



LUNDS UNIVERSITET
Medicinska fakulteten

Sjuksköterskans möte med kvinnor som utsatts för våld i nära relationer

- En litteraturstudie

Författare: Anna Malmros & Lina Nilsson

Handledare: Angelika Fex

Kandidatuppsats

Hösten 2013

Lunds universitet
Medicinska fakulteten
Nämnden för omvårdnadsutbildning
Box 157, 221 00 LUND

Sjuksköterskans möte med kvinnor som utsatts för våld i nära relationer

- En litteraturstudie

Författare: Anna Malmros & Lina Nilsson

Handledare: Angelika Fex

Kandidatuppsats

Hösten 2013

Abstrakt

Våld i nära relationer är ett betydande hälsoproblem och sjuksköterskan kommer i sitt arbete med stor sannolikhet att möta kvinnor som utsatts för våld i nära relationer. Syftet med studien var att belysa sjuksköterskans möte med kvinnor som utsatts för våld i nära relationer. Studien genomfördes som en litteraturöversikt baserad på nio artiklar. Analysen av artiklarna resulterade i sex kategorier; Att behöva kunskap och utbildning, Att screena och identifiera tecken på våld, Att påverkas av arbetsplatsens organisation, Att bemöta kvinnor som utsatts för våld, Att agera i syfte att stödja samt Att behöva professionellt stöd. Utbildning och kunskap om våld i nära relationer var genomgående faktorer som påverkade om sjuksköterskan screenade för våld i nära relationer, och som påverkade sjuksköterskans förmåga att möta och ge stöd åt kvinnor som utsatts för våld. Hälsa- och sjukvårdsorganisationen bör aktivt integrera riktlinjer och handlingsplaner i det vardagliga hälso- och sjukvårdsarbetet för att förbättra arbetet med våld i nära relationer.

Nyckelord

Partnervåld, relationen sjuksköterska-patient, sjuksköterskans stöd, utbildning.

Lunds universitet
Medicinska fakulteten
Nämnden för omvårdnadsutbildning
Box 157, 221 00 LUND

Innehållsförteckning

Innehållsförteckning	1
Introduktion.....	2
Problemområde	2
Bakgrund	3
Våld i nära relationer	3
Våldsprocessen	4
Screening av våld i nära relationer	5
Sjuksköterskans ansvar	5
Jean Watsons transpersonella omsorgsrelation.....	6
Syfte.....	7
Metod	7
Urval	7
Datainsamling	8
Dataanalys.....	10
Forskningsetiska avvägningar	10
Resultat	10
Att behöva kunskap och utbildning	10
Att screena och identifiera tecken på våld	11
Att påverkas av arbetsplatsens organisation	11
Att bemöta kvinnor som utsatts för våld	13
Att agera i syfte att stödja	14
Att behöva professionellt stöd.....	15
Diskussion	16
Diskussion av metod.....	16
Diskussion av resultat.....	18
Slutsats och kliniska implikationer	21
Författarnas arbetsfördelning.....	21
Referenser.....	22
Bilaga 1, Litteratormatris	

Introduktion

Problemområde

Inom vårddyrket kommer sjuksköterskan i kontakt med människor som blivit utsatta för misshandel (Region Skåne, 2010). Misshandel definieras enligt Nationalencyklopedin (2013) som; ”brott mot liv och hälsa som består i att man tillfogar en annan person kroppsskada, sjukdom eller smärta eller försätter offret i vanmakt eller annat liknande tillstånd”. Brottsförebyggande rådet (BRÅ) rapporterar att 89 500 misshandelsbrott anmäldes i Sverige år 2011, vilket är en ökning med två procent sedan år 2010. Av misshandelsbrotten från år 2011 uppgav sex procent av männen och 27 procent av kvinnorna att gärningspersonen var en närstående (Eriksson, Hradilova, Selin & Westlund, 2012). Samhällskostnaden för våld mot kvinnor uppskattades av Socialstyrelsen (2006) till att uppgå till mellan 2,7 och 3,3 miljarder kronor per år, varav direkta sjukvårdskostnader är 38 miljoner (Socialstyrelsen, 2006). Sjuksköterskan är ofta en av de första som möter våldsutsatta personer som söker vård, vilket föranleder behovet av beredskap och förmåga att kunna möta dessa personer (Björck & Heimer, 2008).

Det finns en tendens bland sjuksköterskor att istället för att använda sig av riktlinjer för att identifiera förekomst av partnervåld så uppmärksammas eventuellt utsatta patienter baserat på sjuksköterskornas personliga uppfattningar om vem som kan vara utsatt för partnervåld (Robinson, 2010). Våld i nära relationer drabbar kvinnor i alla sociala samhällsklasser och i alla åldrar (Andréasson, Stenson, Björck & Heimer, 2005). Även kvinnor och män i samkönade relationer samt män i heterosexuella relationer drabbas (Du Plat-Jones, 2006; Ford, Slavin, Hilton & Holt, 2013). Att utöva omvårdnad utifrån förutfattade meningar kan leda till att felaktiga slutsatser dras om patienten, som då inte får sina hälso- och sjukvårdsbehov tillgodosedda (Fossum, 2007; Barber, 2008).

Andréasson et al. (2005) menar att rutiner och handlingsplaner måste integreras i hälso- och sjukvårdens organisation för att stärka legitimiteten och säkerställa en hög kvalitet inom vårdarbetet med våld i nära relationer. Det finns stora skillnader i Sveriges landstings/regioners beredskap att upptäcka våld i nära relationer både inom och mellan landstingen/regionerna. Runt hälften av landstingen/regionerna har en officiell policy för arbetet med våld i nära relationer. Men en nationell kartläggning visar att detta inte

nödvändigtvis tar sig uttryck i verksamheten, utan följsamhet till policy förefaller snarare att bero på enskilda anställdas kompetens och engagemang. Konkreta rutiner och handlingsplaner kan bättre säkerställa att kvinnor som utsatts för våld i nära relationer får en fullgod vård oavsett var de befinner sig, geografiskt eller i vårdkedjan (Andréasson et al., 2005).

Nordborg (2008) belyser betydelsen av sjuksköterskans insikt om den våldsprocess som en patient utsatt för våld i nära relationer befinner sig i. Det är viktigt att i tid bryta in så nära våldsfasen som möjligt, då patientens beredskap att medge våld är som störst. Att bryta in så nära våldsfasen som möjligt är en förutsättning för att kunna påbörja ett eventuellt förändringsarbete. Här blir vikten av sjuksköterskans möte med dessa patienter tydlig (ibid.). Författarna fokuserar i denna studie på sjuksköterskan i mötet med heterosexuella kvinnor som utsatts för våld i nära relationer.

Bakgrund

Våld i nära relationer

Våld i nära relationer definieras enligt Nationellt Centrum för Kvinnofrid (2013) som ”alla typer av våld som kan förekomma mellan närstående i såväl heterosexuella som samkönade relationer samt inom syskon- och andra familje- och släktrelationer” (Uppsala Universitet, 2013).

Partnervåld definieras enligt Socialstyrelsens folkhälsorapport (2009) som ”våld inom en aktuell eller tidigare parrelation, det vill säga våld som utövas av en nuvarande eller tidigare make eller maka, sambo, pojk- eller flickvän eller särbo” (s. 347). Partnervåld kan få stora följder för den utsattes psykiska och fysiska hälsa. Vidare kan konsekvenser som exempelvis ekonomiska problem, sjukskrivning, arbetslöshet och isolering följa på våldet (Leander et al., 2009). Öhman (2009) betonar våld i nära relationer som ett viktigt ämne för vårdvetenskapen, då människor som utsatts för våld många gånger söker sig till sjukvården. Öhman (2009) pekar på vårdvetenskapens brist på studier och kunskap om våld i nära relationer. Hädanefter kommer begreppet *våld i nära relationer* att användas i denna studie, då det inom litteraturen inte alltid görs en distinktion mellan partnervåld och våld i nära relationer (ibid.).

Våldsprocessen

Även om det varierar från par till par finns det ändå mönster i hur våld i en nära relation kan bli en normaliserad del av vardagen för båda parterna i förhållandet (Lundgren, 2004). Den från början kärleksfulla bekräftelsen från mannen övergår successivt till kontroll av exempelvis vad kvinnan gör, och vilka personer hon träffar. Kontrollen består ofta också i nedvärdering av kvinnan och hennes vänner. Uttryck för svartsjuka förekommer. Att mannen alternerar mellan att vara våldsam, för att sedan bli omtänksam, gör att de känslomässiga banden från kvinnan till mannen stärks, i kvinnans hopp om att de varma inslagen helt ska ta över. Gradvis sker en förskjutning där kvinnan övertar mannens nedvärdering av henne och hon börjar tro att hon bär ansvaret för våldet. Mannens kontroll av kvinnan kan leda till isolering så att kvinnan får allt mindre perspektiv från andra håll, varför hon kan ha svårt att motverka sin krympande självkänsla (ibid.).

