



LUNDS UNIVERSITET
Medicinska fakulteten

Sjuksköteskors bemötande av kvinnor som har utsatts för våld i nära relationer

Litteraturstudie

Författare: Fariba B. Bagheri, Sebastian van Veen

Handledare: Marie Cedereke

Våren 2014

Lunds universitet
Medicinska fakulteten
Nämnden för omvårdnads utbildning
Box 157, 22100 Lund

Sjuksköterskors bemötande av kvinnor som har utsatts för våld i nära relationer

Litteraturstudie

Författare: Fariba B. Bagheri, Sebastian van Veen

Handledare: Maire Cedereke

Våren 2014

Abstrakt

Kvinnomisshandel är ett vanligt förekommande problem. I svenska studier har man funnit att 46 % av de tillfrågade kvinnorna har utsatts för våld efter sin 15-årsdag. De kvinnor som misshandlas söker ofta sjukvård och de är då i ett sårbart tillstånd med stort behov av ett respektfullt och stödjande omhändertagande. Denna litteraturstudie behandlar sjuksköterskans möte med kvinnor som utsatts för våld i nära relationer, vilka hinder de möter och vad som skulle behövas för att bättre kunna bistå kvinnorna. Resultatet visade att sjuksköterskor upplever att det finns flera barriärer för att undersöka och ställa frågor till kvinnor som misstänks ha utsatts för våld i nära relationer. Deras erfarenhet är att screening skulle kunna underlätta vid identifieringen och det skulle till viss del även ta bort vissa barriärer.

Nyckelord

Barriers, Battered Women, Domestic Violence, Emergency Department, Nursing.

Lunds universitet
Medicinska fakulteten
Nämnden för omvårdnadsutbildning
Box 157, 22100 Lund

Innehållsförteckning

Innehållsförteckning	1
Problembeskrivning	2
Problemområde	2
Bakgrund	2
Syfte	8
Metod	8
Urval	8
Datainsamling	9
Dataanalys	11
Forskningsetiska avvägningar	11
Resultat	12
Barriärer	12
Diskussion av vald metod	16
Diskussion av framtaget resultat	17
Slutsats och kliniska implikationer	18
Författarnas arbetsfördelning	18
Referenser	19
Bilaga 1 Matris	22

Problembeskrivning

Problemområde

I västvärlden har ca 30-50% utav kvinnorna erfarenhet av våld (a. Berglund, 2011). Det är endast en liten del av dessa kvinnor som uppsöker vård för sina skador orsakade av våldet. Man uppskattar att det är endast en fjärdedel av våldet som anmäls (a.a.).

Under 2001 gjordes en omfångsundersökning i Sverige som visade att 46 procent av kvinnorna som deltog i studien har blivit utsatta för våld efter sin 15-årsdag (Lundgren, Heimer, Westerstrand, Kalliokoski, 2011)

Det är viktigt att lyfta fram hälso- och sjukvårdens bemötande av våldsutsatta kvinnor. Sjuksköterskans reaktion och bemötande av dessa patienter är av stor vikt, eftersom en av de första myndigheterna som våldsutsatta kvinnor kommer i kontakt med är hälso- och sjukvården. Det kan också vara den enda myndighet de kommer i kontakt med. Det blir då viktigt att den mottagande sjuksköterskan har kunskap och förståelse för situationen. Det finns olika orsaker till varför våldsutsatta kvinnor inte uppmärksammas tillräckligt som till exempel bristande lagar och sociala och kulturella normer(a.a.).

Bakgrund

Under livets gång möter alla människor kvinnor som utsatts för våld, både inom yrkeslivet och i det privata livet (Grände, 2011). Det kan ibland vara lättare att upptäcka ifall en kvinna blivit våldsutsatt då man kan se återkommande skador i form av blåmärken, sår och frakturer. Dock är det inte alltid bara fysisk våld som används. Psykiskt våld förekommer också och då är det svårare att upptäcka och då riskerar en del våldsutsatta kvinnor att inte få den adekvata hjälp de behöver (a a).

Tidigare har våld i hemmet ansetts vara en privat angelägenhet, men nu har synen ändrats och det ses som ett samhällsproblem och flera myndigheters ansvar (socialstyrelsen, 2011). Samhället måste arbeta för att motverka våld mot kvinnor för att det frångår kvinnornas rättigheter och friheter. I dagens samhälle är kvinnor mer utsatta för våld än män (a.a.). Kvinnan kan känna sig beroende till sin våldsamma man och det kan bero på ekonomiskaförhållanden, barn i familjen eller möjligheten att få stanna i Sverige om kvinnan

är från ett annat land och inte har fått uppehållstillstånd. Kvinnan kan känna skam, rädsla och egen skuld vilket kan hindra henne från att berätta om det till andra (a a).

Våld i nära relationer

Våld i nära relationer anses som ett viktigt ämne för vårdvetenskapen, då oftast människor som utsätts för våld söker sig till sjukvården. (Öhman, 2009)

Även om det skiljer sig från par till par så finns det ändå mönster i hur våld i nära relationer anses vara normalt för båda parterna. (Lundgren, 2004).

Mannen alternerar mellan att vara kärleksfull för att sedan bli våldsam, ha kontroll över vad kvinnan gör och vilka hon får umgås med. Svartsjuka, nedvärdering och kränkning är rätt så normalt i dessa förhållanden. Kärleksfulla och varma inslag gör att kvinnan fortsätter att hoppas på att dessa inslagen ska ta över helt. Successivt tar kvinnan på sig allt ansvar för våldet i hemmet. Mannens beteende i form av nedvärdering och kontroll gör att kvinnan blir mer isolerad från omvärlden och får allt mindre perspektiv från andra håll, därför blir det betydligt svårare för kvinnan att motverka sin krympande självkänsla. (a.a)

I Sverige har vi kommit långt i vår jämställdhetspolitik till skillnad från många andra länder (Eliasson, 2003). Trots detta har vi inte kommit så långt i vår strävan att skapa jämlikhet mellan könen och att ta itu med våldsproblemen mot kvinnorna (a a).

Att ändra ett inlärt beteende kan göra att en person upplever obehag då det krävs att man ändrar något som känns naturligt (Eliasson, 2003). Vi fostrar våra barn från våra religiösa, sociala och kulturella traditioner som lärs ut via utbildning o uppfostran, detta visar sig i olika uttryck när barnen blivit vuxna och ska fungera i det vuxna samhället. Allt grundar sig i våra attityder o värderingar, hur vi ska ställa oss till utsatta kvinnor och hur vi som personal ska bemöta dessa, detta har också en stor betydelse på hur våldsutsatta kvinnors syn på sig själv ser ut och vilket sätt de själva tror sig ha ett normalt liv. För att bryta detta mönster, måste vi skaffa oss en djupare insikt i utsatta kvinnors liv för att kunna hjälpa och ändra denna onda cirkel. Många ser problemet men blundar oftast för att slippa bli inblandade, kanske för att de inte orkar bli inblandade eller inte vågar lägga sig i eller säga ifrån (a a).

