



LUNDS UNIVERSITET
Medicinska fakulteten

Påverkande faktorer för sjuksköterskans identifiering av våldsutsatta kvinnor

En litteraturstudie

Författare: Emma Bågenholm Bylin & Lisa Tedrup

Handledare: Lena Forsell

Litteraturstudie / Kandidatuppsats
Januari 2017

Lunds universitet
Medicinska fakulteten
Programnämnden för omvårdnad, radiografi samt reproduktiv, perinatal
och sexuell hälsa
Box 157, 221 00 LUND

Påverkande faktorer för sjuksköterskans identifiering av våldsutsatta kvinnor

En litteraturstudie

Författare: Emma Bågenholm Bylin & Lisa Tedrup

Handledare: Lena Forsell

Litteraturstudie / Kandidatuppsats

Januari 2017

Abstrakt

Syfte: Att belysa påverkande faktorer för sjuksköterskans identifiering av våldsutsatta kvinnor. **Bakgrund:** Våldsutsatthet är ett problem för många kvinnor och det finns svårigheter i vården att möta kvinnornas vårdbehov på ett tillfredställande sätt. Det finns barriärer som hindrar sjuksköterskor att fråga om våld och därmed förhindras de positiva konsekvenser som följer av identifiering. **Metod:** Litteraturstudie med artikelsökning i PubMed och CINAHL samt integrerad analys. **Resultat:** Det framkom fem teman med påverkande faktorer: sjuksköterskans benägenhet att fråga om våld, den drabbade kvinnans benägenhet att berätta, träning och utbildning om våld, arbetsmiljö och omgivning samt organisatoriskt stöd. **Slutsats:** Faktorer som underlättar eller förhindrar sjuksköterskans identifiering av våldsutsatta kvinnor ligger på både organisatorisk, professionell och individuell nivå. För att förbättra sjuksköterskans arbete med våldsutsatthet krävs organisatoriskt stöd och professionell utveckling.

Nyckelord

Påverkande faktorer, sjuksköterska, identifiering, våldsutsatta kvinnor

Lunds universitet
Medicinska fakulteten
Programnämnden för omvårdnad, radiografi samt reproduktiv, perinatal
och sexuell hälsa
Box 157, 221 00 LUND

Innehållsförteckning

Innehållsförteckning	1
Problembeskrivning	2
Bakgrund	3
Perspektiv och utgångspunkter	3
Sjuksköterskans ansvar	4
Lagar	4
Moraliskt ansvar	5
Definitioner	5
Våld	5
Nära relationer	6
Våldsutsatta kvinnor	5
Screening av våldsutsatthet	6
Syfte	7
Metod	7
Urval av databaser	7
Genomförande av datainsamling	7
Sökstrategi	7
Sökschema	8
Inklusions- och exklusionskriterier	8
Kvalitetsgranskning	9
Genomförande av databearbetning	9
Forskningsetiska överväganden	10
Författarnas arbetsfördelning	10
Resultat	10
Sjuksköterskans benägenhet att fråga om våld	11
Den drabbade kvinnans benägenhet att berätta	12
Sjuksköterskans träning och utbildning om våld	14
Arbetsmiljö och omgivning	14
Organisatoriskt stöd	15
Diskussion	16
Diskussion av vald metod	16
Diskussion av framtaget resultat	19
Slutsats och kliniska implikationer	23
Referenser	24
Bilaga 1 (2)	29

Problembeskrivning

Enligt García-Moreno (2013) har 35 % av världens kvinnor någon gång utsatts för fysiskt eller sexuellt våld av en partner, alternativt sexuellt våld från någon annan än en partner (ibid.). I Sverige har drygt var fjärde kvinna någon gång i livet blivit utsatt för antingen misshandel, sexuellt våld, hot, trakasserier eller verbala kränkningar av en före detta eller nuvarande partner. Störst risk att drabbas är i åldern 25-34 år. I jämförelse med män utsätts kvinnor oftare för grövre våld som är återkommande, vilket innebär att kvinnor vanligtvis är i större behov av hjälp från sjukvården (Frenzel, 2014). Det har visat sig att om förövaren vid sexuellt våld är någon närstående söker kvinnan vanligen hjälp senare än om förövaren är okänd för henne (Möller, Backström, Söndergaard, & Helström, 2012). Våldsutsatta kvinnor som faktiskt söker hjälp i vården upplever inte alltid att de får det stöd de behöver. Bland kvinnor som utsatts för återkommande fysiskt våld har det påvisats att hela 38 % upplevde att deras behov av hjälp inte blev tillgodosett (Frenzel, 2014). Det är oftast sjuksköterskor inom primärvård, psykiatri eller på akutmottagning som möter våldsutsatta kvinnor då det främst är där de söker vård (Hägglom, Hallberg, & Möller, 2005).

DeBoer, Kothari, Kothari, Koestner & Rhos Jr. (2013) menar att 95% av sjuksköterskor tycker att frågan om våld i nära relationer är relevant för sjuksköterskan att arbeta med. De menar att screening för våld är en angelägenhet som sjuksköterskan bör ta allvarligt på. I en studie av Lawako, Sanz, Helström & Catren (2011) påvisas dock att endast 51 % av de deltagande sjuksköterskorna någon gång under de senaste tre månaderna tagit upp frågan om våld vid möte med kvinnor inom sin verksamhet (ibid.). Anledningen till att sjuksköterskor inte ställer frågan om våld i nära relationer är de upplever barriärer som hindrar dem (Hägglom et al., 2005). Liebschutz, Battaglia, Finley & Averbuch (2008) påvisar negativa följder av att våldsutsatta kvinnors situationer inte identifieras i vårdmöten. När kvinnan förväntar sig att våldet ska uppmärksammas men vårdpersonalen inte tar upp ämnet skapas upprördhet som leder till motvilja att söka vård i framtiden. Bristen på bekräftelse kan av kvinnor uppfattas som att vårdpersonalen är ointresserad av att bli involverad. Identifiering av våldsutsatthet kan få positiva konsekvenser, som att kvinnan kan skapa förändring i tillvaron och exempelvis lämna förövaren, gå med i avgiftningsprogram eller göra en polisanmälan. Andra fördelar är ökad självkänsla och en mer positiv inställning till vården (ibid.). Eftersom identifiering har positiva konsekvenser och det är få sjuksköterskor som tar upp frågan om våld anser författarna till föreliggande studie det relevant att belysa vilka faktorer som

underlättar och förhindrar för sjuksköterskan i identifieringen av våldsutsatta kvinnor för att det på sikt ska kunna skapas ett mer effektivt arbete med våldsutsatthet.