Kvinnans uppbrottsfas kan ses i tre processer; det fysiska uppbrottet, känslomässig frigörelse, och insikten om det tidigare våldet och utsattheten som förhållandet innebär (Holmberg & Enander, 2011). När kvinnan känner att hennes liv riskeras, fysiskt eller av psykisk förminskning, eller när hon inser att hennes barn hotas, är exempel på situationer som kan medföra att det fysiska uppbrottet kan äga rum. Den känslomässiga frigörelsen består i sig av flera stadier, från att känna kärlek till mannen, hatkänslor, medlidande, och till att inte känna något alls då den känslomässiga kopplingen i det stora hela är bruten. Den slutliga uppbrottsprocessen innebär att kvinnan förstår att det var våld som hon utsatts för. På så sätt kan hon bli fri från den ofta förekommande skulden, och inse att det var mannen som bar ansvaret (ibid.).

Det är väsentligt att se helheten i kvinnans förhållande till mannen, för att på så sätt förstå att för kvinnan behöver inte uppbrottet vara den naturliga lösningen (Nordborg, 2008). Ekonomiska, praktiska och känslomässiga faktorer kan bidra till att kvinnan väljer att stanna. Ett ingripande bör, som tidigare nämnts, ske tidsmässigt i nära anslutning till våldsfasen. På så sätt ökar chanserna för att varken kvinnan eller mannen hunnit omtolka händelsen och att paret inte heller kommit in i följande fas av försoning. I skedet direkt efter våldsfasen finns det också störst hopp om att mannen, i alla fall till viss del, ska erkänna att han utövat våldet (ibid.).

Screening av våld i nära relationer

Screening för våld i nära relationer kan definieras som ”instrument som huvudsakligen syftar till att kartlägga förekomst av våld” (Jergeby, Miranda & Stranz, 2008, s.19). Antalet frågor och typ av frågor kan vara mer eller mindre omfattande, och frågorna kan vara riktade beroende på vilken profession som utför screeningen. Frågorna kan också fokusera psykiska eller fysiska sidor av våldet (Jergeby et al., 2008).

Enligt Berglund & Tønneson (2010) kan screening också definieras som en undersökning som erbjuds av hälso- och sjukvården till samtliga som söker vård, för att ett tillstånd ska upptäckas i syfte att bota det, eller för att lindra effekterna av tillståndet. Ur ett internationellt perspektiv har rutinfrågor om våld ansetts som och utvärderats som screening. Att vara utsatt för våld är dock inte att definiera som ett medicinskt tillstånd, och att rutinmässigt ställa frågor om våld anses inte vara något medicinskt test. Därför uppstår svårighet i att utvärdera våld enligt sjukvårdens gängse rutiner (Berglund & Tønneson, 2010). Rutinfrågor om våld uppges istället vara ett alternativ till begreppet screening (Berglund, 2010). I de artiklar som ligger till grund för föreliggande studies resultat förekommer dock begreppet “screening” tillsammans med “att ställa frågan om våld”, varför båda begreppen kommer att användas. “Screening” och “att ställa frågan om våld” kan sammanfattas som frågor om personlig erfarenhet av våld i nära relationer (ibid.).

Att fråga alla patienter om personliga erfarenheter av våld i nära relationer kan motiveras av antalet utsatta samt våldets konsekvenser på befolkningens hälsa. Omfattningen och våldets konsekvenser på hälsan får i sin tur konsekvenser för hälso- och sjukvården, varför frågan om våld bör vara en del av alla hälso- och sjukvårdsbesök (Berglund, 2010).

Sjuksköterskans ansvar

Määttä och Öresland (2009) belyser att man som sjukvårdspersonal enligt Hälso- och sjukvårdslagen ska arbeta för jämlikhet i vården. Det innebär att alla ska behandlas lika oavsett social klass, etnicitet, sexuell läggning och kön. Vidare anger Hälso- och sjukvårdslagen (SFS 1997:142), § 2, att ”vård skall ges med respekt för alla människors lika värde och för den enskilda människans värdighet”. Därtill medger § 2c att ”hälso- och sjukvården skall arbeta för att förebygga ohälsa. Den som vänder sig till hälso- och

sjukvården skall när det är lämpligt ges upplysningar om metoder för att förebygga sjukdom eller skada” (SFS 1998:1660).

Det ingår i sjuksköterskans arbetsuppgifter att identifiera omvårdnadsbehov. Det är sjuksköterskans huvudsakliga ansvar att bedöma patientens hälsa relaterat till hans/hennes vardagssituation, samt närstående och det sammanhang patienten lever i. En del i omvårdnadsprocessen är att sjuksköterskan tillgodogör sig information om patienten. För att så effektivt som möjligt kunna tillgodogöra sig informationen krävs att det upprättas en relation byggd på förtroende, att sjuksköterskan lyssnar till patienten samt ställer adekvata frågor (Florin, 2009). Sjuksköterskan bör också ha en medvetenhet om flera olika behovsscenarioer och en lyhördhet som inte hindras av omedvetna fördomar och normer (Öhman, 2009).

Ovan nämnda aspekter är relevanta då sjuksköterskan kommer i kontakt med patienter som utsatts för våld. Med anledning av sjuksköterskans potentiella kontakt med dessa patienter har det upprättats regionala riktlinjer. I Region Skånes riktlinjer för våld i nära relationer (2010) mellan vuxna betonas att hälso- och sjukvårdspersonal bland annat ska ha grundläggande kunskap om problematiken kring våld i nära relationer, ta ansvar för upptäckt samt kunna ge stöd till den som utsatts. Vidare ska sjukvårdspersonalen på ett respektfullt sätt våga ställa frågor, lyssna och informera samt erbjuda insatser som syftar till att stödja (Region Skåne, 2010). Tufts, Clements och Karlowicz (2009) menar att sjuksköterskor hindras ifrån att intervensera vid våld i nära relationer på grund av otillräcklig utbildning och kunskap, missuppfattningar om det ansvar som ingår i yrkesrollen, samt myter om socioekonomisk status, etnicitet, nationalitet eller kultur hos förövare och utsatta för våld i nära relationer.

Jean Watsons transpersonella omsorgsrelation

Jean Watson (1993) betraktar människan som en subjektiv varelse med unika upplevelser och erfarenheter. Ett samband existerar mellan hur människan utvecklas parallellt med och i relation till omvärlden. Hälsa ses som en process och förändringar sker kontinuerligt med både sjuksköterskan och patienten som deltagare (Watson, 1993). Watson menar att en god sjuksköterska utövar omsorg genom att vara känslig för människan som en unik person, gör sig medveten om personens känslor, och särskiljer personen från andra människor. Det innebär att sjuksköterskan undviker att generalisera individer till större grupper. Watson talar

om en transpersonell omsorgsrelation vilket innebär att som sjuksköterska mentalt ta sig utanför sig själv för att på ett djupare plan få förståelse för patientens subjektiva livsuppfattning (Watson Caring Science Institute, 2013). Watson menar att sjuksköterskan måste ha förståelse för att varje människa är unik, både sjuksköterskan själv och den person som sjuksköterskan möter. Genom förståelse för att varje människa är en unik varelse och genom att aktivt närvara i stunden upprättas ett band av ömsesidighet där sjuksköterska och patient möts som två jämlika individer. Om sjuksköterskan möter patienten utifrån patientens referensram kan de tillsammans leta efter mening, utifrån patientens uppfattning om sin verklighet och sig själv som helhet. Härigenom menar Watson att effekten av utförda sjukvårdsåtgärder och känsla av välbefinnande maximeras (ibid.). Den transpersonella omsorgsrelationen kan också beskrivas genom de fyra förutsättningarna; att främja värdigheten och möjligheten till självbestämmande; att bekräfta patientens egen jag-betydelse; att sjuksköterskan har förmågan att uppfatta patientens känslotillstånd i allt ifrån beteende och kroppsspråk till verbal kommunikation; samt att sjuksköterskan kan nå insikt om patientens känslotillstånd och skapa en jämlik relation (Watson, 1993).

Syfte

Syftet med litteraturstudien var att belysa sjuksköterskans möte med kvinnor som utsatts för våld i nära relationer.