Kvinnomisshandel förekommer i alla samhällsklasser men trots detta tror många kvinnor att det inte kommer att hända dem. När kvinnorna blir medvetna om att det finns en risk att de kan bli utsatta för våld, upplever de någonting som kallas ”kognitiv dissonans”(a.a.).

Kognitiv dissonans innebär att kvinnorna känner en konflikt och obehagskänsla vid insikten att de blir utsatta för våld, men de försöker bagatellisera problemet. (Eliasson, 2003). Att försöka förändra en inlärd attityd blir en obehaglig känsla och det går emot det som känns naturligt. Kognitiv dissonans är en känsla där motstridiga idéer och tankar uppstår. Många av de här kvinnorna vill bagatellisera känslorna för att försöka återställa en inre balans. Genom kunskap och utbildning kan dessa kvinnor lättare bearbeta sina känslor (a.a.).

Typer av våld

Många utsatta kvinnor väljer att inte anmäla till polisen om deras övergrepp då det bland dessa kvinnor är svårt att definiera våldets karaktär och rädsla att få det sämre i framtiden (Eliasson, 1999). Våld mot kvinnor definieras av FN (Förenta nationen) som "any act of gender based violence with results as or likely to sexual or mental harm, physical and suffering to women, including threats of such acts, coercion or arbitrary deprivation of liberty, whether occurring in public or in private life" (WHO, 2013). Enligt denna definition är våld inte bara fysiska handlingar utan även psykisk misshandel, hot, frihetsberövande eller sexuellt tvång. Alla dessa räknas som våldsövergrepp.

Psykiskt våld.

Psykiskt våld innebär att mannen ofta har kvinnan inestängd i hemmet utan någon kontakt med omvärlden som t.ex. släkt och vänner (Holmberg & Enander, 2003).

Ofta görs kvinnan beroende av mannen genom hot om att ta ifrån henne barnen, pengar, hot om att begå självmord, genom att vara kränkande gentemot henne och prata illa- eller nedlåtande om henne inför andra människor.(a.a)

Psykiskt våld kan också innebära att man tar ifrån kvinnan sina rättigheter att få sova ifred, att hon utsätts för långvarig psykisk stress som i sin tur ger fysiska biverkningar, att hon undanhålls medicin och hjälpmedel, att hon inte får ta hand om ekonomin och blir förbjuden till att kontakta hälso- o sjukvården. Allt detta har en negativ påverkan på kvinnans mentala o fysiska hälsa(Holmberg & Enander, 2003).

Fysiskt våld

Fysiskt våld innebär istället närkontakt genom knivhugg, slag, knuffar och sparkar (a.a.).

Dessa kvinnor utsätts allt för ofta även för våldtäkt av den man som också utsätter henne för psykiska övergrepp (Holmberg & Enander, 2003).

Detta våld kan arta sig i tvång att titta på porr eller sex efter misshandel vilket hon då inte

vågar vägra i rädsla för mer fysisk våld (a a).

Kvinnor utsatta för dessa övergrepp är genom psykisk, fysiskt och socialt sätt att se på det, under mannens makt (Holmberg & Enander, 2003). Det är svårt för vårdpersonal att hjälpa dessa offer eftersom de ofta är väldigt rädda för konsekvenserna av att anmäla mannen (Björck & Heimer, 2003). Dessa typer av övergrepp startar ofta i samband med graviditeter eller inom de 5 första åren under förhållandet (Eliasson, 2003).

Annan forskning

Enligt några studier har det framkommit att det inte är många kvinnor som berättar att de utsätts för våld om de inte blir tillfrågade (Grände m fl, 2011). Många kvinnor har problem med att prata med utomstående om vad som händer i hemmet vilket ofta beror på att våldsutsatthet är tabubelagt i samhället. De tar till försvarsmekanismer för att förtränga händelserna som de blivit utsatta för. Många utav våldsoffren tror sig, i sin utsatthet, vara normala och identifierar sig inte med en misshandlad kvinna. Många gånger känns det hopplöst och rädslan för att inte bli trodd på är en av orsakerna till att kvinnan inte berättar vad hon blir utsatt för i hemmet (a.a.).

Av studier framkommer det att bland hälso- och sjukvårds personal finns det begränsningar som hindrar utredning av våld av kvinnor. Det är viktigt för hälso- och sjukvårds personal att våga fråga för att kunna förhindra ohälsa och allt onödigt lidande (Grände m fl, 2011). Studier visar att kvinnor som utsatts för våld tycker att det är bra att andra frågar, oavsett om de har erfarenhet av våld eller inte (a.a.).

Man har gjort ett antal studier som har undersökt beteende hos utsatta kvinnor och hos de yrkesgrupper som kommer i kontakt med dessa kvinnor (Eliasson, 1999). I Sverige gjorde man ett flertal undersökningar där man granskade kvinnomisshandel hos en grupp kvinnor som blev utsatta för våld i hemmet och sedan jämförde man det med en grupp kvinnor som inte hade någon erfarenhet av våld ifrån sin manliga partner. Resultatet visade att kvinnorna som inte hade någon erfarenhet av våld har inte förståelse för detta och tror att utsatta kvinnor accepterar våldet frivilligt, men det stämmer inte (a.a.). Många gånger känner kvinnan att det hopplöst och rädslan för att inte bli trodd på är en orsak till att kvinnan inte berättar vad hon blir utsatt för i hemmet (a.a.).

Konsekvenser av våldet

Kvinnor utsatta av våld av sina män är idag ett stort samhällsproblem som drabbar såväl kvinnan som barnen i familjen med negativa konsekvenser (Grände m fl, 2011). När dessa kvinnor söker hjälp på hälso- och sjukvården söker de sällan för orsaker som leder till misstanke om misshandel, ofta är det vaga problem eller olika typer av smärt problem. Många söker för psykiska problem som självmordstankar, depression, ångest, sömn problem och rädsla för kommande förlösning. Det är då viktigt att personalen vågar fråga om de är utsatta för våld även om det bara framkommer små misstankar om att kvinnan utsatts för våld (a a).

Att hon just söker hjälp inom sjukvården är ofta för hon ser våldet som en vanlig och återkommande sjukdom istället för att sätta stopp för våldet. (Björck & Heimer, 2003). Att hon söker inom sjukvården kan också bero på att våldet pågått så länge att hon drabbats av fysiska eller psykiska men. Hur dessa kvinnor kommer att fungera i framtiden beror på hälso- och sjukvårdspersonalens bemötande. En kvinna som inte verbalt kan uttrycka att hon behöver hjälp har trots detta rätt till samma hjälp och resurser som patienter som söker för andra problem (a.a.).

Visar man omtanke, respekt och lyhördhet så kan kvinnor känna sig så pass trygga att de sporadiskt öppnar sig och berättar vad de har utsatts för. Att bara fråga om det förekommer våld utan att berätta om vilken hjälp det finns att få gör inte att våldet slutar, men att berätta vilken hjälp det finns att få är en värdefull och ofta tillräcklig insats (a.a.).