Bakgrund

Perspektiv och utgångspunkter

Denna studie grundar sig i sjuksköterskans perspektiv vilket innebär att det är sjuksköterskans arbete med identifiering som kommer vara i fokus. Hur sjuksköterskan ska agera i arbetet med patienter kan beskrivas utifrån Katie Erikssons omvårdnadsteori i vilken de viktigaste begreppen är människa, hälsa, vård och lidande (Eriksson, 1987).

Eriksson (1994) menar att lidande ofta uppstår i mötet mellan människor. Vårdlidande är den typ av lidande som kan uppstå i vårdsituationer och innefattar kränkning av patientens värdighet, fördömelse och straff, maktutövning och utebliven vård. Kränkning uppstår när vårdpersonalen inte ser till patientens värdighet som människa. Det kan ske vid bristande hänsyn i samtal med patienten genom att exempelvis behandla personliga frågor med respektlöshet eller kränka patientens integritet. Det är vårdarens ansvar att hindra kränkning i vårdmötet.

Vidare påtalar Eriksson (1994) att vårdaren genom att döma patienten kan orsaka stort lidande eftersom fördömelse kan tillintetgöra personens självuppfattning. Personalen bör inte involvera sina personliga värderingar i patientens upplevelse utan istället söka förståelse och arbeta utifrån patienten egen vilja av hur vårdmötet ska formas. Lidande orsakat av utebliven vård förklaras som att personalen inte identifierar och bemöter patientens upplevda vårdbehov vilket i sin tur är en kränkning (ibid.). Att inte ställa frågan om våldsutsatthet kan därför leda till lidande för att kvinnan inte får den vård hon behöver.

Eriksson (1987) nämner vikten av att sjuksköterskan ska lindra patientens lidande.

Föreliggande studie avser delvis att belysa hur sjuksköterskan bör agera i mötet med den våldsutsatta kvinnan för att inte skapa ytterligare lidande. I vårdmötet bör sjuksköterskan enligt Eriksson (1987) bekräfta patienten, visa förståelse och vara öppen och välkomnande. Sjuksköterskan ska även vara närvarande och genom engagemang och delaktighet skapa en relation till patienten (ibid.). De problem som våldsutsatta kvinnor upplever när de väl söker vård är bland annat brist på bekräftelse och stöd från personalen (Frenzel, 2014). Enligt Eriksson (1994) ska sjuksköterskan arbeta på ett sätt som ger patienten stöd och bekräftelse.

Sjuksköterskan bör anpassa vården till hur kvinnan ser på sin egen situation. Genom personcentrerad vård och att sjuksköterskan är engagerad, lyssnar och låter kvinnan berätta i sin egen takt kan en relation byggas upp dem emellan, vilket leder till ett förbättrat läkande (Andrus, 2014). Andrus (2014) uppger fyra aspekter av personcentrerad vård; grundförutsättningar, miljö, omvårdnadsprocessen och omvårdnadsresultat. Dessa aspekter ligger till grund för ett professionellt förhållningssätt, kvinnans delaktighet i sin egen vård, stöd till risktagande, engagemang och tillfredsställelse med vården.

Utgångspunkt gällande människosyn i denna studie kommer vara att människan som begrepp är en varelse med individuella upplevelser och åsikter. Föreliggande studie kommer utgå från ett personcentrerat förhållningssätt med ett perspektiv om att känslor är subjektiva och att olika människor upplever bemötande på olika sätt. Detta kan ge en mer komplex bild av hur sjuksköterskans bemötande kan uppfattas (Edberg, Ehrenberg, Friberg, Wallin, Wijk & Öhlén, 2013).

Sjuksköterskans ansvar

Lagar

I 2 § i Hälso- och sjukvårdslagen benämns bland annat att hälso- och sjukvårdens mål är att alla ska få vård på lika villkor och uppnå en god hälsa. Vid erhållandet av vård ska den vårdtagande människans värdighet respekteras (HSL, 1982:763)

Vid misstanke om att en patient upplevt våld eller övergrepp ska sjukvårdspersonalen i enlighet med Socialstyrelsens författningssamling (SOSFS, 2014:4) fråga patienten enskilt om eventuell våldsutsatthet. Vid fortsatt misstanke om våld anges att vårdgivaren då ska ”se till att personalen

1. tar reda på om det finns barn i den vuxnes familj,
2. gör en anmälan till socialtjänstlagen enligt 14 kap. 1 § socialtjänstlagen (2001:453), om det finns barn i familjen,
3. informerar om möjligheten till vård och omvårdnad från hälso- och sjukvården eller stöd och hjälp från socialtjänsten och frivilligorganisationer, och
4. beaktar vilka behov den vuxne kan ha av vård såväl fysiskt som psykiskt med anledning av våldet.” (SOSFS, 8 Kap §9, 2014:4)

I Socialstyrelsens författningssamling (SOSFS, 2014:4) anges som allmänna råd att vårdgivaren bör besluta om i vilka situationer hälso- och sjukvårdspersonalen ska ställa frågor i syfte att upptäcka våldsutsatta patienter. Det är även vårdgivarens ansvar att upprätta relevanta rutiner i arbetet med våldsutsatta för att kunna kvalitetssäkra vården som ges. Vidare uppges som allmänna råd att vårdgivaren bör säkerställa att personalen har tillräckliga kunskaper om våld och övergrepp för att kunna erbjuda god vård till de våldsutsatta.

Moraliskt ansvar

Sjuksköterskan har utöver lagar även ett moraliskt ansvar gentemot patienten, något som kan förstås utifrån ICN:s etiska kod för sjuksköterskor (Svensk sjuksköterskeförening, 2014) vilken är en vägledning till ett etiskt förhållningssätt. Genom koden uppmanas sjuksköterskor bland annat att övervaka säkerheten i miljön som patienterna befinner sig i. Det framläggs även att sjuksköterskan ansvarar för att "initiera och främja insatser som tillgodoser allmänhetens, och i synnerhet sårbara befolkningsgruppers, hälsa och sociala behov" (Svensk sjuksköterskeförening, 2014, s. 4) samt att sjuksköterskan ska uppvisa "professionella värden såsom respektfullhet, lyhördhet, medkänsla, trovärdighet och integritet" (Svensk sjuksköterskeförening, 2014, s. 4)

Definitioner

Våldsutsatta kvinnor

I föreliggande studie används benämningen våldsutsatta kvinnor, vilket syftar på kvinnor som utsatts för nedanstående typ av våld i nära relationer.

