gränsdragningar i samtalet (Leppäkoski m.fl., 2010).

Känslomässig påverkan uttrycktes även i form av otillräcklighet och misslyckande. Särskilt när kvinnorna inte ville öppna upp sig eller lämna den våldsamma relationen (Dawson m.fl., 2019; Robinson, 2010; Sargeant m.fl., 2023). Upprepad kontakt med samma kvinnor i det akuta omhändertagandet upplevdes som mentalt påfrestande och påverkade sjuksköterskornas förmåga att förhålla sig objektiva och icke-dömande (Dawson m.fl., 2019). Vidare rapporterade 30% (n=9) av sjuksköterskorna rädsla för att samtal om våld kunde leda till ytterligare våldsutövning, antingen riktat mot kvinnorna eller mot sjuksköterskorna själva. Något som bidrog till ett mer passivt förhållningssätt (Efe & Taşkın, 2012).

Fortsättningsvis utgjorde tidsbrist och hög arbetsbelastning stressfaktorer som gjorde det svårt att hantera känslomässigt krävande samtal om våld (Sargeant m.fl., 2023). Osäkerhet kring hur man borde agera om våld avslöjades, samt känslor av att inte vara rätt person för uppgiften visade sig leda till att sjuksköterskorna i vissa fall undvek samtalet helt (Robinson, 2010). Även känslor av hopplöshet inför att inte kunna hjälpa kvinnorna (Sweeny m.fl., 2023), samt frustration över att insatserna inte ledde till omedelbara, positiva förändringar, gjorde sammantaget sjuksköterskorna mindre benägna att vilja screena kvinnorna (Robinson, 2010).

Patientrelaterade hinder

Patientgrupper med låg screeningfrekvens

Specifika patientgrupper screenas i lägre utsträckning av sjuksköterskorna på akutmottagningarna (Saberi m.fl., 2017; Sweeny m.fl., 2023). Kvinnor med missbruk- och beroendeproblematik screenades allra minst och sjuksköterskorna fann det svårt att avgöra om symptomen uppstått till följd av våld eller var kopplade till missbruk (Leppäkoski m.fl., 2010). Gravida kvinnor, samt män med psykisk ohälsa screenades inte heller konsekvent (Saberi m.fl., 2017). Vidare identifierades ytterligare faktorer som påverkade sjuksköterskornas benägenhet att lyfta frågan om våld. Hade patienten demens uppgav 91% (n=310) att det utgjorde ett hinder för samtal. Använde kvinnorna burka ansåg 32% (n=109) av sjuksköterskorna att det försämrade deras initiativtagande till samtal. Dessutom ansåg 30% (n=102) även att faktorer kopplade till ursprungsbefolkningens kulturella och etniska bakgrund, påverkade deras benägenhet att screena för våldsutsatthet (Sweeny m.fl., 2023).

Subtila eller svårtolkade tecken på våld

Osynliga, subtila eller svårtolkade symptom och tecken på våld utgjorde hinder för sjuksköterskans förmåga att identifiera våldsutsatthet (Dawson m.fl., 2019; Leppäkoski m.fl., 2010). Främst identifierades våldet vid allvarliga fysiska skador, när skadorna inte överensstämde med kvinnans berättelse om hur de uppkommit, eller när skadeberättelsen var inkonsekvent (Leppäkoski m.fl., 2010; Saberi m.fl., 2017). Sjuksköterskorna upplevde vidare utmaningar i att avgöra om symptomen eller skadorna orsakades av våld, eller hade annan medicinsk förklaring. Kvinnornas olika beteenden som vaksamhet, rädsla, osäkerhet eller fientlighet indikerade även på våldsutsatthet. Men dessa tecken var svårare för sjuksköterskorna att tolka, och uppmärksammades därför inte alltid i mötet (Leppäkoski m.fl., 2010).

Språk, kommunikation och samtal

Språkbarriärer utgjorde ett betydande hinder för sjuksköterskorna i arbetet med att identifiera våldsutsatta kvinnor (Sargeant m.fl., 2023; Spangaro m.fl., 2022; Sweeny m.fl., 2023). När kvinnan inte var engelsktalande ansåg 90% (n=307) att det försvårade möjligheten att genomföra screeningen (Sweeny m.fl., 2023). För kvinnorna innebar språkbarriären både utmaningar i att kunna tillgodogöra sig information, samt att besvara de frågor sjuksköterskan ställde (Spangaro m.fl., 2022). Att använda sig av tolk under känsliga samtal om våld uppfattades dessutom problematiskt och ansågs påverka kvinnornas trygghet och vilja att berätta om sina upplevelser. Välutvecklade och inkluderade screeningprotokoll kunde dock underlätta kommunikationen och minskade risken att sjuksköterskorna ställde frågor som kunde uppfattas olämpliga (Sargeant m.fl., 2023).

Att förövaren eller anhöriga var närvarande under vårdmötet påverkade både sjuksköterskan och kvinnornas förmågor att öppet samtala om våldsutsatthet (Dawson m.fl., 2019; Leppäkoski m.fl., 2010; Sargeant m.fl., 2023; Spangaro m.fl., 2022). 56% (n=70) av sjuksköterskorna uppgav även att det var svårt att separera kvinnan från hennes partner eller familj när de träffades (Spangaro m.fl., 2022). Under anhörigas övervakning riskerade kvinnorna att förändra sitt beteende, undvika att svara sanningsenligt eller helt avstå från att tala om våldet med rädsla för de konsekvenser det kunde medföra (Efe & Taşkın, 2012; Leppäkoski m.fl., 2010). Var anhöriga närvarande minskade dessutom sjuksköterskornas initiativtagande till samtal (Dawson m.fl., 2019).

Strukturella och organisatoriska hinder

Kunskapsbrister och utbildningsbehov

Bristande kunskap och otillräcklig utbildning framkom som återkommande hinder för sjuksköterskorna i deras arbete med att identifiera kvinnor utsatta för våld i nära relation (Efe & Taşkın, 2012; Leppäkoski m.fl., 2010; Saberi m.fl., 2017; Sargeant m.fl., 2023; Spangaro m.fl., 2022; Sweeny m.fl., 2023). I en studie rapporterade 83% (n=55) av sjuksköterskorna att de helt saknade utbildning, och i en annan uppgav 76% (n=23) att de inte genomgått någon träning för att screena våldsutsatthet alls. 60% (n=18) ansåg även att bristande kunskap var den största anledningen till att de inte kunde ingripa (Efe & Taşkın, 2012; Saberi m.fl., 2017). Vidare bedömdes utbildningstillfällena under såväl grundutbildningen som i det kliniska arbetet vara otillräckliga (Efe & Taşkın, 2012; Leppäkoski m.fl., 2010; Saberi m.fl., 2017; Spangaro m.fl., 2022; Sweeny m.fl., 2023). Flera sjuksköterskor uppgav att de främst lärt sig möta våldsutsatta kvinnor genom egna erfarenheter snarare än via formell undervisning (Saberi m.fl., 2017). Även nyexaminerade sjuksköterskor beskrev det som mer utmanande att identifiera subtila eller svårtolkade tecken på våld, till skillnad från mer erfarna kollegor (Dawson m.fl., 2019).

Flera studier visade vidare att när utbildning hade erbjudits, upplevdes den ofta som för kort eller ytlig för att ge sjuksköterskorna tillräcklig kompetens. Mycket av det som förmedlats glömdes därmed bort (Saberi m.fl., 2017; Sweeny m.fl., 2023). I en studie uppgav 75% (n=369) att de hade fått någon form av utbildning om våld i nära relation. Av dessa hade 9% (n=45) deltagit i utbildning som varat längre än tjugo timmar. Vanligast var utbildningar som varade fyra timmar eller mindre, där 49% (n=240) av sjuksköterskorna deltagit. Den begränsade utbildningsformen bedömdes påverka sjuksköterskornas upplevda förmåga att screena, då 45% (n=154) angav att de inte visste hur man identifierade kvinnorna trots tidigare utbildning (Sweeny m.fl., 2023). Liknande resultat framkom i andra studier, där ett signifikant samband påvisades mellan utbildningens omfattning och sjuksköterskornas självupplevda kompetens (Dawson m.fl., 2019; Saberi m.fl., 2017; Sweeny m.fl., 2023). Främst uttryckte sjuksköterskorna osäkerhet kring vad screeningen innebar praktiskt. Det handlade om vilka frågor som skulle ställas, samt hur de skulle formuleras och integreras i vårdmötet (Leppäkoski m.fl., 2010; Robinson, 2010; Sargeant m.fl., 2023).