Metod

En litteraturstudie genomfördes för att sammanställa tillgänglig forskning gällande sjuksköterskans möte med kvinnor som utsatts för våld i nära relationer, i enlighet med Fribergs (2006) beskrivning av en litteraturöversikt.

Urval

Inklusionskriterierna var könsneutrala och studierna inkluderade yrkesverksamma sjuksköterskor och vuxna våldsutsatta patienter. Artiklarna som valdes var publicerade mellan år 2003-2013, och behandlade mötet i vården mellan sjuksköterska och patient som utsatts för våld i nära relationer. Språket för inkluderade artiklar var engelska eller nordiska språk.

För att besvara studiens syfte skulle de inkluderade studiernas deltagare innefatta kliniskt verksamma sjuksköterskor, därför uteslöts artiklar ur enbart ett patientperspektiv. En studie med både sjuksköterskor och patienter, samt en artikel med sjuksköterskor och läkare inkluderades.

Datansamling

En systematisk informationssökningsmetod användes, vilket innebär ett strukturerat tillvägagångssätt där sökningarna kontinuerligt dokumenteras enligt arbetsplanen (Östlundh, 2006).

Inledningsvis söktes relevanta sökord och MeSH-termer. Databaser som användes var Cinahl och PubMed, som båda har en tydlig omvårdnadsinriktning. Sökningar genomfördes även i Psychinfo. Sökningar i Psychinfo gav endast träffar som återfunnits i Cinahl och PubMed och redovisas därför inte.

MeSH står för *Medical Subject Headings* och utgör ämnesord i PubMed/Medline. MeSH är i PubMed exempel på ämnesord som valts ut för att beskriva ett visst ämne i en databas (Friberg, 2006). Vid sökning i Cinahl framkom genom Cinahl headings, som är motsvarigheten till MeSH-termer i Cinahl, att ”domestic violence” och ”intimate partner violence” var de två söktermer som sammanfattade våld i nära relationer. Därtill användes ”nurse-patient relations”. MeSH-termer som användes i PubMed var ”nurse-patient relations” samt ”spouse abuse”.

Boolesk söklogik användes för att begränsa sökningarna och för att sätta sökorden i relation till varandra (Friberg, 2006). I Cinahl användes operatorn OR mellan ”intimate partner violence” och ”domestic violence” tillsammans med AND ”nurse-patient relations”. I PubMed användes enligt boolesk söklogik AND mellan ”nurse-patient relations” och ”spouse abuse”. Funna artiklars referenslistor användes för manuella sökningar, i enlighet med Fribergs (2006) sekundärsökning. Via referenslista identifierades en av nio inkluderade artiklar. I Tabell 1 och Tabell 2 (sidan 9) redovisas sökningarna i Cinahl och PubMed.

Urvalsprocessen utfördes enligt de steg som beskrivits av Forsberg och Wengström (2003). När en relevant titel identifierades lästes abstract, och i relation till studiens syfte inkluderades

eller exkluderades artikeln (ibid.). Både kvalitativa och kvantitativa artiklar inkluderades. De inkluderade artiklarna granskades enligt granskningsprotokoll för kvalitativ respektive kvantitativ metod (Willman, Stoltz, & Bahtsevani, 2006). Varje artikel poängsattes med ett poäng per uppfyllt kriterium varpå en procentsats räknades ut med hjälp av totalt antal poäng. Varje artikel skulle ha minst 80 % uppfyllda kriterier för att inkluderas (Willman et al., 2006). Utifrån kvalitetsgranskningens kriterier höll en artikel låg kvalitet och uteslöts. Litteratursökning med efterföljande kvalitetsgranskning resulterade i nio artiklar som presenteras i Bilaga 1.

Tabell 1. Litteratursökning i databasen Cinahl.

Databas: Cinahl	Sökord	Antal träffar	Granskade	Urval 1	Urval 2	Valda Artiklar
# 1	<i>Nurse-patient relations</i>	17536				
#2	<i>Intimate partner violence</i>	4692				
#3	<i>Domestic violence</i>	11375				
#4	<i>#1 AND #2 OR #3</i>	88	88	9	6	6

Tabell 2. Litteratursökning i databasen PubMed.

Databas: PubMed	Sökord	Antal Träffar	Granskade	Urval 1	Urval 2	Valda Artiklar
# 1	<i>Nurse-patient relations</i>	29792				
#2	<i>Spouse abuse</i>	3379				
#3	<i>#1 AND #2</i>	41	41	7	3	2

Dataanalys

Analysen av materialet baserades på Fribergs (2006) beskrivning av analys vid litteraturstudier. Metoden innebär att båda författarna efter noggrann läsning av utvalda artiklar sökte likheter och skillnader mellan artiklarnas resultat. Artiklarna lästes grundligt med fokus på resultatredovisning, varpå en matris skapades för att få en överblick och identifiera likheter och skillnader. Likheter och skillnader i artiklarnas resultat sammanfogades i teman som sedan bildade sex kategorier (ibid.).

Forskningsetiska avvägningar

Enligt Kjellström (2012) handlar forskningsetik om att se till att studier som inkluderar människor genomförs så att deltagarna inte kommer till skada eller utnyttjas. Forsberg och Wengström (2008) betonar betydelsen av att i en litteraturstudie kontrollera att valda studier erhållit godkännande från en etisk kommitté, alternativt att studiernas författare genomfört och beskrivit etiska överväganden. I föreliggande studie bedömdes om det i de aktuella artiklarna förts ett etiskt resonemang, och om artiklarna genomgått en etisk granskning.

Resultat

Analysprocessen resulterade i sex kategorier som var och en redovisas i det kommande. För beskrivning av de olika studiernas syfte och metod hänvisas till Bilaga 1, Litteraturmatris.

Att behöva kunskap och utbildning

Att vara utbildad och inneha kunskap om våld i nära relationer ökar sjuksköterskans handlingsberedskap inför situationer då våld i nära relationer förekommit. Sådan utbildning kan också öka sjuksköterskans förtrogenhet i att uppmärksamma och diagnostisera kvinnor som utsatts för våld (Hinderliter, Doughty, Delaney, Rogers Pitula & Campbell, 2003).

Sjuksköterskorna i en kanadensisk studie menade att träning och professionell fortbildning är nödvändigt för att på ett effektivt sätt kunna stödja och hjälpa kvinnor som utsatts för våld i nära relationer (Hughes, 2010). Forskning visar även att det finns ett positivt samband mellan kunskap och intention att bemöta våldsutsatta kvinnor (Natan & Rais, 2010). I en nyligen publicerad svensk studie som undersökte sjuksköterskors förkunskaper och förmåga att möta

kvinnor i nämnda kontext påtalas att dagens sjuksköterskeutbildning inte tillhandahåller tillräcklig utbildning och träning i att bemöta kvinnor som utsatts för våld i nära relationer (Sundborg, Saleh-Stattin, Wändell & Törnkvist, 2012).

Flera studier pekar på brister i den tillgång till träning och utbildning som krävs för att sjuksköterskan genom omvårdnad ska kunna hjälpa kvinnor som utsatts för våld i nära relationer. Bristerna avser kunskap vad gäller att identifiera tecken och symtom, samt ställa adekvata frågor (Sundborg et al., 2012; Ramsay et al., 2012; DeBoer, Kothari, Kothari, Koestner & Rohs, 2013).

Att screena och identifiera tecken på våld

För att kunna identifiera våld i nära relationer påtalar Ramsay et al. (2012) vikten av att screena och fråga rakt på sak. Alla sjuksköterskor tycks dock inte känna sig bekväma med att diskutera våld i nära relationer med kvinnan (Ramsay et al., 2012). Det råder skilda åsikter vad gäller att screena och uttryckligen ställa frågan om våld i nära relationer, generellt kan en uppdelning ses där hälften av sjuksköterskorna frågar och hälften inte frågar (Hinderliter et al., 2003; Ramsay et al., 2012; Natan & Rais, 2010; Sundborg et al., 2012). En anledning till att sjuksköterskor inte screenar och ställer frågan rakt på sak är brist på kunskap och kompetens inför hur de ska hantera en eventuell delgivning om våld i nära relationer. Delgivning innebär att en person erkänner att hon/han varit utsatt för våld i nära relation (Sundborg et al., 2012; Webster, Bouck, Wright & Dietrich, 2006).

För att screena och ställa kvinnan frågan om våld behöver sjuksköterskan inneha kunskap och känna sig förberedd på att hantera situationer som inbegriper våld i nära relationer (Sundborg et al., 2012). Forskning visar att utbildning om våld i nära relationer bidrar till att sjuksköterskan är positivt inställd till screening. En positiv inställning kan påverka antalet identifierade fall av våld i nära relationer (DeBoer et al., 2013; Hinderliter et al., 2003). Sjuksköterskors eget intresse gällande våld i nära relationer är också en starkt bidragande faktor till att fråga kvinnan om hon utsatts för våld (Sundborg et al., 2012).