Våld

Enligt Socialstyrelsen (2016) syftar begreppet våld på både psykiskt, fysiskt och sexuellt våld. Konkreta exempel på handlingar av dessa typer kan vara verbala hot, kränkningar, våldtäkt, slag och sparkar (ibid.). Våld som benämns i denna studie åsyftar våld riktat mot kvinnor. I Deklarationen om avskaffande av våld mot kvinnor (Förenta Nationerna, [FN], 1993) definieras våld mot kvinnor som:

any act of gender-based violence that results in, or is likely to result in, physical, sexual or psychological harm or suffering to women, including threats of such acts, coercion or arbitrary deprivation of liberty, whether occurring in public or in private life. (FN, 1993, s. 3)

I jämförelse med män är det mer sannolikt att kvinnor upplever fysiskt eller sexuellt våld (Frenzel, 2014) samt grövre våld som är återkommande (Coker et al., 2002). Våld i nära relationer har visats kunna associeras med upplevd försämrad hälsa samt depressiva symtom (Coker et al., 2002)

Det finns ett mörkertal angående förekomsten av våld i pågående parrelationer eftersom det är något som ofta anses svårt att bekänna. Kvinnans uppfattning om vad som är accepterat och normalt i relationen kan också förändras efter hand om hon genom våldsutsattheten blir kontrollerad av och isolerad till förövaren (NCK, 2010).

Nära relationer

FN (1993) betonar att våld mot kvinnor kan delas in i tre kategorier; våld inom familjen, våld i samhället samt våld utövat av staten. Våld inom familjen avser våld som sker i hemmet, vilket kan utföras av en partner både inom eller utom äktenskap (ibid.). I begreppet kan även inkluderas våld riktat mot barn av kvinnligt kön. För att använda begrepp som kan relateras till syftet i föreliggande studie avses här att endast belysa våld som sker i nära relationer riktat mot vuxna kvinnor.

Frenzel (2014) menar att begreppet nära relation ofta har olika innebörd i olika studier. Det kan syfta på endast kärleksrelationer mellan två människor eller på relationer inom hela familjer (ibid.). I denna studie kommer begreppet åsyfta en pågående eller avslutad parrelation.

Screening av våldsutsatthet

Juth & Munthe (2012) definierar screening inom sjukvården som ett initiativ från sjukvården i motsats till när en individ på eget initiativ söker vård. Att screenas för våldsutsatthet är inte något som erbjuds till alla individer i samhället utan enbart de som är i kontakt med vården där screening av våldsutsatthet är rutin. Screening behöver inte vara kopplat till ett visst tillstånd, utan kan utföras på individer oavsett sökorsak. Screening bör utföras oberoende av misstanke om ett visst tillstånd eller misstanke för exempelvis våldsutsatthet. Screening utförs ofta på en viss population, det finns dock ingen angivelse på hur stor denna population bör vara (ibid.). Screening för våldsutsatthet definieras som att rutinmässigt ställa frågor om

utsatthet för våld. Syftet med screening är att identifiera ett tillstånd för att kunna undvika eller lindra effekterna av detta tillstånd (Berglund & Tønnesen, 2010).

Syfte

Syftet är att belysa påverkande faktorer för sjuksköterskans identifiering av våldsutsatta kvinnor.

Metod

Friberg (2006) menar att en litteraturstudie är en lämplig metod för att få en tydlig överblick över ett ämne, varför denna metod valdes till föreliggande studie. I enlighet med Friberg (2006) användes strukturerade litteratursökningar för att söka relevanta artiklar relaterade till uppsatsens syfte och problemformulering. Avsikten var att först skapa en översikt över ett redan avgränsat område inom forskning för att sedan skapa en mer begränsad bild av detta område. För att få en bred bild av området inkluderades studier med antingen kvalitativ eller kvantitativ ansats.

Urval av databaser

För att söka efter relevanta vetenskapliga artiklar användes databaserna CINAHL och PubMed. PubMed är en sökmotor för att söka i databasen MEDLINE som är den mest omfattande databasen inom bland annat medicin, omvårdnad och hälso- och sjukvårdsadministration. CINAHL är en databas med fokus på omvårdnadsvetenskap där litteraturen är publicerad i omvårdnadstidsskrifter (Willman, Stoltz & Bahtsevani, 2006).

Genomförande av datainsamling

Sökstrategi

Litteratursökningen gjordes i Pubmed och CINAHL. Ämnesordlistan MeSH användes vid sökning i Pubmed då den innehåller väsentliga termer som leder till relevanta studier för aktuellt ämne. I CINAHL utgick sökorden från Cinahl headings vilket på samma sätt som MeSH leder till artiklar utifrån det valda området. De sökord som söktes som ämnesord var *nurse, nursing care, nurse's role, nurse-patient relations, professional-patient relations, battered women, spouse abuse, domestic violence*. De som söktes i fritext var *identification* och *barriers*.

Sökschema

Datum Databas	Sökord (MeSH, CINAHL headings)	Antal träffar	Granskade abstracts	Granskade artiklar	Inkluderade artiklar
2016-11-09 PubMed	"Nursing Care" [Mesh] OR "Nurse's Role" [Mesh] OR "Nurse-Patient Relations" [Mesh]) OR "Professional-Patient Relations" [Mesh] AND "Battered Women"[Mesh] OR "Spouse Abuse" [Mesh] OR "Domestic Violence" [Mesh] AND identification	88	27	5	5
2016-11-09 CINAHL	(MH "Domestic Violence") OR (MH "Intimate Partner Violence") OR (MH "Battered Women") AND "Nurse's role" OR (MH "Nurse-Patient Relations") OR (MH "Nursing Care") OR (MH "Professional-Patient Relations") AND Identification	17	4	0	0
2016-11-09 PubMed	Battered women(MeSH)/Psychology AND Identification	51	13	0	0
2016-11-09 CINAHL	Battered woman(Cinahl headings)/Pshycosocial AND Identification	11	0	0	0
2016-11-11 PubMed	(((((("Spouse Abuse"[Mesh]) OR "Intimate Partner Violence"[Mesh]) OR "Battered Women/psychology"[Mesh])) AND barriers)) AND nurse	29	10	3	3
2016-11-11 CINAHL	((MH "Intimate Partner Violence") OR (MH "Battered Women/PF")) AND Barriers AND Nurse	37	17	5	2

Inklusions- och exklusionskriterier

De artiklar som exkluderades i litteratursökningen var äldre än 15 år eller ej skrivna på engelska. Till resultatet användes artiklar med fokus på antingen sjuksköterskan eller den

våldsutsatta kvinnan då resultat utifrån båda dessa perspektiv ansågs kunna svara på syftet. Vid läsning av abstracts exkluderades studier om de berörde våld mot barn. Studier om sjuksköterskor inkluderades om mer än 50 % av deltagarantalet bestod av sjuksköterskor eller om resultat som gällde sjuksköterskor tydligt gick att urskilja från resterande yrkesgrupper. Författarna anser problemet med våldsutsatta kvinnor vara relevant för sjuksköterskor inom alla områden, varför det inkluderades studier med sjuksköterskor från olika typer av arbetsplatser och avdelningar. En av studierna inkluderade, förutom sjuksköterskor, även undersköterskor och sjuksköterskestudenter (Bournnell & Prosser, 2010). En annan studies deltagarantal bestod av 20 % personal från psykiatrisk vård, resterande del var sjuksköterskor (Minsky-Kelly, Hamberger, Pape & Wolff, 2005). Två studier inkluderade både sjuksköterskor och läkare (Gutmanis, Beynon, Tutty, Wathen & MacMillan, 2007; Beynon, Gutmanis, Tutty, Wathen & MacMillan, 2012). Sjuksköterskorna representerade dock en stor del av deltagarna varför artiklarna valdes att inkluderas.