Vidare framstod utbildningens innehåll och pedagogiska utformning som centrala faktorer för att stärka sjuksköterskornas kompetens. I en studie uppgav 67% (n=102) att de önskade mer träning i form av praktiska moment som rollspel (Spangaro m.fl., 2022). Framför allt sjuksköterskor i jämförelse med andra professioner på akutmottagningen, uttryckte ett större behov av fördjupade kunskaper för att känna sig trygga i samtalet om våld (Leppäkoski m.fl., 2010; Saberi m.fl., 2017; Spangaro m.fl., 2022).

Lokala riktlinjer och policys

Flera studier visade att bristande kännedom om lokala riktlinjer och policys om screening för våld försvårade sjuksköterskors arbete med att identifiera de utsatta kvinnorna (Dawson m.fl., 2019; Robinson, 2010; Sargeant m.fl., 2023; Sweeny m.fl., 2023). Trots att flera akutmottagningar hade formella styrdokument visade det sig att många sjuksköterskor varken kände till dess existens, eller hade insyn över innehållet (Dawson m.fl., 2019; Robinson, 2010; Sargeant m.fl., 2023; Spangaro m.fl., 2022; Sweeny m.fl., 2023). Bristen på kunskap skapade osäkerhet kring vilka rutiner som faktiskt fanns, samt hur de skulle tillämpas i det praktiska arbetet (Dawson m.fl., 2019; Sargeant m.fl., 2023). På flera akutmottagningar fanns även oklarheter avseende vems ansvar det var att screena kvinnorna. Något som ledde till stor osäkerhet hos sjuksköterskorna i vem som bar det primära ansvaret till att initiera screening, vidta åtgärder och följa upp kvinnorna (Sargeant m.fl., 2023; Sweeny m.fl., 2023). Utöver

bristande kännedom om befintliga riktlinjer framkom även att det saknades enhetliga arbetssätt. Sjuksköterskorna upplevde att vid avsaknad av tydliga protokoll, genomfördes screeningen ofta på olika sätt beroende på individ och situation (Dawson m.fl., 2019).

Vidare fanns tekniska och organisatoriska hinder som ytterligare försvårade implementeringen av riktlinjer. En utmaning som lyftes fram var när screeningformulär inte var integrerade i journalsystemet, något som innebar att sjuksköterskorna behövde använda separata pappersformulär. En arbetsinsats som upplevdes både tidskrävande och ineffektiv, vilket sammantaget minskade deras benägenhet att screena kvinnorna (Spangaro m.fl., 2022).

Brist på avskildhet och ogynnsamma vårdmiljöer

När det kom till sjuksköterskornas psykosociala arbetsmiljö rapporterades hög arbetsbelastning, tidsbrist och stress som återkommande hinder för att identifiera våldsutsatta kvinnor (Efe & Taşkın, 2012; Leppäkoski m.fl., 2010; Saberi m.fl., 2017; Spangaro m.fl., 2022; Sweeny m.fl., 2023). Akutmottagningen beskrevs som en plats med hög arbetsintensitet där akuta medicinska skador skulle prioriteras, och där screening för våld betraktades som tidsineffektivt och resurskrävande (Robinson, 2010; Sargeant m.fl., 2023). Uppfattningar som bekräftades av andra studier där det framkom att 70% (n=21) inte alls ansåg sig ha tid för att upptäcka våldsutsatthet (Efe & Taşkın, 2012), och där 34,5% (n= 19) inte hade tid att screena (Saberi m.fl., 2017). Tidsbristen beskrevs även leda till att strukturerade samtal om våld uteblev och att den screeningen som blev av genomfördes bristfälligt i förbifarten (Leppäkoski m.fl., 2010; Robinson, 2010; Sargeant m.fl., 2023). Vidare rapporterade 44% (n=55) av sjuksköterskorna att de glömde bort att screena kvinnorna till följd av den stress arbetet medförde (Spangaro m.fl., 2022).

Det rådde även oenigheter över vems ansvar det var att screena. Flera sjuksköterskor uttryckte en önskan om att socialarbetarna skulle ta ett större ansvar då de ansågs besitta högre kompetens och därav var bättre lämpade att ta hand om kvinnorna (Dawson m.fl., 2019; Sargeant m.fl., 2023). Bristen på samordning dem emellan ledde till frustration och flera sjuksköterskor ansåg socialarbetarnas frånvaro utgöra ett hinder för både screening och uppföljning (Dawson m.fl., 2019; Sargeant m.fl., 2023; Spangaro m.fl., 2022; Sweeny m.fl., 2023).

Vidare identifierades fysiska hinder på akutmottagningarna. Avsaknaden av enskilda och säkra utrymmen minskade sjuksköterskornas benägenhet att initiera känsliga samtal om våld, och kvinnornas utsatthet riskerades därmed att förbli oupptäckta (Efe & Taşkın, 2012; Leppäkoski m.fl., 2010; Sargeant m.fl., 2023). Det förelåg meningsskiljaktigheter kring i vilken utsträckning bristen på enskilda rum upplevdes hindrande. Medan 88% (n=436) av sjuksköterskorna i en studie uppgav att det tillsammans med ett högt patientflöde utgjorde ett hinder för screeningarbetet (Sweeny m.fl., 2023), var andelen 6% (n=15) som angav detsamma i en annan (Leppäkoski m.fl., 2010).

Diskussion

Metoddiskussion

För att säkra kvaliteten i ett examensarbete krävs reflektion över metodologiska val. Denna diskussion behandlar styrkor och svagheter i arbetets olika metoddelar. En kontinuerlig

metodreflektion har förts under hela processen, vilket är centralt i ett vetenskapligt förhållningssätt (Friberg, 2022b; Henricson, 2023a).

Design

En allmän litteraturöversikt valdes för att ge en bred bild av forskningsläget och identifiera kunskapsluckor inom ett omvårdnadsrelevant ämne. En empirisk studie kunde ha fördjupat förståelsen av sjuksköterskors erfarenheter i svensk kontext, men litteraturöversikten bedömdes mer ändamålsenlig då den möjliggör analys av tidigare forskning (Friberg, 2022a; Rosén, 2023). Enligt metodlitteraturen ska studiens syfte var väl förankrat i omvårdnadsvetenskap, vilket denna studies syfte anses vara (Friberg, 2022c).

Fribergs modell möjliggjorde inkludering av både kvantitativa och kvalitativa studier (Friberg, 2022a), vilket ger ett bredare kunskapsunderlag med praktisk relevans för omvårdnadsprofessionen (Segersten, 2022).

Datainsamling

Inledande litteratursökningar gjordes i akademiska databaser samt Google Scholar vilket innebar viss risk för icke vetenskapligt granskade artiklar. Medvetenhet om vetenskapliga kvalitetskriterier fanns dock tidigt i processen, och ovetenskapliga källor undveks (Östlundh, 2022).

SPICE-modellen användes för att formulera sökfrågor och stärka relevansen, vilket i sin tur gynnar trovärdigheten. Trots att tidigare erfarenheter visat att forskning inom området ofta har kvantitativ ansats, ansågs SPICE lämpligare än andra kvantitativa modeller eftersom studiens fokus låg på sjuksköterskors upplevda hinder i identifieringsarbetet och inte fokuserade på specifika interventioner (Henricson, 2023a; SBU, 2023).