Att påverkas av arbetsplatsens organisation

En stödjande arbetsorganisation är av vikt för ge arbetstillfredsställelse och vårdkvalitet vid arbetet med våld i nära relationer. Tillräckligt med personal och flexibilitet i schema behövs

för att sjuksköterskan ska kunna lägga ned tid i samband med akuta ärenden, som våld i nära relationer, kan innebära (Brykczynski, Crane, Medina & Pedraza, 2009).

Trots vikten av förutsättningar från arbetsplatsen för att agera vid fall av våld i nära relationer beskriver forskning hur stödet från arbetsplatsen ofta brister. Det bristande stödet ses i hur arbetsplatser inte uppmuntrar till att reagera på delgivanden om våld, exempelvis genom att inte ha rutiner och handlingsplaner. Det kan också handla om att arbetsplatsen inte erbjuder tillräckligt med tid eller möjlighet för att screena kvinnor som utsatts för våld i nära relationer (Ramsay et al., 2012; Natan & Rais, 2010; DeBoer et al., 2013).

Förekomsten av riktlinjer och handlingsplaner för identifiering och hantering av våld i nära relationer kan ses som ett riktmärke för hur uppmuntrande organisationen är till att uppmärksamma och reagera i sådana situationer. Brist på riktlinjer och resurser på arbetsplatsen uppges som en trolig anledning till att inte vara tillräckligt förberedd för att tillhandahålla omvårdnad till kvinnor som utsatts (Sundborg et al., 2012). Tydliga riktlinjer och handlingsplaner efterfrågas angående om, hur och när det är lämpligt att fråga, samt hur sjuksköterskor ska agera vid delgivning av våld i nära relationer (Hughes, 2010). Dock kan en problematik ses i att det inte räcker att riktlinjer och handlingsplaner existerar inom organisationen för att sjuksköterskor också ska använda dem (Ramsay et al., 2012; Sundborg et al., 2012).

Sjuksköterskor uppger det som nödvändigt att sjukvårdsorganisationen tillhandahåller information till sjuksköterskorna om tillgängliga samarbeten med myndigheter och organisationer för hantering av våld i nära relationer. Organisationen behöver även bistå med information som de kan vidarebefordra till våldsutsatta patienter, såsom samhällsresurser för stöd, tillgängliga skyddade boende och kuratorer (Sundborg et al., 2012; Webster et al., 2006).

En svensk studie påtalar att organisationen bör säkerställa att sjuksköterskorna fortbildas inom våld i nära relationer. Sådan utbildning är relativt ovanlig på arbetsplatser. Många sjuksköterskor uttrycker ett intresse av att lära sig mer om våld i nära relationer samt hur dessa situationer ska hanteras (Sundborg et al., 2012).

Att bemöta kvinnor som utsatts för våld

Att kvinnor på eget initiativ berättar om våld i nära relationer beskrivs i en kanadensisk studie som ovanligt. Istället sker det vanligen indirekt i och med tecken som uppkommer då kvinnan söker vård av andra anledningar (Hughes, 2010). Att lyssna och vara inkännande, samt att inte skuldbelägga benämns som viktiga aspekter för att främja delgivning från de kvinnor som utsatts (Brykczynski et al., 2009; Watt, Bobrow & Moracco, 2008). Det är viktigt att som sjuksköterska skapa en öppen och tillåtande atmosfär som kan bidra till att kvinnor delger att de är utsatta för våld i en nära relation (Brykczynski, et al., 2009). Viktigt är även att inta ett holistiskt förhållningssätt genom att lyssna och notera känslotillstånd; att inte enbart fokusera på fysiska skador (Brykczynski et al., 2009).

Det är också angeläget att sjuksköterskan är medveten om att avslöjanden av våld i nära relationer inte alltid uppkommer vid ett första besök i samband med att frågan om våld ställs, utan att delgivning sker när förtroende etablerats och en relation har skapats (Hughes, 2010; Watt et al., 2008). Ett sätt att ställa frågan om eventuellt våld kan vara att använda sig av ett generellt påstående om förekomst av våld i nära relationer, för att kvinnan inte ska känna sig utpekad (Webster et al., 2006). Det är också angeläget att vara ihärdig genom att fråga vid upprepade tillfällen, då kvinnans beredskap att lämna relationen kan ändras över tid (Brykczynski et al., 2009; Watt et al., 2008).

Det är vanligt att kvinnor som utsatts för våld i nära relationer förnekar att de skador de uppvisar beror på misshandel. Med hjälp av sin erfarenhet kan sjuksköterskan identifiera situationer då redogörelse av orsak till skada som uppvisas inte stämmer överens med vad som vanligen är orsak till uppvisad skada. Om sjuksköterskan identifierar en sådan situation bör detta förklaras för kvinnan, för att ge ytterligare möjlighet till att medge våld i nära relationer (Sundborg et al., 2012; Watt et al., 2008). I de fall då kvinnan som utsatts för våld visar tecken på bristande insikt om våldets allvar kan sjuksköterskan med hjälp av sin kompetens betona hur allvarliga kvinnans skador är. Medvetandegörandet av allvaret i situationen är viktigt, då våldet i många fall kan vara dödligt om det fortgår (Brykczynski et al., 2009).

Att agera i syfte att stödja

Att ge kvinnor som utsatts för våld i nära relationer olika former av stöd, både långsiktigt och kortsiktigt på olika sätt är en vital del av omvårdnaden (Hughes, 2010; Natan & Rais, 2010; Sundborg et al., 2012; Watt et al., 2008). En del av detta stöd är emotionellt. Det innebär att lyssna och försäkra kvinnan om att hon befinner sig i trygghet samt att uppmuntra och bekräfta kvinnan i att hon vill lämna sin situation. Emotionellt stöd kan också bestå i att bekräfta kvinnan och berätta för henne att hon förtjänar en bättre livssituation (Sundborg et al., 2012; Watt et al., 2008). Dock visar en studie av Ramsay et al. (2012) att hälften av sjuksköterskorna inte gav emotionellt stöd till den våldsutsatta kvinnan.

Det är sjuksköterskans uppgift att stödja kvinnan i sin process att komma till insikt och eventuellt förändra sin situation. Men kvinnan måste själv fatta beslut om sin livssituation och bestämma om, när och hur hon vill ta emot hjälp (Brykczynski et al., 2009; Hughes, 2010; Webster et al., 2006). Omvårdnaden vid förekomst av våld i nära relationer behöver anpassas efter kvinnan, så att hon har möjlighet att agera när hon är redo att göra det. Genom att förespråka säkerhet och tillhandahålla telefonnummer till hjälplinjer stödjer sjuksköterskan kvinnan utifrån kvinnans egna förutsättningar (Brykczynski et al., 2009).

När våld i en nära relation kommit sjuksköterskan tillkänna är det vanligt att sjuksköterskan via samtal informerar kvinnan om våld i nära relationer. Informationen kan innefatta tillgängliga organisationer som stödjer personer som utsatts för våld i nära relationer, eller individ- och parterapi (Hughes, 2010; Natan & Rais, 2010; Ramsay et al., 2012; Sundborg et al., 2012; Watt, et al., 2008).

En vanligt förekommande intervention vid våld i nära relation är att hänvisa kvinnan vidare till andra instanser. Det kan handla om att boka tid till en läkare, och att hänvisa till eller ombesörja kontakt med socialarbetare och/eller polis (Hughes, 2010; Natan & Rais, 2010; Ramsay et al., 2012; Sundborg et al., 2012; Watt et al., 2008). Att boka tid för ett återbesök till sjuksköterskan kan också vara en vanligt förekommande åtgärd för att ge kvinnan fortsatt stöd (Natan & Rais, 2010; Watt et al., 2008). Dock visade en svensk studie att endast en minoritet av sjuksköterskorna bokade tid för återbesök (Sundborg et al., 2012). Dokumentation omnämndes i några studier som en intervention. Då dokumenteras skadorna, men också den information som kvinnan givit om händelseförloppet. Information samlas även

från tidigare journalhandlingar (Natan & Rais, 2010; Ramsay et al., 2012; Sundborg et al., 2012).

En stor del av sjuksköterskans profession relaterat till arbetet med kvinnor som utsatts för våld i nära relationer handlar om att vara en länk mellan kvinnan och de stödresurser som finns i samhället (Hughes, 2010; Webster et al., 2006). Att som sjuksköterska hjälpa kvinnan att bryta social isolering kan ge henne möjlighet att fråga efter och få hjälp (Hughes, 2010). Betydelsen av att bredda det sociala nätverket genom etablerandet av kontakter utanför hemmet minskar inte bara social isolering, utan ger också tillfälle och möjlighet till praktiskt stöd (Brykczynski et al., 2009).