Kvalitetsgranskning

Utvalda artiklar delades upp mellan författarna och granskades. Därefter gick författarna tillsammans igenom artiklarna och kontrollerade kvalitetsgranskningen för att säkerställa att författarnas bedömningar överensstämde. Vid oenigheter diskuterades ett gemensamt beslut fram. Granskningsmallar för både kvantitativ och kvalitativ design tagna från Willman et al. (2006) användes för att säkerställa artiklarnas kvalitet. Utifrån kriterier i granskningsmallarna poängsattes artiklarna. Kriterierna modifierades något utifrån aktuell studies design, exempelvis kunde det inte bedömas om forskare eller deltagare varit utsatta för blindning i en observationsstudie då det inte är relevant i forskningsdesignen, varför det kriteriet då uteslöts. För en medelhög kvalitet ansågs det krävas 50-70% av maxpoäng och för en hög kvalitet 70-100%. Ett fåtal artiklar understeg 50% och uteslöts därför ur studien. För att ge en tydlig överblick av litteratursökningens process nyttjades ovanstående sökschema (Willman et al., 2006).

Genomförande av databearbetning

Den integrerade analysen inleddes med att tio artiklar valdes ut och lästes igenom översiktligt för att upptäcka likheter och skillnader i resultaten. Det skrevs sedan sammanfattningar av varje artikel som fördes in i en artikelmatris (Bilaga 1). De utvalda studierna lästes igenom flertalet gånger för att erhålla en fördjupad förståelse av deras resultat. För att få en lättöverskådlig bild av de identifierade likheterna färgkodades de olika företeelser som kunde

relateras till föreliggande studies syfte. Utifrån färgkodningen utarbetades sedan fem kategorier som kom att ligga till grund för underrubrikerna i resultatet (Friberg, 2006).

Forskningsetiska överväganden

Forskningsetik syftar till att under en studies gång kontinuerligt reflektera över sin forskning och ta hänsyn till etiska principer för att göra gott och visa respekt för människor (Sandman & Kjellström, 2013). Eftersom den aktuella studien är en litteraturstudie finns det inga deltagare som på något sätt riskerar att ta skada till följd av forskningen. Ambitionen var att endast inkludera studier med godkännande av en etisk kommitté. Av de tio utvalda studierna saknar två etiskt godkännande, varav en motiveras genom etiska överväganden av dess författare att inte behöva det (Boursnell & Prosser, 2010). I den andra studien resoneras det kring anonymitet och bekvämlighet för deltagarna. Deltagarna garanterades att deras namn inte skulle röjas samt att deras svar inte skulle kunna härledas till enskilda personer (Minsky-Kelly et al., 2005). Båda studierna ansågs dock vara relevanta för syftet och inkluderades trots avsaknad av etiskt godkännande. Under analysen strävades det efter att ha ett objektiva förhållningssätt och inte utesluta resultat.

Författarnas arbetsfördelning

Fördelningen av arbetet kring föreliggande studie har varit jämn. Artikelsökningen samt läsning av abstract skedde individuellt. Inför kvalitetsgranskningen fördelades artiklarna jämnt mellan författarna och granskades enskilt. Därefter gjordes en gemensam genomgång av utförda granskningar. Båda författarna läste grundligt igenom och diskuterade studierna för att tillsammans arbeta fram relevanta kategorier och ett resultat. Skrivprocessen genomfördes med jämlik arbetsfördelning och slutligen granskades texten gemensamt för att säkerställa samstämmighet mellan delarna av studien.

Resultat

Föreliggande studies resultat visar på fem teman där påverkande faktorer för sjuksköterskans identifiering av våldsutsatta kvinnor ingår. Det framkommer att både sjuksköterskan och den våldsutsatta kvinnan inverkar på för huruvida mötet mellan dem leder till identifiering. Framkomna teman är sjuksköterskans benägenhet att fråga om våld, den drabbade kvinnans benägenhet att berätta, sjuksköterskans träning och utbildning om våld, arbetsmiljö och omgivning samt organisatoriskt stöd.

Sjuksköterskans benägenhet att fråga om våld

Detta tema grundas på fem studier varav fyra är av hög kvalitet (Minsky-Kelly et al., 2005; Gutmanis et al., 2007; Beynon et al., 2012; Owen-Smith, Hathaway, Roche, Gioiella, Whall-Strojwas & Silverman, 2008) och en medelhög (Natan & Rais, 2010). I en studie av Minsky-Kelly et al. (2005) med experimentell design visas det att screening är ett känsligt område och genom att ställa frågan om våld till en kvinna kan sjuksköterskan känna att kvinnans privatliv inkräktas på (Ibid.). I en enkätstudie av Gutmanis et al. (2007) menar dock en övervägande del av sjuksköterskor att våld i nära relationer inte är ett privat familjeproblem och att de bör ta upp situationen med kvinnan (Ibid.) För att sjuksköterskan ska ta upp ämnet krävs det en bekvämlighet i situationen (Minsky-Kelly et al., 2005). Vidare menar Minsky-Kelly et al. (2005) att det är vanligt att sjuksköterskor känner oro inför att fråga, men genom att sjuksköterskor är beredda på ett jakande svar och vet hur de ska hantera det minskas oron (Ibid.). Sjuksköterskans egen erfarenhet av våldsutsatthet kan påverka benägenheten att fråga om våld (Minsky-Kelly et al., 2005; Beynon et al., 2012) Det beskrivs vara underlättande för sjuksköterskan om denne själv inte blivit utsatt för våld eller har närstående som har blivit utsatta. Utsatthet för våld uppges öka obehag att prata om våld vilket kan vara ett hinder för sjuksköterskan för att ta upp frågan med kvinnor (Minsky-Kelly et al., 2005). I motsats till detta påtalar Beynon et al. (2012) i en enkätstudie att egen erfarenhet av våldsutsatthet kan vara en underlättande faktor och istället öka bekvämligheten i möten med våldsutsatta kvinnor (ibid.). För att öka screeningen för våld i nära relationer underlättar det om sjuksköterskor känner att screeningen har en positiv effekt. De behöver känna att de kvinnor som identifieras bli utsatta för våld hjälps av att bli upptäckta och att sjuksköterskan, genom att screena, hjälper kvinnan ur den våldsamma situation som hon befinner sig i (Minsky-Kelly et al., 2005).