Litteratursökningen genomfördes i PubMed och CINAHL. Sökningen i CINAHL genererade dock endast en unik artikel vilket tyder på en begränsad träffsäkerhet. En potentiell svaghet med detta arbete är valet att inte inkludera Scopus som kompletterande databas, då det troligtvis hade breddat urvalet ytterligare. Detta eftersom databasen täcker ett omfattande spektrum av tvärvetenskaplig forskning. Valet att enbart använda PubMed och CINAHL motiveras dock av att dessa databaser är särskilt relevanta för det omvårdnadsvetenskapliga forskningsfältet, vilket var centralt för studiens syfte (Hellberg & Karlsson, 2023; Östlundh, 2022).

Tidsavgränsningen på 15 år kan ses som en metodologisk svaghet, särskilt eftersom antalet relevanta artiklar visade sig vara relativt få. Tidsavgränsningen sattes till 15 år för att fånga in aktuell forskning samtidigt som man beaktade utvecklingen inom området. Avgränsningen valdes för att inkludera studier som publicerats efter 2010, eftersom frågan om screening för våld i nära relationer aktualiserades i samband med att Istanbulkonventionen antogs 2011. Det ansågs därför rimligt att inkludera forskning som har påverkats av att synsättet kring våld mot kvinnor ändrats (Europarådet, 2011). Samtidigt kan 15 år betraktas som en bred avgränsning, särskilt då vetenskapligt material ofta betraktas som färskvara och nyare forskning därmed prioriteras (Östlundh, 2022). En kortare period, exempelvis 10 år, hade kunnat öka aktualiteten ytterligare men riskerat att missa viktiga studier. Avvägningen mellan aktualitet och tillräckligt underlag bedömdes därmed motivera en 15-årsgräns.

Synonymer, ämnesord och trunkering ökade träffsäkerheten. Trunkeringen *nurs** fångade relevanta begrepp men en svaghet med denna strategi kan vara att även irrelevanta artiklar

om exempelvis amning fångades upp i sökningen, vilket krävde manuell exkludering (Östlundh, 2022).

Vad gäller sökblocket för hinder, exkluderades detta i den slutgiltiga sökningen för att istället hanteras manuellt under urvalsprocessen. Denna strategi möjliggjorde en bredare sökning men innebar samtidigt att bedömningen av studiers relevans för syftet – att belysa hinder – blev beroende av författarnas tolkning av innehållet. Detta kan ses som en svaghet och för att stärka pålitligheten användes tydliga, förutbestämda inklusions- och exklusionskriterier vid urvalet (Henricson, 2023a).

Kvalitetsgranskning

Relevansen granskades av två personer, delvis oberoende av varandra. Kommentarer lades i Zotero vilket ibland innebar att den andra personen läste dem innan egen granskning, något som kan ha påverkat trovärdigheten (Mårtensson & Fridlund, 2023). Oenighet förekom dock, och en tredje persons bedömning vägdes då in, vilket kan ha minskat risken för bias (SBU, 2023).

Många artiklar exkluderades i fulltext på grund av fel population, vilket kan tyda på brister i sökstrategin. Exempelvis bidrog trunkeringen *nurs** även till att barnmorskor och specialistsjuksköterskor inkluderades, vilket krävde manuell exkludering (Henricson, 2023a; Östlundh, 2022). Vissa studier innehöll rätt yrkeskategori, men i så liten andel att de ändå bedömdes irrelevanta. Tydligare urvalskriterier för studiepopulationen rekommenderas i framtida studier (Rosén, 2023).

Kvalitetsgranskningen genomfördes med SBU:s granskningsmallar, anpassade efter respektive metodansats (Friberg, 2022a; Rosén, 2023). Detta stärker relevansen men kan försvåra jämförelser mellan artiklarna eftersom mallarna bygger på olika kriterier. Kvantitativa studier kan uppfattas som mer tillförlitliga utifrån sina strukturerade upplägg, medan kvalitativa studier tillför unika insikter som inte fångas i kvantitativ forskning. Samtliga artiklar bedömdes ha hög kvalitet utom en, där bristande metodologisk redovisning samt en sammanblandning av resultat och diskussion sänkte kvaliteten. (Rosén, 2023; SBU, 2023).

Dataanalys

En allmän litteraturöversikt enligt Fribergs modell valdes för att beskriva forskningsläget utifrån både kvalitativa och kvantitativa artiklar. En begränsning med detta tillvägagångssätt är att analysen främst fokuserar på att identifiera återkommande teman, snarare än att fördjupa sig i bakomliggande mönster eller relationer mellan data. En integrativ översikt hade kunnat möjliggöra en mer omfattande syntes av resultaten, men bedömdes som mindre hanterbar inom ramen för detta examensarbete (Friberg, 2022c).

Eftersom både kvalitativa och kvantitativa artiklar ingick delades de upp i separata analyser, innan en gemensam sammanställning gjordes. Genom att identifiera och sortera teman skapades en ny helhet utifrån resultaten. En viss tolkning av resultaten är oundviklig och påverkas av förförståelsen men för att stärka trovärdigheten granskades analysen av andra handledare och studiekamrater (Friberg, 2022a; Henricson, 2023a; Mårtensson & Fridlund, 2023).

Att inga inkluderade studier var genomförda i svensk kontext begränsar denna studies överförbarhet, vilket kan vara en svaghet. Dock delar Sverige och Finland liknande

vårdsystem, vilket gör finska resultat delvis tillämpliga och styrker överförbarheten i viss grad (Sveriges Kommuner och Landsting [SKL], 2018). Däremot skiljer sig Australien och USA i fråga om privatfinansiering och vårdstruktur, vilket kan minska jämförbarheten (SKL, 2018; Utrikespolitiska institutet (UI), 2025). Även kulturella skillnader kan påverka möjligheten att tillämpa resultaten i en svensk kontext (Europaparlamentet, 2024).

Verktyg

Artificiell intelligens (AI) användes som stöd för översättning, språkbearbetning och förkortning av text. Detta medför vissa risker, exempelvis att det akademiska språket blir alltför generellt och tappar nyanser, eller att den språkliga översättningen inte är helt korrekt. För att hantera detta har all AI-genererad text granskats kritiskt och redigerats manuellt vid behov. Användningen har således skett medvetet och kontrollerat, som ett komplement snarare än en ersättning för det egna akademiska skrivandet (Örebro universitetsbibliotek, 2024).

Resultatdiskussion

Resultatet presenterar bland annat inneboende faktorer hos sjuksköterskan, samt organisatoriska och strukturella faktorer. I resultatdiskussionen som följer diskuteras faktorernas inverkan på sjuksköterskans förmåga att uppmärksamma och agera på utsatthet för våld i nära relation. Dessa hinder belyses och problematiseras i förhållande till teoretiska begrepp och riktlinjer som tagits upp i bakgrunden.

Inneboende hinder hos sjuksköterskan

Resultatet visar att sjuksköterskors värderingar och föreställningar påverkar viljan att screena. Trots att de flesta ser screening som något positivt, sker den ofta selektivt (Robinson, 2010; Saberi m.fl., 2017; Sweeny m.fl., 2023). Detta styrks av en annan studie som framställer att sjuksköterskor främst ställer frågor vid tydliga tecken på våld, vilket kopplas till uppfattningar om hur ett typiskt våldsoffer ser ut och beter sig (Yonaka m.fl., 2007). Detta tyder på att sjuksköterskor ibland låter egna föreställningar av våld och offer styra om frågan ställs. Något som innebär en aktiv maktutövning som riskerar att osynliggöra lidandet. I bakgrunden framkommer det även att sjuksköterskors val att fråga eller inte fråga innebär ett utövande av makt som påverkar kvinnors möjligheter att få stöd. Sjuksköterskor har dock möjlighet att återge makt till dessa patienter genom ett lyhört och empatiskt bemötande (Almerud Österberg & Rahmqvist, 2019; Simmons & Swahnberg, 2022). Våldet är ofta dolt, både av skam och av sociala faktorer, och kvinnorna söker inte alltid hjälp förrän skadan är akut (Wiklund Gustin, 2019). Att inte bli tillfrågad om våld, eller bli bemött med misstro, kan därför förstärka det existentiella och vårdrelaterade lidandet. När identifieringen uteblir på grund av personliga föreställningar, riskerar vården dessutom att reproducera strukturella orättvisor, särskilt för kvinnor som redan är marginaliserade av exempelvis kultur, språk eller klass (Europaparlamentet, 2024; Satyen m.fl., 2019).