Tecken som kvinnor som utsatts för våld uppvisar i form av skador kan utgöra signaler om förhöjd fara, och att kvinnans situation eskalerat. Att som sjuksköterska betona och föra en diskussion kring skadornas betydelse kan få kvinnan att inse allvaret i situationen och på så sätt se behovet av säkerhetsplanering (Brykczynski et al., 2009). Säkerhetsplanering kan innebära att sjuksköterskan frågar om det finns vapen i hemmet, och om partnern nyligen har hotat kvinnan och/eller hennes barn. Långsiktig säkerhetsplanering kan utmynna i strategier så som att ha en säker plats att gömma sig på i hemmet, att få kvinnan att memorera telefonnummer till kvinnojourer, samt att fråga en familjemedlem eller granne om hjälp med skjuts till exempelvis hjälporganisationer (Hughes, 2010). Faktorer som vilken form av misshandel kvinnan erfarit, var förövaren befinner sig och om det finns barn inblandade kan utgöra delmoment i en säkerhetsplanering (Watt et al., 2008). Forskningen visar dock ett mönster av att få sjuksköterskor genomför säkerhetsplanering (Natan & Rais, 2010; Ramsay et al., 2012). En anledning uppges vara sjuksköterskors brist på erfarenhet vid hanterandet av våld i nära relationer (Natan & Rais, 2010).

Att behöva professionellt stöd

Sjuksköterskan kan i samband med att kvinnan delger att hon utsatts för våld i en nära relation uppleva känslor som rädsla, hjälplöshet, ilska, frustration och tvivel på sin egen professionella förmåga (Brykczynski et al., 2009; Webster et al., 2006). Sjuksköterskan kan även uppleva frustration över att inte själv kunna förändra situationen för de kvinnor som utsatts för våld i nära relationer befinner sig i (Natan & Rais, 2010). Insikten om att våld i nära relationer överhuvudtaget förekommer kan vara emotionellt påfrestande för sjuksköterskan och påverka förmågan och beredskapen att hjälpa kvinnor som utsatts för våld i nära relationer. Det

förekommer att sjuksköterskor tar egna initiativ för att hantera den personliga känslomässiga utmaningen i arbetet med kvinnor som utsatts för våld i nära relationer. Dessa initiativ kan innebära åtgärder som att ta kontakt med nära kollegor eller chefer för att få prata, vidare fysisk aktivitet och trädgårdsarbete, samt umgänge med barnen (Webster et al., 2006).

Det finns en problematik gällande hur sjuksköterskan ska kunna fortsätta vara medkännande, stöttande och engagerade i relationen med kvinnor som utsatts för våld i nära relationer (Brykczynski et al., 2009). Som sjuksköterska är det viktigt att inneha kunskap gällande den våldsprocess som kvinnorna befinner sig i. Faktorer som är viktiga att känna till är de olika stadier av beredskap som kvinnan kan befinna sig i, som att kvinnan är mer benägen att lämna förhållandet när hennes barn hotas eller utsätts för våld, eller att kvinnan vanligen, trots våldet, återgår till förhållandet (Brykczynski et al., 2009; Watt et al., 2008; Webster et al., 2006). Genom insikten om vad våldsprocessen innebär och de mönster som kvinnan agerar inom ökar möjligheterna för sjuksköterskan att bibehålla arbetsmoral och hopp. Detta genom insikten om att en förändring av kvinnans situation är möjlig, även om det kan bli i ett senare skede (Brykczynski et al. 2009).

Sjuksköterskan behöver professionellt stöd för att nå framgång i omvårdnadsarbetet med kvinnor som utsatts för våld i nära relationer. Genom handledning kan erfarenheter, utmaningar och framgångar med kvinnorna diskuteras tillsammans med kollegor och chefer. Fortbildning och erfarenhet nämns som viktiga parametrar för att sjuksköterskan ska kunna hantera arbetet med de våldsutsatta (Webster et al., 2006; Brykczynski et al., 2009). Det finns en generell motvilja att erkänna och diskutera våld i nära relationer. Därför är det viktigt att lyfta frågan i sjukvårdssammanhang, som ämne för generell diskussion för att öka medvetenheten (Brykczynski et al., 2009; Webster et al., 2006).

Diskussion

Diskussion av metod

I de inledande sökningarna användes många olika kombinationer av sökord, för att få en överblick av den forskning som fanns tillgänglig inom området. Under sökprocessen specificerades sökningarna till de MeSH- termer och Cinahl headings som bäst korrelerade med studiens syfte. Ett sökord som framkom var nurse-patient relations, vilket är MeSH-

termen i PubMed som beskriver relationen mellan sjuksköterska och patient. Det andra sökordet var spouse-abuse vilket är MeSH-termen för partnervåld, det vill säga våld mellan par i intima relationer. Det inbegriper inte våld mellan vänner, syskon, föräldrar eller andra relationer som inte är en pågående eller tidigare parrelation. Spouse abuse användes som sökterm i PubMed för att få ett mindre och mer specifikt träffresultat i relation till syftet. Att använda spouse abuse som sökterm kan dock ha medfört att relevanta artiklar uteslutits, då artiklarna till exempel kan ha använt sig av begreppet domestic violence. Cinahl headings som användes var intimate partner violence som är motsvarigheten till MeSH-termen spouse-abuse. Domestic violence användes som sökord i Cinahl tillsammans med intimate partner violence för att få ett större antal träffar.

Samtliga artiklars resultat översattes från engelska till svenska. Engelska är inte författarnas modersmål och för att minimera risken för felöversättning resonerade författarna tillsammans om aktuellt styckes betydelse.

När relevanta artiklar söktes fram bedömdes dessa utifrån överförbarhet till ett västerländskt perspektiv, för att kunna dra paralleller till den svenska hälso-och sjukvården. Kulturella skillnader som ledde till exklusion från studien var om de deltagande sjuksköterskorna uttryckte att våld kunde vara en normal del av ett förhållande, eller att det inte ingick i sjuksköterskans profession att bistå personer som utsatts för våld i nära relationer. Om artiklar med sådana skillnader inkluderats i litteraturstudien finns risk att resultatet presenterat värderingar som inte överensstämmer med sjuksköterskans profession i Sverige och den svenska lagstiftningen. Därmed hade resultatet varit mindre applicerbart i en svensk kontext. I det slutgiltiga urvalet ingick artiklar från USA, Kanada, England, Israel och Sverige.

För att bedöma kvaliteten hos de olika studierna användes Willman et al's (2006) protokoll för kvalitetsgranskning, vilket modifierades för att passa studiens inkluderade artiklar. Då inga av studierna som granskades var av typen RCT togs frågorna som behandlade RCT-studier bort från granskningsmallen för kvantitativ metod. Granskningsmallen för kvalitativ metod modifierades när det var relevant. Frågor angående teoribildning togs då bort. Användandet av granskningsprotokoll medför dock inte att risken för att övervärdera eller undervärdera faktorer helt undviks (Willman et al., 2006). För att minska risken för över- eller

undervärdering av artiklarnas kvalitet granskades de först av författarna individuellt, och sedan tillsammans.

I studien inkluderades en kvantitativ artikel som undersökte både sjuksköterskors och läkares upplevelser av att arbeta med patienter som utsatts för våld i nära relationer. För att undvika att basera resultatet på information från läkare användes endast de data som beskrev sjuksköterskornas enkätsvar. En kvalitativ studie hade endast sex deltagare vilket gör att dess validitet kan ifrågasättas. Men då en kvalitativ studie kan inkludera allt från fem till 25 deltagare (Kvale, 1997) anses antalet deltagare i detta fall inte vara en anledning till att utesluta artikeln.

Kvalitativa och kvantitativa undersökningar kan vara svåra att jämföra då de presenterar sina resultat på skilda sätt. Kvalitativa studier presenterar deltagarnas personliga erfarenheter i olika teman eller kategorier, medan kvantitativa studier utmärks av att resultatet baseras på statistiska beräkningar. Kvantitativa och kvalitativa artiklar jämfördes i denna studie via likheter och skillnader av övergripande aspekter, som sedan lett till de kategorier som utgör studiens resultat (Friberg, 2006). Samtliga steg i analysprocessen granskades och diskuterades av författarna tillsammans, för att undvika feltolkning (Forsberg & Wengström, 2008). Forsberg och Wengström (2008) poängterar också vikten av att presentera resultat, oavsett om det stödjer eller motsäger den eventuella hypotes som ligger till grund för den aktuella studien. Att enbart lägga fram resultat som stärker forskarnas åsikter betonar Forsberg och Wengström (2008) som oetiskt. Med medvetenhet om risken för personlig påverkan har författarna använt studiens syfte som stöd och utgångspunkt under hela analysprocessen.