I en retrospektiv studie med granskning av patientjournaler framkommer det att en vanligt förekommande orsak till att ej screena för våld är glömska (Owen-Smith, et al., 2008). För att minska detta problem föreslår Owen-Smith et al. (2008) att påminnelser regelbundet ska skickas ut till sjuksköterskor. Utöver påminnelser föreslås screeningfrågor ingå i inskrivningsrutinen för att minska risken att frågorna glöms bort. Minsky-Kelly et al. (2005) menar att sjuksköterskor ska uppmuntras att screena. Därför är det viktigt att det inte enbart är vissa avdelningar som gör det utan att alla avdelningar har screening som en del av sitt arbete. Detta för att en känsla av frustration kan uppstå hos de som arbetar på avdelningar som

screenar om de känner att de är ensamma om att göra det (ibid). En kvantitativ deskriptiv studie av Natan & Rais (2010) visar på att de sjuksköterskor som har en positiv attityd till screening och arbetet med våld i nära relationer har visat sig ha en större intention till att fråga kvinnor om våld. Vidare har de som har intention att fråga påvisats även göra det i praktiken (Ibid.)

Den drabbade kvinnans benägenhet att berätta

Detta tema grundas på de framkomna faktorer som påverkar hur benägen den våldsutsatta kvinnan är att berätta om sin situation för vårdpersonal. Resultatet är sammanställt från fyra studier av hög kvalitet (Beynon et al., 2012; Catallo, Jack, Ciliska & MacMillan, 2012; Watt & Bobrow, 2008; Chang, Cluss, Ranieri, Hawker, Buranosky, Dado & Scholle, 2005). Den drabbade kvinnans känslor och beteende kan utgöra ett hinder för att sjuksköterskan kunna identifiera våldsutsatthet (Beynon et al., 2012; Catallo et al., 2012; Watt & Bobrow, 2008). I en studie med grounded theory påvisar Catallo, et al. (2012) att problemet som uppstår när en våldsutsatt kvinna söker vård är rädslan över att hennes situation ska bli upptäckt av personalen. Detta kan relateras till att vårdpersonalen upplevs inkräkta på kvinnans privatliv vilket kan försvåra situationen och vara påfrestande för henne. Denna typ av intrång på kvinnans integritet innefattar även störande moment som att bli avbruten i en screeningprocess, behöva genomgå flertalet procedurer samt att bli hänvisad till ytterligare instanser som polis eller socialtjänst. När vårdpersonalen orsakar denna inkräkning skapar det en rädsla hos kvinnan över att bli exponerad samt en känsla av att förlora kontroll över hur och när hon själv vill berätta om sin situation (Ibid.). Beynon et al. (2012) menar att sjuksköterskor kan uppleva att kvinnor förnekar sin våldsutsatthet för att de är oroliga att en upptäckt av deras situation leder till att deras barn kan tas ifrån dem, något som Catallo et al. (2012) i sin studie visar stämmer. Kvinnor med barn påvisas vara oroliga att en upptäckt kan medföra involvering av myndigheter som skulle ta hand om barnen (Ibid.).

För att en kvinna ska få hjälp med sin våldsutsatthet krävs det att hon känner sig redo att öppna sig om sin situation samt har en vilja till förändring (Catallo et al., 2012; Chang et al., 2005). Watt & Bobrow (2008) påvisar i sin studie med semistrukturerade intervjuer att kvinnor undviker att berätta med anledning av rädsla eller den beroendeställning de har till sin partner, vilken ofta är relaterad till deras ekonomiska situation (Ibid.). Även en upplevd negativ interaktion kan resultera i att kvinnan avstår från att berätta samt att hon upplever känslor av maktlöshet, ökad sårbarhet och misstro till personalen (Catallo et al., 2012).

Negativa känslor som kvinnor kan uppleva i mötet är skuld, skam och att bli dömd av personalen, vilket kan hindra kvinnan från att dela med sig av sin situation. Vårdpersonalen bör därför ha ett icke-dömande förhållningssätt i bemötandet av kvinnan (Catallo et al., 2012; Watt & Bobrow, 2008).

För att interaktionen med vårdpersonalen ska upplevas positiv och kvinnan ska bli mer redo för att berätta och skapa förändring behöver kvinnan känna att hennes behov blir bemötta på ett respektfullt vis (Catallo et al., 2012; Chang et al., 2012). Vidare visar Chang et al. (2005) i sin intervjustudie att vårdpersonalen bör främja kvinnans autonomi för att hon ska kunna upprätthålla en känsla av kontroll över situationen. Det är också av vikt att kvinnan erbjuds olika alternativ till stöd istället för att endast få ett direktiv. Det kan göra kvinnan mer mottaglig för hjälpen som erbjuds (Ibid.).

För att kvinnor ska känna sig redo att berätta är det till stor hjälp med upplevt stöd från vänner, familj eller professionella. Pålitliga relationer skapar trygghet och ger kvinnan självförtroendet att prata om personliga problem (Catallo et al., 2012). Beynon et al. (2012) beskriver dock att sjuksköterskor känner frustration och förvirring över de fall då en kvinna berättat om sin utsatthet för våld men sedan ändå bestämt sig för att återvända till det destruktiva förhållandet. Det kan upplevas utmanande för sjuksköterskor att lägga energi på att utveckla en vårdrelation som i slutändan inte är till hjälp för kvinnan (Beynon et al., 2012). Däremot menar Watt & Bobrow (2008) att kvinnor anser detta vara ett steg på vägen att avslöja sin våldsutsatthet trots att de nekar vidare hjälp från sjukvården. Genom att få information om hur de kan gå vidare med situationen när de känner sig redo upplever kvinnorna att de fått den hjälp de kan få i rådande situation (Ibid.). Även information i form av posters och broschyrer i väntrum och på toaletter kan uppskattas av kvinnor som ännu inte är redo att förändra sin situation. De får då möjlighet att ta del av vad det finns för alternativ till stöd utan att behöva prata med någon om våldet. Att på ett finkänsligt sätt bli tillfrågad om våldsutsatthet kan också bidra till en ökad benägenhet att söka hjälp och förändra sin situation (Chang et al., 2005).