Trots den selektivt utförda screeningen uttrycker en övervägande majoritet av sjuksköterskorna att screening för våld i nära relation är positivt (Robinson, 2010; Sweeny m.fl., 2023). Denna motsättning kan ses som en inre konflikt mellan professionell ambition och praktiska eller emotionella hinder i vardagen. I resultatet framkom det även att sjuksköterskor har svårt att förhålla sig objektiva gentemot våldsoffer på grund av erfarenheter av upprepad kontakt med våldsutsatta kvinnor som trots stöd inte tagit sig ur den

våldsamma relationen (Dawson m.fl., 2019; Robinson, 2010; Sargeant m.fl., 2023). En metasyntetstudie som undersöker empatitrötthet visar att sjuksköterskors professionella prestation påverkas påtagligt av empatitrötthet, då det begränsar hur väl sjuksköterskor kan engagera sig i vårdande relationer (Nolte m.fl., 2017). Sammantaget visar detta hur sjuksköterskor kan bli påverkade emotionellt av att inte få se något resultat av sitt bemötande, trots empati och lyhördhet, och därmed distansera sig från kvinnorna. Detta kan leda till att sjuksköterskorna presterar sämre, i detta fall genom att inte utföra den screening som ligger inom ansvarsområdet. När både inre och yttre hinder påverkar möjligheten att identifiera utsatthet, riskerar det att stå i strid med sjuksköterskans etiska ansvar att skydda och stödja sårbara patienter (ICN, 2023).

Flera sjuksköterskor uttrycker en rädsla för att kvinnorna ska reagera negativt på frågan om våld, vilket i sin tur påverkar viljan att screena (Leppäkoski m.fl., 2010; Sweeny m.fl., 2023). Denna farhåga förekommer återkommande i resultatet, trots att den inte nödvändigtvis speglar patienternas faktiska reaktioner. I bakgrunden presenteras en studie som visar att en stor majoritet av patienter inte bara är mottagliga för samtal om våld, utan förväntar sig också att bli tillfrågade, så länge frågan ställs med respekt (Simmons & Swahnberg, 2022). Det tyder på ett glapp mellan sjuksköterskors antaganden och patienters upplevelser, vilket riskerar att upprätthålla ett vårdklimat där frågor om våld undviks trots att de vore uppskattade. Här blir behovet av utbildning, reflektion och etisk medvetenhet centralt, inte minst för att motverka de föreställningar som hindrar ett effektivt identifieringsarbete.

Organisatoriska hinder

Resultatet visar att många sjuksköterskor upplever en bristande kunskap och utbildning i att identifiera och screena kvinnor för partnervåld. Trots att vissa har fått utbildning inom området tycks denna ofta vara otillräcklig i både innehåll och omfattning (Efe & Taşkın, 2012; Leppäkoski m.fl., 2010; Saberi m.fl., 2017; Sargeant m.fl., 2023; Spangaro m.fl., 2022; Sweeny m.fl., 2023). I en studie framkom att en majoritet av deltagarna hade fått någon form av utbildning i ämnet, men endast en väldigt liten del hade deltagit i utbildning som varade längre än 20 timmar. Knappt hälften hade endast deltagit i utbildningar på fyra timmar eller mindre. Trots denna utbildning uppgav ett flertal att de fortfarande inte visste hur man identifierar kvinnor som är utsatta för våld (Sweeny m.fl., 2023). Detta väcker frågor om utbildningens kvalitet och relevans, och även om den är anpassad för att möta sjuksköterskors behov.

Det finns även belägg för att omfattningen av utbildningen har ett signifikant samband med sjuksköterskors självupplevda kompetens i att screena för IPV. En annan studie visade att majoriteten av deltagarna uttryckte ett behov av mer praktiskt inriktad träning, exempelvis genom rollspel, för att känna sig tryggare i att hantera dessa situationer (Spangaro m.fl., 2022). Det kan tyda på att enbart teoretisk undervisning inte är tillräcklig för att förbereda sjuksköterskor på det komplexa och känsliga arbete som screening för våld innebär.

Det är också anmärkningsvärt att även specialistutbildade akutsjuksköterskor i Sverige uppger att de saknar tillräcklig kunskap om ämnet för att känna sig trygga i att genomföra screening (Aregger Lundh m.fl., 2023). Detta indikerar att utbildningsbristen inte enbart berör grundutbildade sjuksköterskor, utan också de som har vidareutbildat sig. Det pekar på ett mer strukturellt problem, där utbildningsinsatserna kring IPV behöver stärkas på flera nivåer inom vården. I resultatet framkommer det att många sjuksköterskor erkänner att den bästa träningen de har fått är genom egna erfarenheter (Saberi m.fl., 2017) ,vilket motsäger

ovanstående studie då de specialistsjuksköterskorna har jobbat länge inom akutsjukvård och ändå inte känner sig helt trygga (Aregger Lundh m.fl., 2023).

En annan viktig aspekt är osäkerheten kring hur screening faktiskt ska genomföras i praktiken. Flera sjuksköterskor uttrycker att det är oklart vilka frågor som bör ställas, hur de ska formuleras och hur samtalet om våld ska integreras i ett ofta tidspressat vårdmöte (Leppäkoski m.fl., 2010; Robinson, 2010; Sargeant m.fl., 2023). Det framkommer även att sjuksköterskor, i större utsträckning än andra yrkesgrupper på akutmottagningar, efterfrågar fördjupade kunskaper i ämnet (Leppäkoski m.fl., 2010; Saberi m.fl., 2017; Spangaro m.fl., 2022). Detta kan tolkas som ett uttryck för den viktiga roll sjuksköterskor har i det initiala patientmötet, där en välgrundad misstanke om våldsutsatthet kan vara avgörande för fortsatt vård och stöd.

Det finns också tydliga skillnader mellan länder gällande utbildning i IPV. I en studie från Australien uppgav en stor majoritet av sjuksköterskorna att de saknade utbildning helt (Saberi m.fl., 2017), medan en annan studie från samma land visade att merparten hade någon form av utbildning (Sweeny m.fl., 2023). Skillnaden kan bero på geografiska eller organisatoriska faktorer, men det belyser även hur ojämn tillgången till kompetensutveckling kan vara, även inom samma nationella kontext. I en turkisk studie rapporterade en övervägande del av sjuksköterskorna att de inte hade fått någon utbildning alls i hur man screenar för IPV (Efe & Taşkın, 2012). Detta trots att länder i mellanöstern är områden med hög prevalens av våld i nära relationer (Sardinha m.fl., 2022). Detta väcker viktiga frågor om prioriteringar inom vårdutbildningar i länder där behovet sannolikt är stort. Det framstår som logiskt att fokusera utbildningsinsatser på just de kontexter där sannolikheten att stöta på våldsutsatta kvinnor är högre, men resultaten antyder att detta inte alltid är fallet.

Lidande

De hinder som sjuksköterskor upplever i mötet med patienter utsatta för IPV kan, utifrån Erikssons vårdteoretiska perspektiv, tolkas som potentiella orsaker till vårdlidande. Resultatet indikerar att sjuksköterskor ofta saknar såväl adekvat utbildning som lämpliga fysiska förutsättningar för att initiera och genomföra samtal om IPV på ett respektfullt, tryggt och professionellt sätt. Denna brist kan i sin tur bidra till att kvinnors lidande inte identifieras eller bemöts, vilket försvårar möjligheten att transformera lidandet till en mer uthärdlig och meningsbärande erfarenhet (Wiklund Gustin, 2019).