Sjuksköterskans ansvar

Travelbees teorins viktigaste element handlar om människan som individ, dess lidande, dess mening, dess mänskliga relationer och kommunikation (Kirkevold, 2000). Hon sätter människan i fokus av sin teori och betraktar henne som en oersättlig varelse som bara existerar en gång på jorden. Hon tar starkt avstånd i sin teori från att använda begreppet patient och sjuksköterska. För Travelbee är detta en generalisering av människor som hon i sin teori är emot hela tiden och hävdar att varje människa ska betraktas som en individ som har individuella erfarenheter och upplevelser som man aldrig kan jämföra med någon annan (Kirkevold, 2000).

Kommunikation är en grundsten i Travelbees teori. Hon betraktar kommunikationen som enda

vägen för sjuksköterskan att etablera en kontakt plattform med sin patient. Travelbee nämner även vikten av både verbal och icke verbal kommunikation. Det är genom kommunikation som sjuksköterskan lär känna sin patient och kan tillgodose dennes behov (Kirkevold, 2000). Som sjuksköterska finns det olika uppgifter som behöver identifieras. Ett av dessa är omvårdnadsbehov. En sjuksköterska ska kunna bedöma en patients hälsa. Det är viktigt att sjuksköterskan skapar ett förtroende till patienten för att kunna ge bästa möjliga vård utifrån patientens egna behov och inte hindras av omedvetna normer och fördomar (Florin, 2009). Det är en självklarhet att sjuksköterskor frågar en kvinna som söker vård för kroppsliga skador hur dessa skador har gått till (b.Berglund, 2011). Syns dock inte skador på kvinnans kropp är det inte lika självklart att man frågar om våldsutsatthet. Genom att ställa frågor till kvinnan om våld och även informera henne om de olika konsekvenserna våldet kan leda till, visar sjuksköterskan bland annat att det är en betydelsefull fråga för hälso- och sjukvården, men även att det inte är acceptabelt att utsätta en annan människa för fysiskt och/eller psykiskt våld (Berglund & Stenson, 2011).

Det är väldigt viktigt att frågan om våldsutsatthet är med i den medicinska anamnesen. Att vårdpersonalen kan ställa frågan om våldutsatthet till kvinnan har en stor betydelse och avgör hur och vad kvinnan kommer att svara på frågan (Berglund & Stenson, 2011).

Allt som har nämnts ovan är viktiga och relevanta punkter då sjuksköterskan ofta kommer i kontakt med våldutsatta patienter.

Lagar och förordningar

Enligt offentlighets- och sekretess lagen har all sjukvårds personal tystnadsplikt (Raadu, 2012). Endast med patientens tillåtelse får personal lämna ut information som kan utelämna patienten eller om det är under särskilda omständigheter som till exempel minderåriga som utsätts för misshandel eller skador på minsta sätt. Misstänks brott hindrar sekretessen inte att en uppgift utlämnas till polis eller åklagare, om brottet kräver fängelsestraff på minst ett år. Det är ingen skyldighet för sjukvårdspersonalen att anmäla vissa brott (a.a.). Om brottet kräver fängelsestraff på minst ett år kan sekretessen brytas och uppgifter kan lämnas till polis eller åklagare. Sjukvårdspersonalen är inte skyldig att anmäla brott där barn inte är inblandade (a.a.). I HSL 1982:763 (Raadu, 2012) står det att alla patienters integritet och självbestämmande skall respekteras. De våldutsatta kvinnorna bör uppmanas att själva anmäla misshandel eller sexuella övergrepp (Björck & Heimer, 2003).

Under den rättsliga processen är det viktigt att man också ger kvinnan det stöd hon behöver.

Man måste identifiera de hinder som finns inom sjukvården om våldsutsatta kvinnor för att kunna ge den hjälpen som de behöver och har rätt till (Björk & Heimer, 2003). Dessutom är det också viktigt att kunna ge personalen rätt sorts utbildning om våld inom vården, så att man har den kunskapen om hur våld relaterade frågor ska hanteras. Ansvaret om att ställa frågan om våld till patienten är stor men genom att undvika att ställa den kan ansvaret bli större då det kan komma följd konsekvenser för inte rätt hjälp erbjöds (a.a.).

Det finns riktlinjer i Region Skåne för våld i nära relationer, där står det att sjukvårdspersonalen ska ha kunskap om problematik kring våld i nära relationer. De ska även ha ett professionellt och respektfullt tillvägagångssätt och lyssna på den utsatta patienten (Region Skåne, 2010).

Syfte

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

Metod

Metoden som har valts till denna kandidatuppsats är en litteraturstudie. Metoden har bestått i databassökning och granskning av de utvalda vetenskapliga artiklarna.

Urval

Urvalet av artiklar gjordes efter en artikel sökning med sökmotorerna Pubmed och Sciencedirect. Inklusionskriterierna består av artiklar som har studerat sjuksköterskors upplevelser av att bemöta kvinnor som har utsatts för våld på akutmottagningar. Ett tidsspann på 23 år användes för att få en långsiktig överblick på det utvalda ämnet.

Exklusionkriterierna består av artiklar där studierna inte baserats på sjuksköterskor på akutmottagningar t.ex. mödravårdcentraler och vanliga vårdavdelningar. En artikel valdes dock ut trots att den inte baserades på sjuksköterskor på akuten. Valet av artiklar gjordes i fem steg. I det första steget gjordes sökningar i de valda sökmotorerna med de olika sökorden. Där efter granskades titlarna på artiklarna. De titlar som passade med inklusionskriterierna valdes

ut och artiklarnas abstrakt granskades. Efter att ha läst abstrakt valdes ett antal artiklar ut och lästes i sin helhet. De artiklarna med det bästa vetenskapliga innehållet valdes ut och presenteras i arbetet (tabellerna nedan).

Datainsamling

Litteratursökningen gjordes med sökmotorn Pubmed och databaserna Cinahl, PsycInfo och Sciencedirect. Syftet med sökningen var att hitta och samla in relevant material till det valda ämnet. Sökorden som användes var ”intimate partner violence”, ”Domestic violence”, ”Battered women”, ”Nursing” och ”Barrier”. Alla sökorden är MeSH- termer eller Headings.

I Pubmed begränsade vi antalet träffar genom att använda filter med inställningarna; year 1990-2013, age 19+, engelska artiklar. De artiklar som hittades i Cinahl och PsycInfo fanns även i Pubmed och de sökningarna kommer därför inte att presenteras i tabeller.

I Sciencedirect var möjligheterna att göra sökningar begränsade till kombinationer av två sökord och filtret begränsades till endast årtal. Sökorden var ”domestic violence”, ”Nurses” och ”Emergency department” med filtret 2001-present.

Tio artiklar valdes ut från de två presenterade sökningarna efter att vi hade läst titlar och abstrakt på flertalet artiklar.