Även kvinnans kultur kan ha en inverkan på hennes benägenhet att berätta. Det upplevs av vårdpersonal att många kvinnor vägrar att dela med sig om eventuell utsatthet med anledning av att det är accepterat med kvinnovåld i deras kulturer. Oberoende av hur många gånger

kvinnorna tillfrågas känner personalen att kvinnorna kommer förneka att ha utsatts för våld av sin partner (Beynon et al., 2012).

Sjuksköterskans träning och utbildning om våld

Detta tema grundas på sex studier, två av medel kvalitet (Natan & Rais, 2010; Bournnell & Prosser, 2010) och fyra av hög kvalitet (DeBoer et al., 2013; Beynon et al., 2012; Gutmanis et al., 2007; Owen-Smith et al., 2008). Ett återkommande problem som sjuksköterskor upplever hindrar dem från att fråga om våld i nära relationer är att de saknar träning inom ämnet (Natan & Rais, 2010; DeBoer et al., 2013; Beynon et al., 2012; Bournnell & Prosser, 2010).

Bournnell & Prossers (2010) prospektiva studie visar på att träning i screening och identifiering av våld i nära relationer har många positiva konsekvenser. Det kan vara en ökad medvetenhet, skicklighet och förmåga hos sjuksköterskan att identifiera våld, en ökad kunskap om hur kvinnorna kan hjälpas vidare (Ibid.), eller ett förhöjt självförtroende gällande arbetet med våld i nära relationer (Bournnell & Prosser, 2010; Owen-Smith et al., 2008).

Kunskap om våld gör också personalen mer benägen att ställa frågan om våldsutsatthet (Natan & Rais, 2010). Utöver träning är erfarenhet en medverkande faktor till att sjuksköterskan känner sig beredd på att fråga och bemöta en kvinna som utsatts för våld. Träning och erfarenhet i kombination har visat sig vara en god förutsättning för att identifiera våld (Gutmanis et al., 2007).

Beynon et al. (2012) menar att träning och utbildning om våld kan erhållas på flertalet olika sätt. Litteratur om ämnet samt annat skriftligt material kan uppskattas av personalen. Vidare anses utbildning genom realistiska scenarion och rollspel vara positivt. Att kunna diskutera ämnet med kollegor och att ha möjligheten att tillsammans med en erfaren kollega träna på sina nya kunskaper anses vara utvecklande. Träning kan också innebära att prata med kvinnor som redan blivit identifierade för att ha utsatts för våld (Ibid.).

Arbetsmiljö och omgivning

Fyra artiklar ligger till grund för detta tema, samtliga av hög kvalitet (Beynon et al., 2012; Minsky-Kelly et al., 2005; Owen-Smith et al., 2008; DeBoer et al., 2013). Vanliga begränsningar i möjligheterna till att fråga kvinnor om våld utgörs av tidsbrist och ökad arbetsbörda (Beynon et al., 2012; Minsky-Kelly et al., 2005; Owen-Smith et al., 2008).

Screeningen av våldsutsatta kvinnor kan kräva ett ökat ansvar och större åtaganden för vårdpersonalen samt uppta resurser som andra patienter är i behov av. Tidsbristen skapar oro

över huruvida personalen har tillräckligt med tid för att möta de drabbade kvinnornas behov. Det krävs då att personalen tvingas prioritera vilka patienter de ska lägga sin tid och energi på (Minsky-Kelly et al., 2005). Det beskrivs att om frågan om våld ska ställas ska det också finnas tid att lyssna på svaret och sedan erbjuda hjälp med situationen. På en avdelning med mycket att göra kan tid och emotionellt stöd inte alltid erbjudas till patienterna (Beynon et al., 2012). En tvärsnittsstudie av DeBoer et al. (2013) påvisar däremot att majoriteten av sjuksköterskor upplever att de har tillräckligt med tid för att screena patienter för våld (Ibid.).

Ytterligare hinder för att screena och identifiera våldsutsatta kvinnor har upptäckts vara brist på avskildhet (Owen-Smith et al., 2008; Minsky-Kelly et al., 2005; Beynon et al., 2012). Sjuksköterskor upplever oro över att sekretessen kan hotas när patienter bara skiljs åt av draperier eller när det inte finns en avskild plats att hålla privata samtal på (Minsky-Kelly et al., 2005). Brist på rum för samtal på två man hand blir ett hinder för att sjuksköterskan ska kunna ta upp ämnet om våld (Beynon et al., 2012). Ytterligare en barriär är att närstående eller familjemedlemmar ofta är närvarande och därmed försvårar möjligheten till samtal. Det beskrivs även vara ett bekymmer att partnern kan komma in och upptäcka att kvinnan berättat om sin utsatta situation (Minsky-Kelly et al., 2005).

Organisatoriskt stöd

Två studier med hög kvalitet (Beynon et al., 2012; Owen-Smith et al., 2008) underbygger detta tema. Beynon et al. (2012) menar att organisation och ledning är betydelsefulla faktorer i arbetet med screening för våldsutsatta kvinnor (Ibid.) Även tydliga rutiner och riktlinjer är underlättande för att fråga kvinnor om våld (Beynon et al., 2012; Owen-Smith et al., 2008). Ett hinder för att fråga om våld har identifierats vara otillräckligt stöd från ledningen. Sjuksköterskor menar att föreståndare och chefer som inte ser vålds betydelse för hälsan som ett problem oroar sig över tiden och resurserna det kostar att screena och stödjer därför inte den proceduren. Det otillräckliga stödet kan resultera i att det inte finns några utarbetade frågeformulär eller att personalen inte erbjuds träning inom ämnet (Beynon et al., 2012). Sjuksköterskor upplever att utarbetade screeninginstrument är till hjälp vid identifiering av våldsutsatta kvinnor och föreslår att frågor om våld bör inkluderas i inskrivnings- och återbesöksformulär för att skapa en rutin kring processen. För att öka medvetenheten kring våld samt påminna sjuksköterskor om att fråga föreslås även att det sätts upp posters på avdelningen (Owen-Smith et al., 2008).

Diskussion

Diskussion av vald metod

Syftet med föreliggande studie var att få en översiktlig bild av den forskning som redan finns tillgänglig. En litteraturstudie kan ge denna överskådliga bild och valdes därför som metod till denna studie (Friberg, 2006). Studierna som ingår i resultatet söktes fram i PubMed och CINAHL. Endast två av tio inkluderade artiklar valdes ut från CINAHL. Möjlig orsak till detta kan vara de betydligt färre antal träffar som framkom i CINAHL jämfört med i PubMed.