Närvaro, empati och tillgång till samtal utgör centrala komponenter i en vårdande relation, och är avgörande för att lidande ska kunna uppfattas som meningsfullt (Rehnsfeldt & Eriksson, 2004). När sådana möten uteblir till följd av strukturella eller organisatoriska hinder, som de som sjuksköterskorna beskriver inom akutsjukvården, finns en påtaglig risk att patientens lidande förblir osynligt och obehandlat. Kvinnor som utsätts för partnervåld bär ofta på ett djupgående existentiellt lidande, vilket förutsätter en trygg och stödjande vårdkontext. För att detta lidande ska kunna erkännas och mötas på ett existentiellt plan krävs en särskild kompetens (Wiklund Gustin, 2019), som enligt studiens resultat ofta saknas på grund av otillräcklig utbildning bland vårdpersonal.

Sammanfattningsvis påvisar resultatet ett tydligt glapp mellan den ideala vårdrelation som beskrivs i Erikssons teori och de faktiska förutsättningar som råder inom akutsjukvårdens kontext. För att minska förekomsten av vårdlidande och möjliggöra meningsfulla möten mellan vårdpersonal och patienter som utsatts för IPV, krävs strukturella förbättringar

(Wiklund Gustin, 2019). Detta innefattar bland annat utökad utbildning, ökad medvetenhet samt organisatoriskt stöd till sjuksköterskor i det kliniska arbetet.

Slutsatser

Föreliggande litteraturöversikt ger en sammanställning av de hinder som påverkar sjuksköterskornas förmågor att på akutmottagningen, identifiera kvinnor utsatta för våld i nära relation. De identifierade hindren är komplexa och återfinns både på strukturella, professionella och personliga nivåer inom verksamheten.

Trots att sjuksköterskor i regel uttrycker en vilja att uppmärksamma våldsutsatthet, begränsas deras handlingsutrymme och förmågor av otillräcklig utbildning, hög arbetsbelastning och otydliga riktlinjer. Vidare påverkas sjuksköterskorna av rådande stigmatisering, och kvinnornas ovilja att berätta. Något som skapar frustration och barriärer i vårdrelationen. Dessa faktorer samverkar och förstärker varandra, vilket försvårar möjligheten att initiera samtal och uppmärksamma våldsutsatthet på ett systematiskt sätt. För att motverka detta behövs ett bestående arbete som beaktar och adresserar alla olika hinder.

Kliniska implikationer

I klinisk praxis kan föreliggande studie vara av betydelse för att öka förståelsen för de hinder som påverkar sjuksköterskors arbete med att identifiera kvinnor utsatta för våld i nära relation. Genom att medvetandegöra vilka hinder som begränsar möjligheten att initiera samtal om våld, kan insatser riktas för att stärka sjuksköterskors kompetens, trygghet och förutsättningar i det patientnära mötet. Därmed kan ett mer proaktivt och träffsäkert identifieringsarbete möjliggöras, vilket skulle kunna bidra till att kvinnornas utsatthet tidigare upptäcks, att mer ändamålsenliga insatser kan sättas in, och att deras lidande minskar.

Vidare belyser studiens resultat att det finns ett behov av riktad utbildning och kontinuerlig handledning för att motverka stereotypa föreställningar och osäkerhet i mötet med potentiellt våldsutsatta kvinnor. Genom att sjuksköterskor ges konkreta verktyg för hur frågor om våld kan ställas på ett respektfullt och empatiskt sätt, stärks deras handlingsberedskap och förmåga att bemöta patienter på ett likvärdigt sätt.

Vidare forskning

Fortsatt forskning bör riktas mot att undersöka och jämföra olika utbildningsinsatsers effektivitet gällande att stärka sjuksköterskors kliniska förmågor att identifiera våldsutsatthet. Vidare kan det även vara värdefullt att utforska hur ett mer standardiserat arbetssätt för våldsscreening kan utformas och implementeras globalt, då det förekommer stora geografiska skillnader i hur människor ser på våld. Detta för att säkerställa ett mer jämlikt och inkluderande omhändertagande av kvinnor som befinner sig i olika geografiska och kulturella kontexter.

Referenser

Almerud Österberg, S., & Rahmqvist, J. (2019). Akut omhändertagande. I A.-K. Edberg & H. Wijk (Red.), *Omvårdnadens grunder. Hälsa och ohälsa* (Tredje upplagan, s. 165–188). Studentlitteratur.

Aregger Lundh, A., Tannlund, C., & Ekwall, A. (2023). More support, knowledge and awareness are needed to prepare emergency department nurses to approach potential intimate partner violence victims. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, *37*(2), 397–405. https://doi.org/10.1111/scs.13123

Borglin, G. B. (2023). Mixad metod—En introduktion. I M. Henricson (Red.), *Vetenskaplig teori och metod: Från idé till examination inom vård- och hälsovetenskap* (Tredje upplagan, s. 241–258). Studentlitteratur.

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*, *26*(9), 1052–1062. https://doi.org/10.1111/acem.13721

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. https://doi.org/10.1007/s11195-012-9269-1

Elvin-Nowak, Y. M. S., Backman-Enelius, M. M., Jonas, W. C., Eriksson, J. A., Åhlund, D. S., & Barimani, M. M. (2023). Intimate partner violence and negative health consequences: A cross-sectional study among women in a regional sample in Sweden. *Scandinavian Journal of Public Health*, *51*(4), 636–643. https://doi.org/10.1177/14034948221148056

Europaparlamentet. (2024, november 21). *Asyl och migration i EU: fakta och siffror*. https://www.europarl.europa.eu/topics/sv/article/20170629STO78630/asyl-och-migration-i-eu-fakta-och-siffror

Europarådet. (2011). *Istanbulkonventionen: Konventionen om åtgärder för att förebygga och bekämpa våld mot kvinnor och våld i hemmet*. https://rm.coe.int/1680462544

Friberg, F. (2022a). Att göra en litteraturöversikt av kvantitativ och kvalitativ forskning. I F. Friberg (Red.), *Dags för uppsats: Vägledning för litteraturbaserade examensarbeten* (Fjärde upplagan, s. 185–199). Studentlitteratur.

Friberg, F. (2022b). Att utforma ett examensarbete. I F. Friberg (Red.), *Dags för uppsats: Vägledning för litteraturbaserade examensarbeten* (Fjärde upplagan, s. 111–127). Studentlitteratur.

Friberg, F. (2022c). Tankeprocessen under examensarbetet. I F. Friberg (Red.), *Dags för uppsats: Vägledning för litteraturbaserade examensarbeten* (Fjärde upplagan). Studentlitteratur.

Förenta Nationerna. (1993). *Declaration on the Elimination of Violence against Women* (A/RES/48/104). https://www.un.org/en/genocideprevention/documents/atrocity-crimes/Doc.21_declaration%20elimination%20vaw.pdf

Hellberg, S., & Karlsson, E. K. (2023). Informationssökning. I M. Henricson (Red.), *Vetenskaplig teori och metod: Från idé till examination inom vård- och hälsovetenskap* (Tredje upplagan, s. 85–102). Studentlitteratur.

Henricson, M. (2023a). Diskussion. I M. Henricson (Red.), *Vetenskaplig teori och metod: Från idé till examination inom vård- och hälsovetenskap* (Tredje upplagan, s. 491–500). Studentlitteratur.

Henricson, M. (2023b). Forskningsprocessen. I M. Henricson (Red.), *Vetenskaplig teori och metod: Från idé till examination inom vård- och hälsovetenskap* (Tredje upplagan, s. 45–60). Studentlitteratur.

Hinsliff-Smith, K., & McGarry, J. (2017). Understanding management and support for domestic violence and abuse within emergency departments: A systematic literature review from 2000–2015. *Journal of Clinical Nursing*, *26*(23–24), 4013–4027. https://doi.org/10.1111/jocn.13849

HSLF-FS 2022:39. *Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd om våld i nära relationer*. Socialstyrelsen. chrome-extension://efaidnbmnnnibpcajpcglclefindmkaj/https://www.socialstyrelsen.se/globalassets/sharepoint-dokument/artikelkatalog/foreskrifter-och-allmanna-rad/2022-6-7967.pdf

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: Identification of exposure of women to acute physical violence. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, *24*(4), 638–647. https://doi.org/10.1111/j.1471-6712.2009.00754.x

Lundgren, E. (2012). *Våldets normalisering och andra våldsförståelser*. Riksorganisationen för kvinnojourer och tjejjourer i Sverige (ROKS).