Artiklarna granskades och kvalitetbedömdes enligt (Forsberg och Wengstöm 2013). Genom att göra en kvalitetsbedömning där artiklarna graderas utifrån det vetenskapliga värdet valde vi ut artiklar som hade det bästa vetenskapliga innehållet. Vi granskade vilka metoder som användes och vilken typ av studie det var. De artiklar som har valts ut är både kvalitativa och kvantitativa där sjuksköterskor och läkare intervjuas eller svarar på frågeformulär om sina erfarenheter av att bemöta kvinnor som har blivit utsatta för våld.

Tabell 1 – Sökning med Pubmed

Databas	Sökord	Antal	Granskade	Urval	Urval	Valda
Pubmed		träffar		1	2	artiklar
#1	Intimate partner violence	2220	0	0	0	0
#2	Domestic violence	7408	0	0	0	0
#3	Battered women	2276	0	0	0	0
#4	Nursing	338758	0	0	0	0
#5	Barrier	90014	0	0	0	0
#6	#1 and #4	258	50	8	3	3
#7	#1 and #4 and #5	8	8	8	8	0
#8	#2 and 4	281	60	15	15	0
#9	#2 and #4 and #5	12	12	12	2	2
#10	#3 and #4	285	40	10	0	0
#11	#3 and #4 and #5	15	15	15	1	1

Tabell 2 – Sökning med Sciencedirect

Databas	Sökord	Antal	Granskade	Urval	Urval	Valda
sciencedirect		träffar		1	2	artiklar
#1	Domestic violence	14992	0	0	0	0
#2	Nurses	171826	0	0	0	0
#3	Emergency department	52	0	0	0	0
#4	#1 and #2	2984	40	10	2	2
#5	#1 and #3	1781	30	10	2	2

Dataanalys

Studien är gjord utifrån en hermeneutisk ansats. En hermeneutisk ansats innebär att man tolkar innehållet i artiklarna och försöker förstå helheten i texten utan förutfattade meningar. Det är tolkningen som är de viktigaste i en hermeneutisk ansats (Birkler 2009). De teman och mönster som framkom under analysen av artiklarna presenteras i resultatet. Granskningen av artiklarna sker enligt (Forsberg och Wengström 2012)

Forskningsetiska avvägningar

För att ett forskningsprojekt skall anses vara etiskt korrekt så krävs det att man uppfyller de etiska riktlinjer som finns beskrivna i Helsingforsdeklarationen (Polit och Beck 2006).

När man gör en studie där man intervjuar kvinnor som har utsatts för någon form av misshandel av en närstående så är det extra viktigt att man följer de etiska principerna. Att delta i en studie där de utsatta kvinnorna måste återberätta vad de har utsatts för kan vara en väldigt känsloladdad upplevelse. Forskarna måste därför vara extra noga med att försäkra sig att deltagarna i studien har fått all information om vilka rättigheter de har t.ex. att de kan avbryta när de vill under studiens gång och att all information som de ger kommer att vara sekretessbelagd. Det är även viktigt att se kvinnorna som individer och inte bara som deltagare i studien. Efter en avslutad intervju kan det vara bra att man tar sig tid att prata med deltagarna för att ge stöd om det behövs. På det sättet kan man försäkra sig att deltagarnas välmående har respekterats och att de inte tar skada av delta i studien (Polit och Beck 2006).

För att göra en etiskt korrekt litteraturstudie måste man följa de etiska aspekter som gäller för litteraturstudier. Vid val av artiklar gäller det att försäkra sig om att artikeln har godkänts av en etisk kommitté eller att författarna har gjort etiska avväganden i artikeln. Alla valda artiklar måste redovisas och alla resultat måste presenteras oavsett om de stödjer hypotesen eller inte (Forsberg och Wengström 2013).

Vid granskningen av de valda artiklarna till denna kandidat uppsats har författarna diskuterat artiklarna ur ett etiskt perspektiv och de kommer att presenteras på ett sätt som följer de etiska aspekterna som beskrivs av Polit och Beck (2006) samt Forsberg och Wengström (2013).

Resultat

Definition av termer

Författarnas tolkning av termerna

Barriärer: Något som hindrar eller försvårar identifikationen av våldsutsatta kvinnor.

Screening: Screeninginstrument används för att identifiera kvinnor som har utsatts för våld. Instrumentet är ett formulär som består av ett fåtal standardiserade frågor vars syfte framförallt är att identifiera utsatta kvinnor, men även säkerställa att screeningen utförs på samma sätt oavsett vem som screenar.

I analysen av de valda artiklarna framkommer det att vårdpersonal upplever att det finns flera barriärer när det kommer till att fråga kvinnor om de har utsatts för våld och att dessa barriärer är överensstämmande i alla artiklarna.

Barriärer

Beynon, Gutmanis, Tutty, Wathen och. MacMillans (2012) gjorde en enkätstudie där de skickade enkäten via e-mail till 1000 läkare och 1000 sjuksköteskor. Studien beskriver de nio vanligaste barriärer som vårdpersonal i Ontario Kanada upplever. Av dessa nio barriärer upplevde sjuksköteskorna att tidsbrist, attityder mot våldsutsatta kvinnor, utbildning, brist på avskilda rum för att ställa de känsliga frågorna samt språkliga och kulturella skillnader som de vanligaste barriärerna (Beynon et al. 2012).

Tidsbrist

Sjuksköterskor på akutmottagningar upplever att brist på tid är den vanligaste barriären. En undersökning av våld i nära relationer består inte bara av att behandla de fysiska skadorna utan det behövs en grundlig intervju. Behovet av att ge information, konsultera och koordinera de olika insatserna kräver tid och bra förutsättningar för att genomföra intervjun. Samtal med kvinnor som utsatts för våld i nära relationer skall ske i trygga och enskilda miljöer utan den personen som utsätter dem för våldet (Efe och Taskin, 2012).

”Too much work, too much workload. We provide care here, we try to do our best but more could be done. It should not end with care, we want to fully investigate

the patient, talk and interview but the time is not enough. The workload is too much” (Efe och Taskin 2012 sid 446).

Attityder

Sjuksköterskors attityder mot kvinnor som är fast i ett våldsamt förhållande kan vara avgörande när det kommer till behandlingen (Henderson, 2001). Enligt Henderson (2001) är det vanligare att sjuksköterskor på sjukhus har en negativ attityd till våldsutsatta kvinnor jämfört med sjuksköterskor på vårdcentraler. På sjukhusen är andelen större som har svårt att förstå varför kvinnorna inte anmäler och/eller lämnar det destruktiva förhållandet (Henderson 2011). De anser att dessa kvinnor är bortom all hjälp och de tenderar att ignorera tecken på misshandel. Sjuksköterskorna har fördommar som baseras på kvinnornas etniska och ekonomiska bakgrund (Henderson, 2001).