Diskussion av resultat

Studiens resultat diskuteras inledningsvis i förhållande till Jean Watsons (1993) förutsättningar för att en transpersonell omsorgsrelation ska kunna äga rum i mötet mellan sjuksköterskor och kvinnor som utsatts för våld i nära relationer. Förutsättningen att främja värdighet och självbestämmande kan i denna studie härledas till vikten av att skapa en förtroendefull atmosfär för kvinnan och att låta kvinnan själv fatta beslut om sin situation, med sjuksköterskan som stöd. Att som sjuksköterska stärka kvinnans egna jag-betydelse kan medverka till att hjälpa kvinnan till eget självbestämmande. Förutsättningen att sjuksköterskan ska kunna uppfatta och förhålla sig till patientens känslotillstånd i allt från

beteende och kroppsspråk till verbal kommunikation är också en viktig förutsättning vid arbetet med kvinnor som utsatts för våld i nära relationer. Sjuksköterskan bör enligt Watson (1993) ha förmågan att uppfatta patientens känslotillstånd, vilket korrelerar väl med sjuksköterskans holistiska förhållningssätt som bör användas för att identifiera olika tecken på att våld i en nära relation kan föreligga. Den tredje förutsättningen, att som sjuksköterska nå insikt om patientens känslotillstånd och att uppnå en jämlik relation, kan kopplas till sjuksköterskans insikt om våldsprocessen. Insikt om våldsprocessen kan bidra till en förtroendegivande atmosfär där sjuksköterskan har förståelse för de olika faser och känslotillstånd som kvinnan kan genomgå. Denna förståelse kan förhoppningsvis sjuksköterskan förmedla till kvinnan. Därmed skapas en atmosfär som kan främja delgivning, och sjuksköterskan kan därifrån stödja kvinnan i att själv fatta beslut. På så sätt kan sjuksköterskan och kvinnan komma närmare en jämlik relation.

Brist på kunskap om våld i nära relationer är ett genomgående tema i de studier som analyserats. Brist på kunskap är en anledning till bristande omvårdnad av kvinnan som utsatts för våld i en nära relation. Att inneha kunskap är en betydande positiv faktor för att sjuksköterskan ska kunna bemöta kvinnan, att fråga och screena för våld, och att vara ett stöd för kvinnan. Att ha kunskap är även ett stöd för sjuksköterskan själv. Utbildning är en förutsättning för kunskap, självförtroende och professionell färdighet. Davila (2006) menar att förutsättningarna för en effektiv och säker vård till kvinnor som utsatts för våld i nära relationer ökar genom utbildning på flera plan. Utbildning om våld i nära relationer behöver göras tillgänglig både för sjuksköterskestudenter under den grundläggande sjuksköterskeutbildning, och för praktiserande sjuksköterskor genom kontinuerlig fortbildning (Davila, 2006). För att förstå kvinnor som utsatts för våld i nära relationer behövs kunskap om våldsprocessen. Sådan kunskap behövs för att undvika fördömanden från sjuksköterskan gentemot kvinnan. Kunskapen behövs också för att underlätta för sjuksköterskan i sin yrkesutövning, för att minska känslor av hopplöshet eller frustration. Kunskap om och förståelse för våld i nära relationer är inte den enda lösningen till att förbättra arbetet med våld i nära relationer inom hälso- och sjukvården. För att en förändring ska kunna genomföras behövs kontinuerlig fortbildning tillsammans med organisatoriskt stöd och riktlinjer, vilket även en studie av Beynon et al. (2012) beskriver som viktigt.

Denna studie belyser en efterfrågan av riktlinjer och handlingsplaner. I vissa fall saknas sådana och i andra finns en okunskap om förekomsten av riktlinjer och handlingsplaner för omvårdnad av kvinnor som utsatts för våld i nära relationer. Även om riktlinjer och handlingsplaner finns på arbetsplatsen visar denna studie att de inte nödvändigtvis efterföljs. Enligt en kartläggning över svenska hälso- och sjukvårdens arbete med våld mot kvinnor verkar implementering av officiella policys vara beroende av enskilda personers engagemang och kompetens (Andréasson et al., 2005). Men hälso- och sjukvården kan inte förlita sig på individuella eldsjälur i vårdarbetet. Det är enligt Hälso- och Sjukvårdslagen (SFS 1982:763) hälso- och sjukvårdens ansvar att, oavsett var vården geografiskt söks, erbjuda likvärdig vårdkvalitet. En förutsättning för att riktlinjer och handlingsplaner tas i bruk är att den kliniska verksamhetsorganisationen faktiskt implementerar dem (Andréasson et al., 2005).

De känslomässiga faktorer som sjuksköterskan kan påverkas av bör också betonas i arbetet med kvinnor som utsatts för våld i nära relationer. Det finns ett behov av yrkesmässig handledning och att få dela erfarenheter av arbetet med patienter som utsatts för våld i nära relationer med kollegor. Med hjälp av yrkesmässig handledning ges chans att bearbeta de känslor som kan uppkomma i arbetet med våldsutsatta. Davila (2006) poängterar betydelsen av att både studenter och yrkesverksamma sjuksköterskor som möter patienter som utsatts för våld får tillgång till handledning.

De artiklar som ligger till grund för denna studies resultat handlar genomgående om kvinnor som utsatts för våld i nära relationer, med män som förövare. Därtill fokuserar artiklarna enbart på sjuksköterskans möte med den part som är utsatt för våldet, inte mötet med den som utövar våld. Helton och Evans (2001) studerade sjuksköterskestudenters upplevelser av att genomgå en utbildning om våld i nära relationer vilken inkluderade möten med både förövare och offer. I studien poängterades nyttan av ett holistiskt synsätt, där både den person som utsatts för våldet, men också den som utövat våldet tas i beaktning. Att enbart fokusera på den ena parten vore att ignorera halva problemet (ibid.).

Artiklarnas mönster av enbart kvinnor som utsatts för våld, och män som våldsutövare speglar också bristen på ett bredare perspektiv där personer som ingår i icke-heteronormativa förhållanden kan vara utsatta för våld i nära relationer. Det faktum att män kan bli slagna av kvinnor speglas inte heller. Ford et al. (2013) belyser i en studie förekomsten av våld i nära

relationer hos människor som är homosexuella, bisexuella, transsexuella och queer (HBTQ). Studien pekar på den brist på kunskap som genomsyrar bemötandet av HBTQ-personer som utsatts för våld i nära relationer från de olika instanser som har till syfte att hjälpa människor som utsatts (Ford et al., 2013). Carney, Buttell och Dutton (2006) pekar på det faktum att inte enbart män är förövare vid våld i nära relationer, utan att kvinnor i heterosexuella relationer också kan vara förövare. Våld i nära relationer förekommer i alla typer av kärleksrelationer vilket gör att ett bredare perspektiv i vården är nödvändigt. Detta föranleder ett behov av fler studier med fokus på hälso- och sjukvård och omvårdnad av personer som utsatts för våld i nära relationer (Holmberg & Stjernqvist, 2008). Hälso- och sjukvårdslagen (SFS1982:763, § 2) anger att alla har rätt till likvärdig vård, varför sjuksköterskor bör ha insikt om och förmåga att uppmärksamma och hjälpa alla människor som utsatts för våld i nära relationer.

Slutsats och kliniska implikationer

Sjuksköterskans möte med kvinnor som utsatts för våld i nära relationer är beroende av hans/hennes förutsättningar och förberedelser; dels att mötet överhuvudtaget blir av men också att mötet blir av god kvalitet så att kvinnorna kan få bästa möjliga vård. Två huvudförutsättningar har identifierats i studien; utbildning/kunskap samt den organisation som sjuksköterskan är en del av. Med utbildning inom våld i nära relationer under grundutbildningen till sjuksköterska samt med fortbildning på arbetsplatsen kan kunskapsläget för sjuksköterskan förbättras. Därigenom förbättras mötet. Vårdorganisationen måste möta upp och stödja sjuksköterskan genom uppmuntran, handledning, riktlinjer och handlingsplaner. Det ideala mötet mellan sjuksköterskan och kvinnan som utsatts för våld kan leda till ökad hälsa, välbefinnande och minskat lidande för den våldsutsatta kvinnan. Det finns ett behov av forskning angående hur utbildning om våld i nära relationer bör utformas, för att på bästa sätt förbereda sjuksköterskor att identifiera och möta kvinnor som utsatts för våld i nära relationer.