Mshweshwe, L. (2020). Understanding domestic violence: Masculinity, culture, traditions. *Heliyon*, *6*(10), e05334. https://doi.org/10.1016/j.heliyon.2020.e05334

Mårtensson, J., & Fridlund, B. (2023). Vetenskaplig kvalitet i examensarbete. I M. Henricson (Red.), *Vetenskaplig teori och metod: Från idé till examination inom vård- och hälsovetenskap* (Tredje upplagan, s. 473–490). Studentlitteratur.

Nolte, A. G., Downing, C., Temane, A., & Hastings-Tolsma, M. (2017). Compassion fatigue in nurses: A metasynthesis. *Journal of Clinical Nursing*, *26*(23–24), 4364–4378. https://doi.org/10.1111/jocn.13766

Ozaki, R., & Otis, M. D. (2017). Gender Equality, Patriarchal Cultural Norms, and Perpetration of Intimate Partner Violence: Comparison of Male University Students in Asian and European Cultural Contexts. *Violence Against Women*, *23*(9), 1076–1099. https://doi.org/10.1177/1077801216654575

Page, M. J., McKenzie, J. E., Bossuyt, P. M., Boutron, I., Hoffmann, T. C., Mulrow, C. D., Shamseer, L., Tetzlaff, J. M., Akl, E. A., Brennan, S. E., Chou, R., Glanville, J., Grimshaw, J. M., Hróbjartsson, A., Lalu, M. M., Li, T., Loder, E. W., Mayo-Wilson, E., McDonald, S., … Moher, D. (2021). The PRISMA 2020 statement: An updated guideline for reporting systematic reviews. *BMJ*, n71. https://doi.org/10.1136/bmj.n71

Rehnsfeldt, A., & Eriksson, K. (2004). The progression of suffering implies alleviated suffering. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, *18*(3), 264–272. https://doi.org/10.1111/j.1471-6712.2004.00281.x

Robinson, R. (2010). Myths and Stereotypes: How Registered Nurses Screen for Intimate Partner Violence. *Journal of Emergency Nursing*, *36*(6), 572–576. https://doi.org/10.1016/j.jen.2009.09.008

Rosén, M. (2023). Systematisk litteraturöversikt. I M. Henricson (Red.), *Vetenskaplig teori och metod: Från idé till examination inom vård- och hälsovetenskap* (Tredje upplagan, s. 435–448). Studentlitteratur.

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. https://doi.org/10.1016/j.aenj.2017.02.001

Sardinha, L., Maheu-Giroux, M., Stöckl, H., Meyer, S. R., & García-Moreno, C. (2022). Global, regional, and national prevalence estimates of physical or sexual, or both, intimate partner violence against women in 2018. *The Lancet*, *399*(10327), 803–813. https://doi.org/10.1016/S0140-6736(21)02664-7

Sargeant, S., Baird, K., Sweeny, A., & Torpie, T. (2023). "If Not Me, Then Who?": Exploring the Challenges Experienced by Front-Line Clinicians Screening for, and Communicating About, Domestic Violence in the Emergency Department. *Violence Against Women*, *29*(12–13), 2508–2526. https://doi.org/10.1177/10778012231186816

Satyen, L., Rogic, A. C., & Supol, M. (2019). Intimate Partner Violence and Help-Seeking Behaviour: A Systematic Review of Cross-Cultural Differences. *Journal of Immigrant and Minority Health*, *21*(4), 879–892. https://doi.org/10.1007/s10903-018-0803-9

Segersten, K. (2022). Att välja ämne och modell för sitt examensarbete. I F. Friberg (Red.), *Dags för uppsats: Vägledning för litteraturbaserade examensarbeten* (Fjärde upplagan, s. 139–143). Studentlitteratur.

SFS 2009:400. *Offentlighets- och sekretesslag*. https://www.riksdagen.se/sv/dokument-och-lagar/dokument/svensk-forfattningssamling/offentlighets-och-sekretesslag-2009400_sfs-2009-400/

SFS 2010:659. *Patientsäkerhetslag*. https://www.riksdagen.se/sv/dokument-lagar/dokument/svensk-forfattningssamling/patientsakerhetslag-2010659_sfs-2010-659

SFS 2017:30. *Hälso- och sjukvårdslagen*. https://www.riksdagen.se/sv/dokument-och-lagar/dokument/svensk-forfattningssamling/halso-och-sjukvardslag-201730_sfs-2017-30/

Simmons, J., & Swahnberg, K. (2022). Characteristics Associated With Being Asked About Violence Victimization in Health Care: A Swedish Random Population Study. *Journal of Interpersonal Violence*, *37*(11–12), NP8479–NP8506. https://doi.org/10.1177/0886260520977836

Socialstyrelsen. (2019). *Nationella screeningprogram: Modell för bedömning, införande och uppföljning*. Socialstyrelsen. https://www.socialstyrelsen.se/globalassets/sharepoint-dokument/artikelkatalog/nationella-screeningprogram/2019-4-12.pdf

Socialstyrelsen. (2024). *Socialstyrelsens utredningar av vissa skador och dödsfall 2022–2023*. Socialstyrelsen. https://www.socialstyrelsen.se/globalassets/sharepoint-dokument/artikelkatalog/ovrigt/2024-1-8880.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

Statens beredning för medicinsk och social utvärdering (SBU). (2023). *Utvärdering av metoder i hälso- och sjukvården och insatser i socialtjänsten: En metodbok.* Statens beredning för medicinsk och social utvärdering (SBU). https://www.sbu.se/sv/metod/metodboken-2023/?lang=sv&pub=101442#101798

Svensk sjuksköterskeförening. (2023). *ICN:s etiska kod för sjuksköterskor* (Reviderad 2021). Svensk sjuksköterskeförening. https://swenurse.se/publikationer/icns-etiska-kod-for-sjukskoterskor

Sveriges Kommuner och Landsting (SKL). (2018). *Svensk sjukvård i internationell jämförelse*. Sveriges Kommuner och Regioner. https://skr.se/skr/tjanster/rapporterochskrifter/publikationer/svensksjukvardiinternationelljamforelse2018.65580.html

Sweeny, A. L., Bourke, C., Torpie, T. M., Sargeant, S., Hughes, J., Watson, J., Conroy, S., Carrasco, A., Tighe, K., Thornton, N. S., Cumner, A.-S., & Baird, K. (2023). Improving domestic violence screening practices in the emergency department: An Australian perspective. *Emergency Medicine Journal*, *40*(2), 114–119. https://doi.org/10.1136/emermed-2021-211167

Utrikespolitiska institutet (UI). (2025). *Australien – Sociala förhållanden*. https://www.ui.se/landguiden/lander-och-omraden/oceanien/australien/sociala-forhallanden/

White, S. J., Sin, J., Sweeney, A., Salisbury, T., Wahlich, C., Montesinos Guevara, C. M., Gillard, S., Brett, E., Allwright, L., Iqbal, N., Khan, A., Perot, C., Marks, J., & Mantovani, N. (2024). Global Prevalence and Mental Health Outcomes of Intimate Partner Violence Among Women: A Systematic Review and Meta-Analysis. *Trauma, Violence, & Abuse*, *25*(1), 494–511. https://doi.org/10.1177/15248380231155529

Wiklund Gustin, L. (2019). Lidande. I F. Friberg & J. Öhlén (Red.), *Omvårdnadens grunder. Perspektiv och förhållningssätt* (Tredje upplagan, s. 409–440). Studentlitteratur.

World Health Organization (WHO). (2021). *Violence Against Women Prevalence Estimates 2018: Global, Regional and National Prevalence Estimates for Intimate Partner Violence Against Women and Global and Regional Prevalence Estimates for Non-Partner Sexual Violence Against Women* (1st ed). World Health Organization.