”I think it’s a horrendous situation ,I think , I don’t know how the women can stay in that situation , I can’t imagine myself in that situation I find it hard to understand how she can’t get out of it” (Henderson, 2001 sid 1291)

Brist på Utbildning

Många sjuksköterskor anser inte att de har tillräckligt med utbildning i hur man frågar kvinnorna på rätt sätt. Häggblom, Hallberg och Möller (2005) gjorde en studie som visar att endast 22 % av de 133 sjuksköterskorna som svarade hade fått information om vålds- utsatta kvinnor under deras grundutbildning. 77 % av de tillfrågade hade läst broschyrer om våld i nära relationer, endast 17 % använde broschyrer för att ge information till kvinnorna (ibid).

Yeung, Chowdhury, Malpass och Feder (2012) menar att många sjuksköterskor känner att de har tillräckligt med utbildning men att de saknar erfarenheten att hantera de situationer som kan uppstå. De värderar erfarenheten lika mycket som utbildning och känner att erfarenhet skulle medföra att de känner sig mer förberedda och ha bättre självförtroende.

” I don’t necessarily think that they haven’t trained me adequately... I think it’s a practical thing about, if you’ve experienced it more, if you’ve seen more, and you had more practice at

addressing the patient or whatever, you'd become more confident in it. Not necessarily saying that they haven't trained me- given enough training- 'cause I think I'm quite aware. A lot of it is about practice" (Yeung et al. 2012).

Språkskillnader

Sjuksköteskor upplever att språk är en stor barriär. Språkskillnader gör det svårt att ställa frågor och göra sig förstådd (Yonaka, Yoder, Darrow och Sherck 2007). Det hjälper inte att ha en bra utbildning och erfarenhet om patienten inte kan förstå (Yonaka et al. 2007).

Screening

I Deboer, Kothari, Kothari, Koestner och Rohs (2013) studie upplever sjuksköteskorna som deltog i studien att det inte bara är viktigt utan även deras skyldighet att screena kvinnor för att upptäcka om de har utsatts för våld. Sjuksköterskorna har insett att det är en viktig del av deras omvårdnadsarbete. Sjuksköteskorna motsatte sig uttalanden som "identification of IPV is the responsibility of the physician" och menade att sjuksköteskor har en signifikant roll i att identifiera kvinnor som utsatts för våld (Deboer et al. 2013).

Rutinundersökningar för kvinnor som utsatts för våld är rekommenderat för vårdinrättningar. Svavarsdottir (2010) har därför gjort en studie där två olika typer av undersökningsinstrument har jämförts för att se vilket av instrumenten som var mest effektivt. Studien gjordes i Island och de två instrumenten som användes var "Women Abuse Screening Tool" (WAST) och "Evaluation Interview Frame for Nurses and Midwives regarding Women Abuse, Screening and First Response"

WAST instrumentet är ett frågeformulär som innehåller åtta frågor där de första två frågorna utgör själva grunden för undersökningen. De resterande sex frågorna är till för att få en vidare uppfattning av misshandeln. I de inledande frågorna graderar kvinnorna sina svar i en skala från 1-3 där siffran ett är en positiv situation i hemmet och tre är det värsta (Svavarsdottir 2010).

Women Abuse: Screening and First Response, Evaluation Interview frame for Nurses and Midwives är en intervjumodell som baseras på nio breda och öppna frågor med många subkategorier. Sjuksköterskorna ställer varje fråga och dokumenterar svaren. Några frågor som ställs är "Have you ever been physically abused?; Sexually abused?; Emotionally abused?". Om patienten svarar ja på någon av frågorna ställs följd frågor som "by whom? how often?" (Svavarasdottir 2010).

Instrumenten fungerade olika beroende på var de användes. WAST instrumentet fungerade bättre på akutmottagningar där det var fler som uppgav att de har utsatts för våld jämfört med intervjumodellen. På vanliga vårdavdelningar så hade intervjumodellen bättre effekt då kvinnorna hade en bättre relation till sjuksköterskorna (Svavarasdottir 2010).

MacFarlane, Greenberg, Weltge och Watson (1995) gjorde en studie på privata akutmottagningar i USA för att testa hur effektivt en två frågors screeningmodell identifierade kvinnor som utsatts för våld i nära relationer.

Frågorna som ställdes var "Have you ever been hit, slapped, kicked or otherwise physically hurt by your male partner?" och "Have you ever been forced to have sexual activities?". Om kvinnorna svarade ja på någon av frågorna ställdes följd frågan "When did the last episode occur?" (MacFarlane et al. 1995)

För att bekräfta sina fynd så hänvisade MacFarlane et al. (1995) till en studie som de hade gjort tidigare.

I den studien visade sig att bara 8 % av de kvinnorna som deltog i studien självmant uppgav att de utsatts för våld medan 29 % av deltagarna uppgav att de hade utsatts för våld när de blev screenade med en intervjumodell (MacFarlane et al. 1995).

I en studie baserad på Ida Jean Orlandos omvårdnads teorier beskriver Elis (1999) vilka barriärer som finns och hur många av deltagarna som screenar våldsutsatta kvinnor. En enkät skickades ut till 101 sjuksköterskor på en akutmottagning i Massachusetts i USA. Av de 101 sjuksköterskor som fick enkäten så var det 40 som svarade. 45 % av de som svarade uppgav att de regelbundet screenar kvinnor för våld i nära relationer (Elis 1999). Efter att ha samlat in dokument för att göra ett diagram fann Elis (1999) att detta inte stämde med de dokumenterade uppgifterna som fanns på akutmottagningen. Elis (1999) anser att det är sjuksköterskors skyldighet att screena alla kvinnor för våld i nära relationer på samma sätt som

man screenar för andra sjukdomar som bröstcancer eller högt blodtryck. För att få bukt med problemet (våldsutsatta kvinnor) anser Elis (1999) att det är av största vikt att se till att alla kvinnor screenas för våld.

Diskussion av vald metod

Valet av en litteratur studie gjordes för att få en översikt av sjuksköterskors upplevelser av att bemöta kvinnor som har utsatts för våld i nära relationer. En systematisk litteraturstudie går ut på att söka, granska och tolka vetenskapliga artiklar (Forsberg och Wengstöm 2012).

Sökningarna gjordes med sökmotorerna Pubmed, Scencedirect, Cinahl och Psychinfo. Inga av de artiklar som hittades i Cinahl och Psychinfo valdes eftersom det även fanns i Pubmed och de sökningarna som gjordes i Cinahl och Psychinfo presenteras därför inte i arbetet.

Sökorden som användes var domestic violence, Battered women, Nursing och Emergency department. För att begränsa antalet träffar i sökningarna användes filter. De filter som användes var; artiklar på engelska, artiklar skrivna 1990-present och peer-reviewed.

De svagheter som finns i studien är att den riktar in sig på hur sjuksköteskor på akutmottagningar upplever mötet med kvinnor som misstänkts ha utsatts för våld i nära relationer och detta innebär att sjuksköteskor på vanliga vårdavdelningar, vårdcentraler, BVC och mödravårdscentraler exkluderades. Det medför att helhetsbilden av sjuksköterskors upplevelser av dessa situationer inte nödvändigtvis återspeglas i studiens resultat.