Författarnas arbetsfördelning

Arbetsfördelningen har varit jämn. Artikelsökning i databaserna genomfördes individuellt av båda författarna och relevanta artiklar valdes. Artiklarna lästes sedan av båda författarna för att sedan granskas individuellt, och slutligen tillsammans. Efter granskningsprocessen valdes artiklar till resultatdelen gemensamt. Det efterföljande analysarbetet och den skriftliga framställningen av arbetets samtliga delar genomfördes gemensamt och med lika arbetsbörda.

Referenser

Andréasson, C., Stenson, K., Björck, A. & Heimer, G. (2005). *Den svenska hälso- och sjukvårdens arbete inom kompetensområdet våld mot kvinnor*. Uppsala: Rikskvinnocentrum.

Barber, C. F. (2008). Domestic violence against men. *Nursing Standard*, 22(51), 35-39.

Berglund, A. (2010). Hur hanteras frågor om våldsutsatthet inom hälso- och sjukvården internationellt?: En litteraturöversikt. I G. Heimer & A. Björck (Red.), *Att fråga om våldsutsatthet som en del av anamnesen* (s. 59-69). Uppsala: Nationellt centrum för kvinnofrid.

Berglund, A. & Tønneson, E. (2010). Varför ska frågan om erfarenhet av våld ställas? I G. Heimer & A. Björck (Red.), *Att fråga om våldsutsatthet som en del av anamnesen* (s. 15-19). Uppsala: Nationellt centrum för kvinnofrid.

Beynon, C.E., Gutmanis, I. A., Tutty, L.M., Wathen, C.M. & MacMillan, H.L. (2012). Why physicians and nurses ask (or don't) about partner violence: a qualitative analysis. *BMC Public Health*, 12(1), 473-484.

Björck, A., & Heimer, G. (2008). Hälso- och sjukvårdens ansvar. I G. Heimer & Sandberg, D. (Red.) *Våldsutsatta kvinnor – samhällets ansvar* (s. 111-150). Lund: Studentlitteratur.

Brykczynski, K.A. Crane, P., Medina, C.K. & Pedraza, D. (2009). Intimate partner violence: Advanced practice nurses clinical stories of success and challenge. *Journal of the American Academy of Nurse Practitioners*, 23(3), 143-152.

Carney, M., Buttell, F. & Dutton, D. (2006). Women who perpetrate intimate partner violence: A review of the literature with recommendations for treatment. *Aggression and Violent Behavior*, 12(1), 108-115.

Davila Y.R. (2006). Increasing nurses' knowledge and skills for enhanced response to intimate partner violence. *The Journal of Continuing Education in Nursing*, 37(4), 171-177.

DeBoer, M. I., Kothari, R., Kothari, C., Koestner, A.L. & Rohs, T. (2013). What are barriers to nurses screening for intimate partner violence? *Journal of Trauma Nursing*, 20(3), 155-160.

Du Plat-Jones, J. (2006). Domestic violence: the role health professionals. *Nursing Standard*, 21(14-16), 44-48.

- Eriksson, A., Hradilova Selin, K., & Westlund, O. (2012). *Våld mot närstående*. Stockholm: Brottsförebyggande rådet.
- Florin, J. (2009). Omvårdnadsbehov och omvårdnadsdiagnostik. I A. Ehrenberg, L. Wallin & A. Edberg (Red.), *Omvårdnadens grunder: ansvar och utveckling* (s. 83-121). Lund: Studentlitteratur.
- Ford, C.L., Slavin, T., Hilton, K.L. & Holt, S.L. (2013). Intimate partner violence prevention services and resources in Los Angeles: Issues, Needs, and Challenges for assisting Lesbian, Gay, Bisexual, and Transgender clients. *Health Promotion Practice, 14*(6), 841-849.
- Forsberg, C., & Wengström, Y. (2008). *Att göra systematiska litteraturstudier: Värdering, analys och presentation av omvårdnadsforskning*. Stockholm: Natur & Kultur.
- Fossum, B. (2007). Inledning. I B. Fossum (Red.), *Kommunikation: Samtal och bemötande i vården* (s. 17-19). Lund: Studentlitteratur.
- Friberg, F. (2006). *Dags för uppsats: Vägledning för litteraturbaserade examensarbeten*. Lund: Studentlitteratur.
- Helton, S.M. & Evans, G.W. (2001). "She looked just like me". A domestic violence learning module. *Issues in Mental Nursing, 22*, 503-516.
- Hinderliter, D., Doughty, A.S., Delaney, K., Rogers Pitula, C. & Campbell, J. (2003). The Effect of Intimate Partner Violence Education on Nurse Practitioners' Feelings of Competence and Ability to Screen Patients. *Journal of Nursing Education, 42*(10), 449-454.
- Holmberg, C. & Enander, V. (2011). *Varför går hon?: om misshandlade kvinnors uppbrottsprocesser*. (2. uppl.) Lund: Studentlitteratur.
- Holmberg, C. & Stjernqvist, U. (2008). *Våldsamt lika och olika - en skrift om våld i samkönade parrelationer*. Riksförbundet för homosexuellas, bisexuellas och transpersoners rättigheter.
- Hughes, J. (2010). Putting the pieces together: how public health nurses in rural and remote Canadian communities respond to intimate partner violence. *Online Journal of Rural Nursing & Health Care, 10*(1), 34-47.
- Jergeby, U., Miranda, J. & Stranz, H. (2008). *Socialtjänstens arbete med våldsutsatta kvinnor och barn som bevittnat våld*. Socialstyrelsen.
- Kjellström, S. (2012). Forskningsetik. I M. Henricson (Red.), *Vetenskaplig teori och metod* (s. 69-90). Lund: Studentlitteratur.

- Kvale, S. (1997). *Den kvalitativa forskningsintervjun*. Lund: Studentlitteratur.
- Leander, K., Berlin, M., Danielsson, M., Eriksson, A., Gillander Gådin, K., Hensing, G. & Swahnberg, K. (2009). *Våld, Folkhälsorapport 2009*. Västerås: Socialstyrelsen.
- Lundgren, E. (2004). *Våldets normaliseringsprocess*. Stockholm: Riksorganisationen för kvinnojourer och tjejjourer i Sverige (ROKS).
- Määttä, S. & Öresland, S. (2009). Genuskoll i omvårdnad. I F. Friberg, J. Öhlén & Edberg, A. (Red.), *Omvårdnadens grunder: perspektiv och förhållningssätt* (s. 89-109). Lund: Studentlitteratur.
- Natan, M.B. & Rais, I. (2010). Knowledge and attitudes of nurses regarding domestic violence and their effect on the identification of battered women. *Journal of trauma nursing*, 17(2), 112-117.
- Nationalencyklopedin. (2013). *Misshandel*. Hämtad 12 februari, 2013, från <http://www.ne.se/lang/misshandel>
- Nordborg, G. (2008) Våld i vardagen. I G. Heimer och D. Sandberg (Red.), *Våldsutsatta kvinnor - samhällets ansvar*, (2:a uppl. s. 63-89). Lund: Studentlitteratur.
- Ramsay, J., Rutterford, C., Gregory, A., Dunne, D., Eldridge, S., Sharp, D. & Feder, G. (2012). Domestic violence: knowledge, attitudes, and clinical practice of selected UK primary healthcare clinicians. *The British journal of general practice: the journal of the Royal College of General Practitioners*, 62(602), 647-655.
- Region Skåne (2010). *Våld i nära relationer - Regional överenskommelse, handlingsprogram och riktlinjer för Region Skåne*. Region Skåne.
- Robinson, R. (2010). Myths and stereotypes: how registered nurses screen for intimate partner violence. *Journal of Emergency Nursing*, 36(6), 572-576.
- SFS 1982:763. *Hälso- och sjukvårdslag*. Stockholm: Socialstyrelsen. Hämtad 12 februari, 2013, från Riksdagen, http://www.riksdagen.se/sv/Dokument-Lagar/Lagar/Svenskforfattningssamling/Halso--och-sjukvardslag-1982_sfs-1982-763/
- Smirthwaite, G. (2007) *(O)jämsställdhet i hälsa och vård – en genusmedicinsk kunskapsöversikt*. Stockholm: Sveriges kommuner och landsting.
- Sundborg, E. M., Saleh-Stattin, N., Wändell, P., & Törnkvist, L. (2012). Nurses' preparedness to care for women exposed to Intimate Partner Violence: a quantitative study in primary health care. *BMC Nursing*, 11(1), 1-11.