World Medical Association (WMA). (2024). *WMA Declaration of Helsinki – Ethical Principles for Medical Research Involving Human Subjects*. https://www.wma.net/policies-post/wma-declaration-of-helsinki/

Yonaka, L., Yoder, M. K., Darrow, J. B., & Sherck, J. P. (2007). Barriers to Screening for Domestic Violence in the Emergency Department. *The Journal of Continuing Education in Nursing*, *38*(1), 37–45. https://www.proquest.com/docview/223318738/abstract/6B63BEADE1174DADPQ/1

Örebro universitetsbibliotek. (2024). *AI och akademiskt skrivande*. Örebro Universitet. https://www.oru.se/ub/stod-till-studenter/skrivguide/ai-och-akademiskt-skrivande/

Östlundh, L. (2022). Informationssökning. I F. Friberg (Red.), *Dags för uppsats: Vägledning för litteraturbaserade examensarbeten* (Fjärde upplagan). Studentlitteratur.

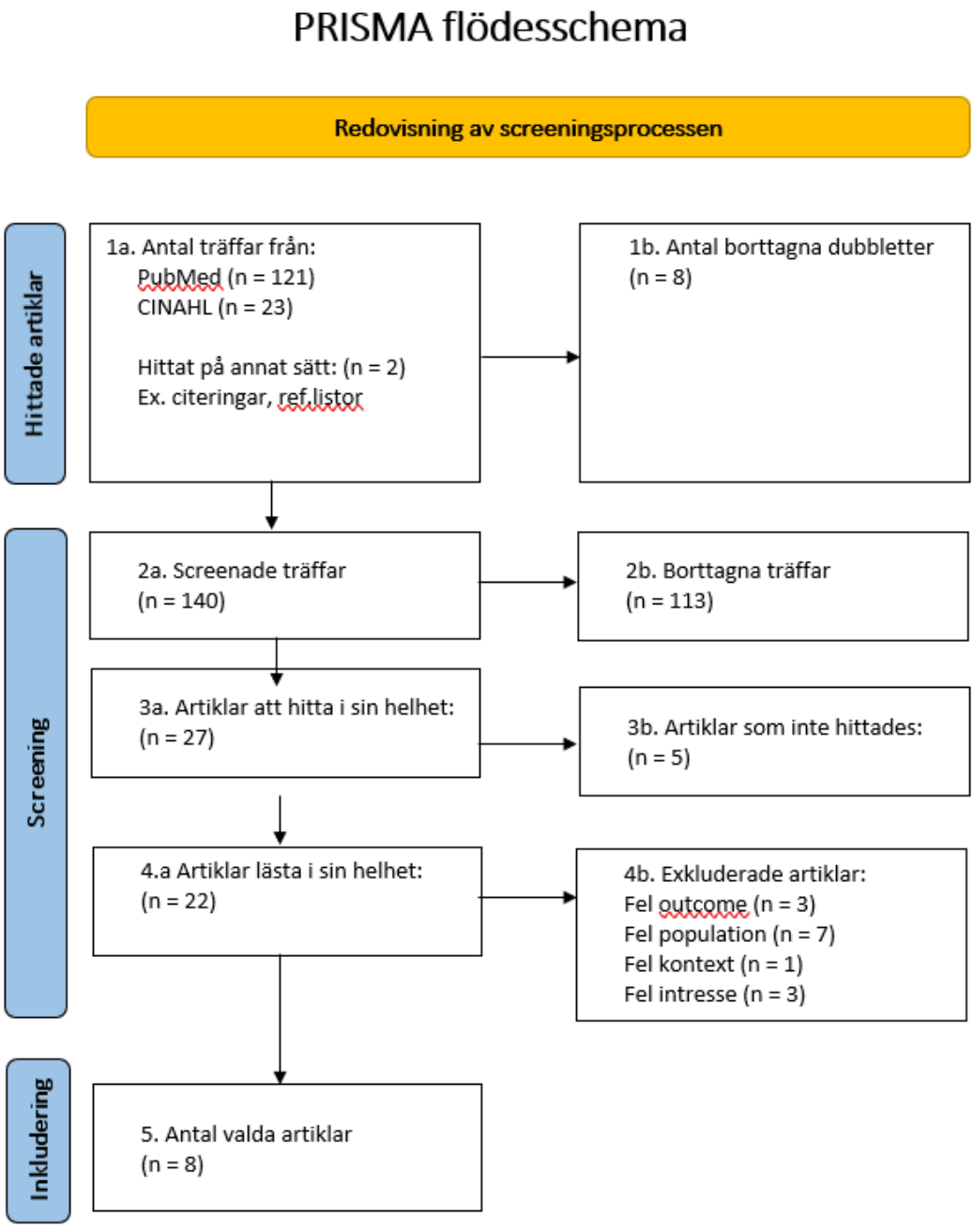
Bilagor

Bilaga 1 – Söktabell.

Datum	Databas	Sökning	Begränsning	Antal träffar
250310	PubMed	(Emergency Service, Hospital[MeSH Terms] OR Emergency Service, Hospital OR "emergency room" OR "emergency department") AND (nurs* OR "emergency nurs*") AND (Domestic Violence[MeSH Terms] OR Intimate Partner Violence[MeSH Terms] OR Spouse Abuse[MeSH Terms] OR Battered Women[MeSH Terms] OR Domestic Violence OR Intimate Partner Violence OR Spouse Abuse OR Battered Women OR "partner abuse" OR "partner violence" OR "domestic abuse" OR "sexual abuse" OR "emotional abuse" OR "spousal abuse" OR "family abuse" OR "family violence" OR "abused women") AND (Women[MeSH Terms] OR Female[MeSH Terms] OR Women[Title/Abstract]) AND (identification OR screening OR detection OR recognition)	2010-2025	121
250310	CINAHL	(MH "Emergency Service" OR “emergency service” OR "emergency room" OR "emergency department" OR ER OR ED OR emergecy care) AND (MH "Intimate Partner Violence" OR MH "Domestic Violence" OR “Domestic Violence” OR “Intimate Partner Violence” OR “Spouse Abuse” OR “Battered Women” OR battered OR "partner abuse" OR "partner violence" OR "domestic abuse" OR "sexual abuse" OR "emotional abuse" OR "spousal abuse" OR "family abuse" OR "family violence" OR "abused women") AND (MH "Emergency Nurses" OR nurs* OR "emergency nurs*") AND (identification OR screening OR detection OR recognition OR	Peer reviewed 2010-2025	23

		"patient support" OR prevention OR experience)		

Bilaga 2 – PRISMA-flödesschema



Bilaga 3 – Artikelbilaga.

Författare År	**Titel**	**Syfte**	**Metod**	**Urval**	**Resultat**	**Kvalitet * Enligt SBU,**

Land						**Friberg eller ngn annan**
Dawson et al. 2019 Australien	The Emergency Department Response to Women Experiencing Intimate Partner Violence: Insights From Interviews With Clinicians in Australia	Att undersöka hur hälso- och sjukvårdspersonal på två stora akutmottagningar hanterar kvinnor utsatta förpartnervåld, samt vilka hinder som screeningen medför	Kvalitativ design 14 individuella semistrukturerade intervjuer. 5 fokusgrupper på 3-5 deltagare	Strategiskt urval med 35 deltagande. 26 sjuksköterskor, 4 läkare och 5 socialarbetare	Resultatet visar att deltagarna upplever utmaningar i att screena och hantera kvinnor utsatta för våld i nära relation. Brist på utbildning, tid och organisatoriska rutiner påverkar deras arbete. Samarbetet mellan hälso- och sjukvårdspersonal och socialarbetare är viktig, men begränsas av bristande resurser och otillgängliga stödinsatser. Detta utgör hinder för att långsiktigt kunna stödja de drabbade kvinnorna	Hög
Efe & Taskin 2012 Turkiet	Emergency Nurses' Barriers to Intervention of Domestic Violence in Turkey: A Qualitative Study	Att identifiera de faktorer på akutmottagningen som hindrar sjuksköterskans adekvata omhändertagande av kvinnor utsatta för våld i hemmet	Kvalitativ design Individuella, semistrukturerade intervjuer	Strategiskt, slumpmässigt urval med 30 deltagande sjuksköterskor från 3 olika akutmottagningar	Resultatet visar att sjuksköterskorna vanligtvis inte ingriper vid våldsmisstanke till följd av bristande kunskap och utbildning, otillräckliga arbetsresurser	Medel. Författarna har slagit ihop studiens resultat med deras diskussion vilket försvårar tydligheten och åtskillnade