Eftersom författarnas egna utbildningar och erfarenheter av att tolka vetenskapliga artiklar är begränsad så kan det omedvetet ha påverkat resultatet. Översättningen från engelska till svenska kan ha medfört syftnings fel eller att något betydelsefullt förlorats i översättningen.

Styrkorna i studien är att artiklar med både kvalitativa och kvantitativa ansatser har valts ut och använts, vilket anses vara en styrka enligt båda författarna, eftersom de kvalitativa studierna beskriver barriärer sjuksköterskor möter i bemötandet med våldsutsatta kvinnor. De studier som använder kvantitativa ansatser visar hur vanliga dessa barriärer är bland sjuksköterskor. Alla artiklarna presenterade i stort sett samma resultat vilket visar på en hög reliabilitet. Dessutom varierar de demografiska egenskaperna bland deltagare och informanter t.ex. arbetsplats, kultur, ålder och kön men detta till trots möter sjuksköterskorna i sina studier liknande barriärer vid bemötande av våldsutsatta kvinnor. Båda författarna granskade och tolkade de valda artiklarna och kom fram till samma resultat.

Diskussion av framtaget resultat

I resultatet blir det tydligt att sjuksköteskor och annan vårdpersonal upplever att det finns flera barriärer i bemötandet av kvinnor som misstänkts ha utsatts för våld av en närstående. De insamlade artiklarna har ett tidsspann på 18 år (1995-2013). Det är både skrämmande och oroväckande att sjuksköteskor fortfarande upplever att de inte har tillräcklig utbildning för att hantera dessa barriärer.

Barriärer

De vanligaste barriärer som sjukvårdspersonal upplever är bristen på avskilda rum, för lite utbildning, sina egna och patientens attityder och språkliga och kulturella skillnader. MacFarlane et al (1995) skriver i deras studie att sjuksköteskor upplever att det finns barriärer när det gäller att identifiera kvinnor som har utsatts för våld. De barriärer de skriver om är precis desamma som Beynon et al (2012) skriver om i sin studie. Det har alltså inte skett någon förändring eller en väldigt liten förändring under de 17 år som har passerat mellan studierna. Det beror troligen på att det är en väldigt svår situation både för kvinnorna som har utsatts eller utsätts för våld och för sjukvårdspersonalen. Dessa barriärer gör att sjuksköterskor ofta får svårigheter i sitt bemötande av dessa kvinnor. Det är viktigt att det inte finns brister i sjuksköterskeutbildningen i frågor som rör våldsutsatta kvinnor då flertalet sjuksköterskor menar att de inte fått denna specifika del i sin utbildning eller via internutbildning på arbetsplatsen. De barriärer som författarna anser är viktigast att poängtera är utbildning och attityder. Henderson (2001) menar att sjuksköterskors attityd/fördommar mot kvinnor som är i skadliga förhållanden ofta handlar om att de saknar utbildning om problemet. Det betyder att utbildning inte bara ökar sjuksköterskors förmåga att hantera de barriärer som finns utan att det också påverkar sjuksköterskornas fördommar och attityder mot de utsatta kvinnorna vilket leder till bättre möjligheter att identifiera våldsutsatta kvinnor. Ju snabbare dessa kvinnor identifieras desto bättre möjligheter har de till förbättrad livskvalitet och det blir lättare att återgå till normalt liv.

Screening

Screening instrument underlättar identifieringen av våldsutsatta kvinnor samt ökar chanserna att kvinnorna känner att de kan berätta vad de går igenom. Macfarlane et al. (1995) menar att

andelen kvinnor som uppger att de har utsatts/utsatts för våld ökar vid en screening intervju med en sjuksköterska jämfört med de kvinnor som självmant uppger att de utsatts för någon form av våld. Att det blir lättare att uppge vad man går igenom blir ju lättare om kvinnan känner sig sedd och inser att hon inte är ensam och att det finns hjälp att få, det kan kännas som en självklarhet men att öppna sig och berätta vad man utsätts för kräver både mod och styrka då de flesta av dessa kvinnor lever under ett ständigt hot från sin partner.

Screening är inte bara ett effektivt instrument utan även en skyldighet enligt Elis (1999).

Elis(1999) menar att alla kvinnor skall screenas för våld lika rutinenligt som man screenar för bröstcancer eller livmodercancer annars kommer man aldrig till bukt med problemet.

Författarna tycker att det är en bra lösning förutsatt att sjuksköteskorna har en bra utbildning med fasta riktlinjer att falla tillbaka på.

Slutsats och kliniska implikationer

Kvinnor som utsätts för våld i nära relationer är ett stort problem i samhället. En stor del av de som jobbar inom vården har eller kommer att träffa på kvinnor som utsätts för våld i en nära relation. Oavsett var man jobbar inom sjukvården om det är på ett sjukhus eller inom primärvården så krävs det att personalen har tillräckligt med utbildning och rätt instrument för att bemöta de utsatta kvinnorna på rätt sätt. Att utbilda sjuksköteskor om detta problem skulle inte bara förbättra deras förmåga att hjälpa dem utan det skulle även minska deras negativa attityder och eventuella fördomar mot de utsatta kvinnorna. Att screena alla kvinnor som kommer in till akuten skulle underlätta sjuksköteskornas förhållandesätt till att ställa frågor om patienter har utsatts för våld. De barriärer som finns på akutmottagningar skulle kunna minskas om det fanns färdig ställda frågeformulär som tar upp detta känsliga ämne och det skulle även ge patienterna en möjlighet att berätta om deras situation. Screening är ett utmärkt instrument för att identifiera kvinnor som utsatts för våld. För att få en bättre uppfattning om hur sjuksköteskorna på svenska sjukhus upplever de barriärer som kan uppstå vid bemötandet av kvinnor som utsätts för våld i nära relationer krävs det fler studier.

Författarnas arbetsfördelning

Artikelsökningarna gjordes både gemensamt och separat. De valda artiklarna granskades och tolkades separat, författarna jämförde och diskuterade sedan sina resultat. Även om den skriftliga delen upp delads upp så var författarna eniga om arbetets uppbyggnad och innehåll.

Referenser

Beynon, C.E., Gutmanis, I.A., Tutty, L.M. Wathen, C.N. & MacMillann H.L (2012) "Why physicians and nurses dont ask partner violence: a qualitative analysis" *BMC Public Health*, s. 1-8.

(a) Berglund, A., (2011) *Förekomst av våld mot kvinnor i Sverige och internationellt*. I: Berglund A, (Red) *Att fråga om våldsutsatthet som en del av anamnesen* (1a upplagan). Uppsala: Nationellt centrum för kvinnofrid, s. 43-57.

(b) Berglund, A., (2011) *Våldets konsekvenser för hälsan*. I: Berglund A, (Red) *Att fråga om våldsutsatthet som en del av anamnesen* (1a upplagan). Uppsala: Nationellt centrum för kvinnofrid, s. 69-73.

Berglund, A., Stenson, K., (2011) *Att ställa frågan om våld*. I: Berglund A, (Red) *Att fråga om våldsutsatthet som en del av anamnesen* (1a upplagan). Uppsala: Nationellt centrum för kvinnofrid, s. 19-29.