I litteratursökningen valdes att endast inkludera artiklar skrivna på engelska vilket kan ha lett till att viss relevant litteratur förbisetts. Författarna diskuterade att inkludera fler språk men ansåg att risken för feltolkning på grund av begränsningar i språkkunskaper hade blivit för stor. Detta i kombination med vetskapen om att majoriteten av artiklar som publiceras i vetenskapliga tidskrifter är skrivna på engelska gör att det kan anses rimligt att utesluta andra språk. Även artiklar äldre än 15 år exkluderades. Förenta nationerna antog 1979 konventionen mot avskaffande om diskriminering av kvinnor. 2002 antogs ett tillägg om att de författningar som tillät diskriminering mot kvinnor skulle avskaffas (Regeringen, 2002). Att utsätta kvinnor för diskriminering blev därmed ett brott mot lagen vilket anses kunna vara av relevans för hur kvinnor och vårdpersonal ser på våldsutsatthet. Detta skulle eventuellt kunna påverka sjuksköterskans bemötande och benägenhet att fråga om våld samt hur benägen kvinnan är att berätta om sin våldsutsatthet. Enligt Nationellt centrum för kvinnofrid (u.å) ha synen på våld mot kvinnor förändras från att ha setts som en privat angelägenhet till att idag ses som en kränkning av mänskliga rättigheter (ibid.). Till följd av den ändrade synen på våldsutsatta kvinnor kan det anses vara relevant att exkludera artiklar äldre än 15 år.

Enligt Friberg (2006) kan både kvalitativa och kvantitativa studier användas i en litteraturöversikt, varför det valdes att göras i föreliggande studie. Författarna ansåg också att studier av olika design kunde ge en bredare och mer komplex bild av forskningsområdet.

Vid kvalitetsgranskning användes granskningsprotokoll från Willman et al. (2006) för studier av både kvantitativ och kvalitativ ansats. Enligt Willman et al. (2006) ska de granskningsmallar som används vid kvalitetsgranskning av artiklar modifieras för den aktuella studien (ibid.), vilket författarna gjorde för att få en relevant granskning. Eventuellt hade granskningen varit mer tillförlitlig om det använts granskningsmallar från exempelvis Statens beredning för medicinsk och social utvärdering (SBU) då de mallarna (SBU, u.å) är

mer anpassade efter vilken typ av design studien som granskas har. På grund av ovana av granskning hos författarna finns en medvetenhet om risk för över- eller undervärdering. Att alla artikelgranskningar kontrollerats av båda författarna anses dock stärka att granskningarna är lämpligt genomförda.

Studien avsåg att belysa påverkande faktorer för identifiering av våldsutsatta kvinnor för alla sjuksköterskor. Två studier inkluderade sjuksköterskor från endast en arbetsplats, en akutmottagning (Bournnell & Prosser, 2010) respektive en gynekologisk onkologiklinik (Owen-Smith et al., 2008). Resterande studier hade deltagande sjuksköterskor från arbetsplatser inom olika områden så som förlossning, mödravård, gynekologi, akutmottagning, folkhälsovård och psykiatri. De påverkande faktorer som framkommer i resultatet förefaller ej skilja mellan olika verksamhetsområden. Däremot kan det tänkas att sjuksköterskor inom verksamheter som våldsutsatta kvinnor ofta söker sig till, såsom primärvård, psykiatri och akutsjukvård (Hägglom, Hallberg & Möller, 2005), har mer erfarenhet av möten med dessa kvinnor jämfört med sjuksköterskor inom andra områden. De arbetsplatser som behandlas i studierna tycks främst vara vårdinstanser där våldsutsatta kvinnor söker vård alternativt där endast kvinnor vårdas. Anledningen till att andra avdelningar inte innefattas kan tänkas vara att problemet inte är lika prioriterat där.

I resultatet inkluderades fyra studier där deltagarna var av olika professioner (Gutmanis et al., 2007; Beynon et al., 2012; Bournnell & Prosser, 2010; Minsky-Kelly et al., 2005). Anledningen till detta var att resultaten i dessa studier antingen tydligt delades upp mellan yrkesgrupperna så att sjuksköterskans perspektiv kunde urskiljas eller att andelen sjuksköterskor översteg 50 % av deltagarantalet. Studien av Gutmanis et al. (2007) hade lägst andel och innefattade 64 % sjuksköterskor. Därför ansågs resultaten vara relevanta för föreliggande studie.

Två av studierna (Gutmanis et al., 2007 & Beynon et al., 2012) utgår ifrån samma undersökningstillfälle och har samma deltagare. De kan därför inte fullständigt betraktas som två separata källor, däremot är de olika studier med olika ansats och syften. Följden av detta är en risk att resultatet inte är lika mångfacetterat som vid olika deltagargrupper. Temat som berör kvinnan benägenhet att berätta om sin situation grundas främst på en källa (Catallo et al., 2012) vilket är en svaghet för denna del av resultatet.

Ämnesord, så som MeSH-termer eller CINAHL Headings, avgränsar en artikelsökning vilket kan vara användbart för att få en inriktning på ett visst ämne. Det kan dock vara en nackdel då relevant litteratur också kan gå förlorad. Genom att söka i fritext ökar antalet träffar vilket leder till ett större utbud av artiklar (Willman et al., 2006). I denna studies artikelsökning gav sökning i fritext ett stort urval av artiklar som ej var relevanta för studiens syfte. Därför ansåg författarna det lämpligare att använda sig av termer från en ämnesordlista. Genom att använda ämnesord gavs ett större utbud av passande studier vilket författarna ansåg gav en bredare bild av den forskning som redan fanns tillgänglig. Negativa följder av detta var att antalet träffar reducerades. Genom att göra flera sökningar med olika sökord och varierande kombinationer gavs dock ett tillräckligt stort utbud av artiklar att relevanta studier ändå ansågs ha funnits. Ord som inte hade en motsvarande term i ämnesordlistan söktes efter som fritext. I sökningen inkluderades det inga sökord för underlättande faktorer, exempelvis *facilitators*, vilket kan ha resulterat i exkludering av användbara studier.

De studier som inkluderades i resultatet utfördes i antingen USA, Kanada eller Israel. Författarna ser det som positivt att studierna kommer från olika länder då det kan bidra till att resultatet inte bara blir generaliserbart för ett land med en viss kultur eller ett visst sjukvårdssystem, utan kan appliceras på flertalet länder. På samma sätt kan det dock minska generaliserbarheten för övriga länder då sjukvårdssystemen och rutinerna kan skiljas åt mycket i olika länder. Faktorer som exempelvis brist på avskildhet på grund av otillräckliga lokaler kan tänkas skilja mellan länder då det kan bero på aktuell ekonomi och typ av sjukvårdssystem. Faktorer så som sjuksköterskor och våldsutsatta kvinnors känslor och upplevelser anser författarna dock kunna generaliseras över länder då det snarare ligger på en individnivå.