					eller tidsbrist. Flera sjuksköterskor anser att det är socialarbetares eller psykologers ansvar att ta hand om kvinnor utsatta för våld i hemmet. Sjuksköterskorna rapporterar även att det inte finns någon lösning på problemet, vilket hindrar dem från att agera från första början	n mellan forskningsfynd och egna tolkningar. Där finns även brister i redovisningen av analysprocessen som gör det otydligt för läsaren att förstå vem som gjort vad och varför.
Robinson 2010 USA	Myths and Stereotypes: How Registered Nurses Screen for Intimate Partner Violence	Att undersöka hur sjuksköterskor på akutmottagningen screenar kvinnor utsatta för våld i nära relation. Vilka hinder som finns, vilka resurser som krävs, samt hur de ser på sin roll i att stödja våldsutsatta kvinnor	Fenomenologisk, kvalitativ design Individuella, strukturerade intervjuer	Strategiskt urval med 13 deltagande sjuksköterskor från flera olika akutmottagningar	Resultatet visar att sjuksköterskor har förutfattade meningar om våld i nära relation vilket påverkar deras vilja att screena utsatta patienter. Screeningen påverkas av patientens beteende och anhörigas agerande. Frustration uppstår när problem inte kan lösas på plats. Trots hinder erkänner sjuksköterskorna fördelar	Hög

					med att screena våldsutsatta patienter, men saknar ofta utbildning och kunskap om lokala rutiner. Manliga sjuksköterskor känner sig mer bekväma att hantera fysiska skador än de känslomässiga konsekvenser våldet medför	
Saberi et al. 2017 Australien	Ready, willing and able? A survey of clinicians' perceptions about domestic violence screening in a regional hospital emergency department	Att undersöka hur nuvarande metoder för screening av kvinnor utsatta för våld i hemmet fungerar på akutmottagningen. Studien avser även att utvärdera behovet av utbildning, träning och stöd inför en kommande pilotintervention	Kvantitativ tvärsnittsstudie med enkätutskick	Strategiskt bekvämlighetsurval med 76 deltagare, varav 61 sjuksköterskor på en akutmottagning	Resultatet visar att 82,3% (n=65) anser att screening av patienter utsatta för våld i hemmet är motiverat. Screening sker främst vid oförklarliga skador hos kvinnor. Gravida kvinnor och män identifieras mer sällan. Brist på utbildning (83,3%, n=55) och låg komfort (78,5%, n=56) är de främsta hindren för screening. Högre självefffektivitet och utbildning ökar komforten,	Hög

					medan rädsla för att förolämpa patienterna minskade benägenheten att identifiera våldsutsatthet	
Sargeant et al. 2023 Australien	"If Not Me, Then Who?": Exploring the Challenges Experienced by Front-Line Clinicians Screening for, and Communicating About, Domestic Violence in the Emergency Department	Att undersöka hur interaktioner mellan läkare och sjuksköterskor på akutmottagningar påverkar screeningen av patienter utsatta för våld i hemmet, samt att analysera hinder och möjliggörare för en mer effektiv screeningprocess	Kvalitativ metod med en beskrivande design Individuella, semistrukturerade intervjuer	Strategiskt bekvämlighetsurval med 21 deltagare. 7 läkare och 14 sjuksköterskor från 7 olika akutmottagningar	Resultatet visar att deltagarna har begränsad kunskap om formella screeningprocesser för våld i hemmet, samt saknar relevant utbildning. Kunskap erhålls främst genom kollegor och praktisk erfarenhet. Deltagarna upplever en osäkerhet kring ansvarsfördelning där några anser det vara socialarbetares uppgift att screena våldsutsatthet medan andra initierar samtal själva. Utmaningar i screeningprocessen är språkbarriärer, könsstereotypa uppfattningar och bristande förtroende	Hög
Spangaro et al.	Emergency Department	Att utvärdera genomförbarheten,	Mixed method, genomförbarhetsstudie	Strategiskt urval med 198 deltagare för	Resultatet visar att erfarenhetsniv	Hög

2022 Australien	t staff experiences of screening and response for intimate partner violence in a multi-site feasibility study: Acceptability, enablers and barriers	acceptansen och lämpligheten av ett screeningsverktyg för patienter utsatta för partnervåld. Att undersöka hälso- och sjukvårdspersonalens erfarenheter av screeningprocessen, samt vilka möjliggörare eller hindrande faktorer som finns	Enkätutskick med efterföljande fokusgrupper där ett urval av deltagarna bjudits in	enkätstudien. 123 sjuksköterskor, 45 socialarbetare och 28 läkare från 3 olika akutmottagningar. 39 sjuksköterskor och socialarbetare, deltog senare i fokusgrupperna	åer varierar mellan yrkesgrupper där socialarbetare har högst erfarenhet av IPV. 87% (n=172) anser att screening är lämpligt. 62% (n=123) upplever att screening har en positiv inverkan på patienten. Screeningverktyg, psykosocialt stöd och stöd från sjukhusledningen möjliggör screening medan tidsbrist, svårigheter att upprätthålla konfidentialitet i samtal och bristande integration utgör hinder. Många, särskilt sjuksköterskor efterfrågar längre och mer praktisk utbildning	
Leppäkoski et al. 2010 Finland	Identification of women exposed to acute physical intimate partner violence in an	Att undersöka hur ofta hälso- och sjukvårdspersonal uppskattar att kvinnor utsatta för fysiskt partnervåld	Mixed metodh, deskriptiv tvärsnittsdesign Enkätutskick efterföljt av semistrukturerade intervjuer med ett urval av deltagarna	Till enkätstudien rekryterades 488 deltagare via ett bekvämlighetsurval från 28 olika finska akutmottagnin	Resultatet visar att 48% (n=231) av hälso- och sjukvårdspersonalen screenar kvinnor utsatta för IPV minst en gång i	Hög

	emergency department setting in Finland T. Leppäkoski et al. Identification of exposure of women to acute physical violence	besökt akutmottagningen, samt att studera hur screeningprocessen vid akut partnervåld fungerar		gar. Majoriteten av deltagarna var sjuksköterskor. Av de som sedan gav samtycke till intervjuer valdes 20 deltagare ut slumpmässigt. Av dessa genomförde 16 sedan intervjun	månaden. Våldet identifieras främst efter skador vars förklaring inte överensstämmer (60%, n=243). Totalt upplever 58% (n=271) svårigheter med att screena för IPV, särskild på grund av kvinnors ovilja att berätta (44%, n=112), eller till följd av bristande kunskap hos personalen (17%, n=44). De som fått utbildning inom IPV är mer benägna att beskriva identifieringsproblem än de som inte har någon utbildning ($p<0.05$)	
Sweeny et al. 2021 Australien	Improving domestic violence screening practices in the emergency department: an Australian perspective	Att undersöka de hinder hälso- och sjukvårdspersonal på akutmottagningen möter vid screening av patienter utsatta för partnervåld, samt att studera vilka åtgärder som vidtas efter att	Kvantitativ tvärsnittsstudie med enkätutskick	Strategiskt urval med 496 deltagare. 191 läkare, 256 sjuksköterskor och 47 socialarbetare från 9 olika akutmottagningar	Resultatet visar att 99% (n=381) anser att screening utav våldsutsatta patienter på akutmottagningen är viktigt. 2% (n=9) av deltagarna uppger att de frågar alla patienter om våldsutsatthet.	Hög

		patienters utsatthet identifierats			43% (n=171) menar att patienten tar illa vid sig av att få frågan om våld. Uttalade hinder för identifieringsarbetet inkluderar hög patientbelastning och brist på enskilda rum. I 89% (n=322) av fallen där våld identifierats är remiss till socialarbetare den vanligaste åtgärden	