Birkler, J. (2003): *Filosofi och omvårdnad: Etik och människosyn*. (1a upplagan) Stockholm. Liber AB, s.41-48.

Björck, A., Heimer G., (2003) *Hälso- och sjukvårdens ansvar*. I: Heimer G., Posse, B. *Våldsutsatta kvinnor – samhällets ansvar* (Red) (1a upplagan). Lund: Studentlitteratur, s. 51-96.

Deboer, M.I., Kothari, R. Kothari, C., Koestner, A.L. & Rohs, Jr. T. (2013) "What are barriers to Nurses Screening for Intimate Partner Violence?", *Journal of trauma nursing. Vol.20 (3)*, s. 155-160.

Efe, S.Y. & Taskin, L. (2012) "Emergency Nurses' Barriers to Interventions of Domestic Violence in Turkey: A Qualitative Study" Springer Science+Business Media, LLC, s. 442- 451.

Eliasson, M. (1999) *Mäns våld mot kvinnor*. Stockholm: Natur och Kultur.

Eliasson, M.(2003) *Att förstå mäns våld mot kvinnor*. I: Heimer G, Posse B (Red) *Våldsutsatta kvinnor – samhällets ansvar* (1a upplagan). Lund: Studentlitteratur, s 15-50.

Elis, J.M. (1999) "Barriers to Effective Screening for Domestic Violence by Registered Nurses in the Emergency Department" *Aspen Publishers, Inc* s. 27-41.

Florin, J. (2009). *Omvårdnadsbehov och omvårdnadsdiagnostik*. I A. Ehrenberg, L. Wallin & A Edberg (Red), *omvårdnadens grunder: ansvar och utveckling*, Lund: Studentlitteratur, s. 83-121.

Forsberg, C., & Wengström, Y. (2013). *Att göra systematisk litteraturstudier: värdering, analys och presentation av omvårdnadsforskning*. Stockholm: Natur och Kultur.

Grände, J., Lundberg, L., Eriksson, M. (2011) *I arbete med våldutsatta kvinnor: handbok för yrkesverksamma*. Stockholm: Gothia.

Health topics: Violence against women. Hämtad från www.who.int/topics/gender_based_violence/en/ (12-03-2014).

Henderson, A. 2001 "Factors Influencing Nurses' Responses to Abused women: What They Say They do and Why They Say They Do It" *Journal of Interpersonal Violence*, s. 1283-1292.

Holmberg, C., Enander, V. (2003) *Varför går hon? Om misshandlade kvinnors uppbrottsprocess*. Ystad: Kabusa Böcker.

Hägglom A.M.E., Hallberg, L.R.-M. & Möller, A. R. (2005) "Nurses' Attitudes and Practices Towards Abused Women" *Nursing and Health Sciences*. Vol. 7, s. 235-242.

Kirkevold, M., år 2000, *Omvårdnadsteorieranalys och utvärdering*, ISBN 978-91-44-01039-7.

Kompetensbeskrivning för legitimerad sjuksköterska (Artikel nr: 2005-105-1).

Lundgren, E., Heimer, G., Westerstrand, J., Kalliokoski, A-M., (2001) *Slagen dam: mäns våld mot kvinnor i jämställda Sverige – en omfångsundersökning*. Umeå. Hämtad från www.brottsoffermyndigheten.se/Filer/Böcker/Slagen%20dam.pdf (23-04-2013).

Lundgren, E. (2004). *Våldets normaliseringsprocess*. Stockholm: Riksorganisationen för kvinnojourer och tjejjourer i Sverige. (ROKS).

MacFarlane, J., Greenberg, L., Weltge, A. & Watson, M. (1995) "Identification of Abuse in

Emergency Departments: Effectiveness of a Two-Question Screening Tool". *Journal of Emergency Nursing*. Vol.21 (5), s. 391-394.

Polit, D.F., Beck, C.T. (2006) *Essentials of Nursing Research: Methods, Appraisal, and Utilization*. Philadelphia. Lippincott, Williams & Wilkins.

Raadu, G. (2012): *Författningshandbok: För personal inom hälso- och sjukvård*. Stockholm: Liber AB.

Region Skåne. (2010). *Våld i nära relationer – Regional överenskommelse, handlingsprogram och riktlinjer för Region Skåne*.

Svavarsdóttir, E.K. (2010) "Detecting Intimate partner Abuse within Clinical Settings: Self-Report or an Interview" *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, s. 224-232.

Socialstyrelsen (2011) "Våld handbok om socialnämndens ansvar för våldutsatta kvinnor och barn som bevittnat våld" (Artikel nr: 2011-6-9).

Yeung H, Chowdhury N, Malpass A and Feder G.S (2012) "Responding to Domestic Violence in General Practice: A Qualitative Study on Perceptions and Experiences" *International Journal of Family Medicine*. Vol. 2012, s. 1-7.

Yonaka L, Yoder M.K, Darrow J.B and Sherck J.P (2007) "Barriers to Screening for Domestic Violence in the Emergency Department" *The Journal of Continuing Education in Nursing*. Vol. 38(1), s. 37-45.

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

Bilaga 1 (2)

Author, year, country, title	Study design and Setting	The aim	Method	Participants	Main findings	Quality
Beynon C E, Gutmanis I A, Tutty L M, Wathen C N, MacMillian H L, 2012, Canada, "Why physicians and nurses ask (or don't) about partner violence: a qualitative analysis". BMC Public Health	Questionnaire study. Physicians and nurses working in Ontario, Canada were randomly selected from recognized discipline-specific professional directories. The nurses were working in family physician offices, emergency care, maternal/newborn and public health.	The overall objective was to identify barriers and facilitators asking about IPV among a large, randomly selected sample of nurses and physicians in specified areas of practice where abused women are likely to present.	A 43-item mailed survey about Intimate partner violence (IPV) was sent. It included two open-ended questions about barriers and facilitators asking about IPV.	931 respondents completed the survey (597 identified themselves as nurses). 769, of the 931 respondents, provided written responses to the open-ended questions (527 of them were nurses). The survey was mailed to a random sample of 1000 physicians and 1000 nurses.	The top barriers to asking about IPV were lack of time, behaviors attributed to women living with abuse, lack of training, language/cultural practices and partner presence. The most frequently reported facilitators were training, community resources and professional tools/protocols/policies.	Good
Deboer, M.I, Kothari, R., Kothari, C., Koestner A.L., Rohs, T. 2013, USA "What Are Barriers to Nurses Screening for Intimate Partner Violence?" Journal of trauma nursing	Cross-sectional survey study. Only registered nurses from inpatient and emergency wards in a hospital in the USA were included in the study.	The goal of the study was to identify nurses' attitudes and perceived barriers to screening.	The mailed survey included 7 demographic and 22 attitude, barrier and knowledge-based questions. Many of them were multiple choice questions.	The survey was mailed to 494 nurses, 154 nurses completed the survey	The vast majority of nurses correctly recognized that all patients needed to be screened IPV, regardless whether they presented injury or not.	Good