Tufts, K.A, Clements, P.T. & Karlowicz, K.A. (2009). Integrating intimate partner violence content across curricula: Developing a new generation of nurse educators. *Nurse Education Today*, 29(1), 40-47.

Uppsala Universitet. (2013). *Våld i nära relationer*. Hämtad 11 februari, 2013, från http://www.nck.uu.se/Kunskapscentrum/Kunskapsbanken/amnen/Vald_i_nara_relationer/Vald_i_nara_relationer_amnesguide/

Watson Caring Science Institute. (2013). *Caring Science (Definitions, Processes, Theory)*. Hämtad 27 december, 2013, från: <http://watsoncaringscience.org/about-us/caring-science-definitions-processes-theory/>

Watson, J. (1993). *En teori för omvårdnad: Omvårdnad och humanvetenskap*. Lund: Studentlitteratur.

Watt, M. H., Bobrow, E. A. & Moracco, K. E. (2008). Providing support to IPV victims in the emergency department: vignette-based interviews with IPV survivors and emergency department nurses. *Violence against women*, 14(6), 715-726.

Webster, F., Bouck, M.S., Wright, B. L. & Dietrich, P. (2006). Nursing the social wound: public health nurses' experiences of screening for woman abuse. *Canadian journal of nursing research*, 38(4), 137-153.

Willman, A., Stoltz, P. & Bahtsevani, C. (2006). *Evidensbaserad omvårdnad: En bro mellan forskning och klinisk verksamhet*. Lund: Studentlitteratur.

Öhman, A. (2009). *Genusperspektiv på vårdvetenskap*. Stockholm: Högskoleverket.

Östlundh, L. (2006) Informationssökning. I F. Friberg (Red.). *Dags för uppsats* (s. 45-70). Lund: Studentlitteratur.

Bilaga 1. Litteratormatris

Författare (År), Land, Titel, Tidsskrift	Syfte	Deltagare	Metod	Resultat	Ansats, Kvalitet
Brykczynski, Crane, Medina & Pedraza (2011). USA. Intimate partner violence: Advanced practice nurses clinical stories of success and challenge. <i>Journal of American Academy of Nurse Practitioners</i> , 23(3), 143-152.	Öka förståelsen för hur sjuksköterskor upplever det att arbeta med personer som utsatts för våld i nära relationer.	10 specialist-sjuksköterskor med minst 10 års klinisk erfarenhet.	Intervjustudie med en fenomenologisk ansats.	Temor framkom så som; mottaglighet, att främja säkerhet, våldscykeln, mönsterigenkänning och vändpunkter, sjuksköterskans uppfattning av situationen, universalitet, engagemang, stigma samt kropp och sinnesdelning.	Kvalitativ, 100 %
DeBoer, Kothari, Kothari, Koestner, & Rohs (2013) USA. What Are Barriers to Nurses Screening for Intimate Partner Violence? <i>Journal of Trauma Nursing</i> , 20(3), 150-166.	Att identifiera vad sjuksköterskan uppfattar som hinder för att screena patienter för våld i nära relationer.	156 sjuksköterskor.	Tvärsnittsenkätstudie.	Sjuksköterskorna medgav vikten av att screena för våld i nära relation, att det var deras ansvar att screena, få deltagare upplevde tid som ett hinder för att screena. Hälften tyckte att det var svårt att identifiera och uppgav brist på träning och utbildning som hinder.	Kvantitativ, 80 %
Hinderliter, Doughty, Delaney, Rogers Pitula & Campbell (2003). USA. The effect of intimate partner violence education on nurse practitioners' feelings of competence and ability to screen patients. <i>Journal of Nursing Education</i> , 42(10), 449-454.	Förekomst av utbildning i våld i nära relationer, under grund- och specialistutbildning, och dess effekter på sannolikheten för att sjuksköterskan screenar för våld i nära relationer.	557 sjuksköterskor.	Kvantitativ enkätundersökning.	Samband mellan förekomst av utbildning i våld i nära relationer, och sjuksköterskans bekvämlighet med att screena, men utbildning påverkade inte i lika stor utsträckning, antal upptäckta eller förekomst universell screening.	Kvantitativ, 100 %

Författare (År), Land, Titel, Tidskrift.	Syfte	Deltagare	Metod	Resultat	Ansats, Kvalitet
Hughes (2010). Kanada. Putting the pieces together: how public health nurses in rural and remote Canadian communities respond to intimate partner violence. <i>Online Journal of Rural Nursing & Health Care</i> , 10(1), 34-47.	Att beskriva distriktssköterskors erfarenheter av bedömning och intervention i arbetet med familjer utsatta för våld i nära relationer i norra Kanada.	Sex stycken distriktssköterskor, med erfarenhet mellan 2,5 till 35 år.	Kvalitativ pilotstudie, semi-strukturerade djupintervjuer.	Beskriver när och hur kvinnorna avslöjade erfarenheter av övergrepp, hur distriktssköterskan svarade på avslöjandet, utmaningen i ingripandet samt sätt att förbättra deras arbete.	Kvalitativ, 100 %
Natan & Rais (2010). Israel. Knowledge and attitudes of nurses regarding domestic violence and their effect on the identification of battered women. <i>Journal of Trauma Nursing</i> , 17(2), 112-117.	Att undersöka hur sjuksköterskans kunskap, rutiner och attityder har effekt på identifieringen av våld i nära relationer.	120 sjuksköterskor.	Kvantitativ enkätstudie.	Nästan hälften hade inte fått utbildning kring våld i nära relationer. Sjuksköterskorna hindras av brist på färdighet och kunskap vad det gäller att identifiera och screena kvinnor utsatta för våld i nära relationer.	Kvantitativ, 100 %
Ramsay, Rutterford, Gregory, Dunne, Eldridge, Sharp & Feder (2012). England Domestic violence: knowledge, attitudes, and clinical practice of selected UK primary healthcare clinicians. <i>British Journal of General Practice</i> , 62(602), 647-655.	Att undersöka kunskapsnivåer och attityder i relation till, samt hantering av situationer med kvinnor utsatta för våld i nära relationer.	272 sjuksköterskor och läkare.	Kvantitativ semistrukturerad enkätundersökning.	Deltagarna uttryckte brist på utbildning angående våld i nära relationer, kände sig dåligt förberedda för att hantera fall av personer utsatta för våld i nära relationer. Deltagarna gav också uttryck för brist på kunskap om tillgängliga resurser att tillgå vid fall av våld i nära relationer.	Kvantitativ, 100 %
Sundborg, Saleh-Stattin, Wändell & Törnkvist (2012). Sverige. Nurses' preparedness to care for women exposed to Intimate Partner Violence: a quantitative study in primary health care <i>BMC Nursing</i> , 11(1), 1-11.	Bedöma sjuksköterskans förkunskaper och förmåga att identifiera och ge omvårdnad till kvinnor, utsatta för våld i nära relationer, som kommer till primärvården.	192 sjuksköterskor.	Kvantitativ enkätundersökning.	Både organisation och individer presenterade tillkortakommanden vad gällde förkunskaper och förmåga att ge vård till samt identifiera kvinnor utsatta för våld i nära relationer.	Kvantitativ, 100 %

Författare (År) Land, Titel, Tidskrift.	Syfte	Deltagare	Metod	Resultat	Ansats, Kvalitet
Watt, Bobrow & Moracco (2008) USA. Providing support to IPV victims in the emergency department: vignette-based interviews with IPV survivors and emergency department nurses <i>Violence Against Women</i> , 14(6), 715-726.	Att beskriva möjligheten för socialt stöd som sjukvården kan ge i relation till hur pass redo kvinnan är att avslöja och agera.	16 boende på kvinnojour samt 10 akutvårds-sjuksköterskor.	Kvalitativ, semistrukturerade intervjuer.	Sjuksköterskorna redogjorde för hur de agerade beroende på hur benägen kvinnan var att delge och agera.	Kvalitativ, 80 %
Webster, Bouck, Wright & Dietrich (2006). Kanada. Nursing the social wound: public health nurses' experiences of screening for woman abuse. <i>Canadian Journal of Nursing Research</i> , 38(4), 137-153.	Att beskriva distriktssköterskors erfarenheter av att screena för kvinnomisshandel i deras kliniska arbete.	11 distriktssköterskor.	Kvalitativ, semistrukturerade intervjuer.	Teman i form av; distriktssköterskans svårighet att acceptera förekomst av våld i nära relationer, att ställa frågan om våld i nära relationer, att härbärgera berättelserna, att stötta, behovet av fortbildning.	Kvalitativ, 100 %