Author, year, country, title	Study design, and Setting	The aim	Method	Participants	Main findings	Quality
<p>Efe Ş Y, Taşkın L, 2012, Turkey, Emergency Nurses'Barriers toIntervention of Domestic Violence inTurkey: A Qualitative Study.</p> <p>Springer Science and buisness</p>	<p>Interview study. Nurses who had worked in emergency departments of hospitals for at least 1 year made up the study sample. Inclusions were nurses who had worked in emergency departments for at least 1 year.</p>	<p>Factors that prevent the services provided by nurses to women who have been subjects of domestic violence were investigated.</p>	<p>In-depth interview method was used. The interviews were performed at the emergency department after the nurses' shift ended. Each nurse was interviewed for 20–30 min by the interviewer, with one interview a day at the most. The interviews were recorded.</p>	<p>30 nurses participated.</p>	<p>The nurses did not feel adequate to intervene due to their lack of knowledge on domestic violence; they felt that caring for the women was someone else's duty. They worked in a very busy environment and did not have enough time to intervene, they were unable to be left alone with the woman, they felt that they would be intervening in the family, they felt that domestic violence was a problem without a solution and that the nurse could do nothing to solve it.</p>	<p>Good</p>
<p>Ellis J M, 1999,USA, Barriers to effective screening for domestic violence registered nurses in the emergency department.</p>	<p>Questionnaire study. Registered nurses employed in a large emergency department. Inclusion were registered nurses currently employed at a large, urban Level I trauma center.</p>	<p>This study was conducted to identify potential barriers to screening for domestic violence in an effort to identify victims of abuse and improve the care received.</p>	<p>The questionnaires were distributed to the sample population by placing them in a sealed envelope addressed to the individual emergency department nurse. The respondents were asked to complete and return the questionnaire to a return box located in a central area in the emergency department.</p>	<p>40 nurses completed the survey out of 101.</p>	<p>The three highest self-ranked barriers were: (1) a lack of privacy for screening in the health care setting, (2) not enough time to ask about domestic violence, and (3) not knowing how to ask about domestic violence.</p>	<p>Good</p>

Author, year, country, title	Study design and Setting	The aim	Method	Participants	Main findings	Quality
Henderson A, 2001, UK and Canada: "Factors Influencing Nurses' Responses to Abused Women – What They Say They Do and Why They Say They Do It" Journal of interpersonal violence	Interview study. In each country (UK and Canada), groups of nurses were required from hospital (maternity and emergency units), community health and mental health settings. To take part in the study, the nurses had to have been raised in one of the two countries and to have received their nursing education there.	The aim was to describe what factors enhance or impede nurses' ability to work effectively with abused women.	Nurses were first interviewed in focus groups and then individually. There were eight focus groups, four in each country.	49 nurses participated, 25 from Canada and 24 from UK.	Nurses' professional education, the particular working environments in which they currently practice, their individual upbringings, and the emotional toll of the work have a major influence on their choice of nursing actions with abused women.	Good
Hägglom A M E, Hallberg L R M, Möller A R, 2005: "Sweden, Nurses' attitudes and practices towards abused women. Nursing and health sciences	Questionnaire study. Nurses working within the government health organization on the Åland Islands, Finland. 45 % of the respondents worked at the hospital, 22 % in primary health-care units, 10 % at the psychiatric department, 9 % at the unit for healthcare of elderly people, and 14 % did not answer the question.	The paper aims to describe nurses' knowledge, practices, and training related to abuse against women. This paper addresses an investigation of the nurses' motivation and readiness to take care of female victims of abuse on the Åland Islands	Data was collected by a questionnaire. Five health professionals who are experts on issues, such as nursing management and violence against women, including three head nurses, one physician, and one gender and equity inspector, tested the questionnaire before it was distributed	A self-administered questionnaire was sent to 234 nurses. The response rate was 57% (n=133).	Most nurses had no formal training in domestic violence and were less likely than the in-service-trained nurses to intervene with abused women. Nurses' knowledge, beliefs, and practices were found to be unsystematic and had drawbacks. Nurses were not familiar with the formal structure provided by the health administration.	Good

Author, year, country, title	Study design and Setting	The aim	Method	Participants	Main findings	Quality
McFarlane, J., Greenberg, L., Weltege, A. and Watson, M 1995 USA “ Identification of abuse in emergency departments: Effectiveness of a two question screening tool. Journal of emergency nursing.	Quantitative study conducted in two public and one private emergency department. In the USA	The goal of the study was to identify how effective a two question screening tool was to identify abused women.	A two question screening tool was used on women in emergency departments.	416 women agreed to participate in the study and were screened for abuse. 93 (22 %) in the private emergency department and 323 (78 %) in the public emergency departments.	Abused women can easily be detected by a straightforward two-question screening tool	Good
Svavarsdottir, E.K 2010 : ”Detecting intimate partner abuse within clinical settings: self- report or an interview”. Scandinavian Journal of Caring Sciences	Cross-sectional study conducted in Landspítali University Hospital in Reykjavik, Iceland.	The objective of the study was to evaluate the effectiveness of two screening methods, a self-reporting questionnaire and an interview.	Two different screening methods were used a self-reporting instrument and a face-to face interview with a nurse to compare the frequency of women’s disclosure of abuse.	65 nurses/ midwives and 208 women participated in the study. 101 women used the self-reporting instrument and 107 women were interviewed.	There was a small difference in what the different methods that were used. With the self-reporting instrument women tended to disclose emotional and sexual abuse. With the face to face interview women disclosed emotional and sexual abuse as well but they also disclosed physical abuse in a higher rate.	Good

Author, year, country, title	Study design and Setting	The aim	Method	Participants	Main findings	Quality
Yeung, H., Chowdhury, N., Malpass, A., Feder, G.S. 2012: "Responding to Domestic Violence in General Practice: A qualitative Study on Perceptions and Experiences. International Journal of family Medicine	Qualitative study conducted in hospitals in Hackney and Bristol in UK	Evaluate General practitioners and nurses experiences and perceptions in identifying domestic violence.	Two phases of semi structured interviews were conducted in form July to August 2007 and July to August 2008	11 General practitioners and 6 nurses participated in the study.	The participants all experienced barriers screening for domestic violence and they have received little or no training and feel ill prepared to provide an effective response.	Good
Yonka, 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.	A pilot project with a questionnaire survey conducted in a large public urban hospital emergency department in the USA.	The purpose was to determine the beliefs and attitudes of emergency department registered nurses when screening for domestic violence and evaluate the continued education needs of the emergency staff	A questionnaire containing three components. The first component was 18 statements that were rated on a 1-5 scale. The second component consisted of demographic information gathered by the nurses. The third component consisted of two yes or no questions.	33 emergency registered nurses.	The nurses experienced several barriers in screening for domestic violence. 87 % of the participants were interested in receiving training in how to ask questions about abuse.	Good

Bilaga 2 (2)