Två av studierna saknade godkännande av en etisk komitté (Minsky Kelly et al., 2005; Bournnell & Prosser, 2010). I Bournnells & Prossers studie (2010) motiverar de själva varför de ansåg att de inte var i behov av ett etiskt godkännande. Studiens resultat baseras på redan befintlig data och deltagarna i studien ansågs inte vara utsatta för någon risk genom att delta, varför studien ändå anses vara etiskt försvarbar. Studien av Minsky-Kelly et al. (2005) saknade etiskt godkännande men innefattade etiskt resonemang. Författarna till föreliggande studie värderade detta faktum gentemot resultatet av studien. Efter övervägande kom författarna fram till att resultatet av studien var av sådan relevans att den inkluderades trots avsaknad av etiskt godkännande.

Av de studier som av författarna ansågs vara relevanta för föreliggande studie gick samtliga att finna i fulltext. Utöver de som inkluderades fanns ytterligare en studie som ansågs lämplig. Denna artikel gick ej att finna i fulltext och beställdes därför av författarna. Leveransen av studien dröjde dock vilket gjorde att denna studie ofrivilligt exkluderades.

Begreppet *påverka* som används i syftet indikerar en riktning på ett samband vilket föreliggande studies resultat inte fullständigt kan begränsas till. Resultatet grundas på antagandet att de framkomna faktorerna har påverkan på identifieringen och innefattar inte aspekten av den motsatta riktningen, att ökad identifiering kan påverka de enskilda faktorerna. Exempelvis skulle en ökad identifiering kunna resultera i mer erfarenhet och större kunskap. En alternativ formulering av syftet hade kunnat vara att belysa faktorer som kan *relateras till* sjuksköterskans identifiering av våldsutsatta kvinnor.

Föreliggande studie fokuserar på våld riktat mot kvinnor och innefattar därmed inte våldsutsatta män. Ytterligare forskning utifrån våldsutsatta mäns perspektiv hade dock även behövts, eftersom det idag finns ytterst få skyddade boenden för män som utsatts för våld. Det finns därför ett behov av utveckling kring dessa verksamheter. Även studier som inriktas på våld inom samkönade relationer hade kunnat öka kunskapen om våldssituationer mellan homo- och bisexuella partners. I ett heteronormativt samhälle finns det påvisade skillnader i huruvida homo- och bisexuella söker hjälp och känner förtroende för myndigheter samt hur de blir bemötta jämfört med heterosexuella personer (Regeringen, 2007).

Diskussion av framtaget resultat

Syftet med studien var att belysa påverkande faktorer för sjuksköterskans identifiering av våldsutsatta kvinnor. Resultatet visade på fem olika teman av faktorer som påverkar sjuksköterskans arbete. Dessa teman är sjuksköterskans benägenhet att fråga om våld, den drabbade kvinnans benägenhet att berätta, sjuksköterskans träning och utbildning om våld, arbetsmiljö och omgivning samt organisatoriskt stöd.

Resultatet kan diskuteras i relation till Katie Erikssons teori om lidande (1994). De tre delar som Eriksson (1994) menar utgör vårdlidandet kan alla sättas i förbindelse till hur våldsutsatta kvinnor upplever vårdmötet. Den första delen handlar om kränkning av patientens värdighet. Eriksson (1994) menar att vårdaren ska upprätthålla patientens värdighet vilket kan relateras till att ge den våldsutsatta kvinnan autonomi och valmöjligheter till stöd som därmed ger

hennes kontroll över situationen. Att inte värna om patientens värdighet och autonomi kan tänkas skapa maktlöshet och ökad sårbarhet, något som resultatet pekar på är en del av våldsutsatta kvinnors negativa erfarenheter av vårdmöten. Vidare menar Eriksson (1994) att vårdaren genom att visa respekt och förhindra kränkning av patienten kan minska risken för vårdlidande. Detta kan sammankopplas väl till resultatet att när vårdpersonalen inkräktar på kvinnors integritet skapas rädsla och en känsla av kontrollförlust, vilket kan innebära ett vårdlidande för kvinnan. Resultatet visar också att vissa sjuksköterskor undviker att ta upp frågan om våld för att den är känslig och riskerar att kränka kvinnans integritet. Detta pekar på att problemet med barriärer som denna bör uppmärksammas för att kunna identifiera fler våldsutsatta kvinnor utan att skapa ytterligare lidande för dem.

Ur resultatet kan det utläsas att skuld och känslor av att bli dömd av vårdpersonalen anses av våldsutsatta kvinnor vara negativa upplevelser av vårdmöten, något som korrelerar med Erikssons (1994) beskrivning av fördömelse och straff, den andra delen av vårdlidandet. Fördömelse utgår enligt Eriksson (1994) från att vårdpersonalen har inställningen att veta vad som är rätt för patienten. Resultatet i föreliggande studier indikerar att våldsutsatta kvinnor upplever det positivt med friheten att välja bland alternativ till stöd samt att bli bemött på ett icke-dömande och respektfullt vis, vilket överensstämmer med Erikssons (1994) redogörelse för fördömelse. Interaktioner som däremot innefattar skuldbeläggning, nedvärdering och fördömelse från personalen upplevs negativa och kan leda till att de våldsutsatta kvinnorna undviker att berätta om sin situation. Pratt-Eriksson, Bergbom & Lyckhage (2014) bekräftar att många kvinnor som utsatts för våld upplever att de blir dömda av vårdpersonalen istället för att få stöd och bli lyssnade på. Vidare framläggs att många kvinnor känner en hopplöshet inför att berätta för vården om sin våldsutsatthet för att de upplever att det inte leder till någon hjälp. Detta anses av författarna vara ett bekymmer som pekar på vikten av att ytterligare uppmärksamma problematiken med identifiering av våldsutsatta kvinnor och hur den kan underlättas.

I resultatet visas att våldsutsatta kvinnor undviker att berätta om sin situation om de upplever interaktionen med vårdpersonalen som negativ. Det kan leda till utebliven vård som är den tredje delen av vårdlidande enligt Eriksson (1994). Utebliven vård kan även innebära att vårdpersonalen inte bemöter eller identifierar patientens behov, vilket kan ställas i relation till hela problemet med bristande identifiering av våldsutsatta kvinnor. För att undvika dessa ofördelaktiga möten krävs att sjuksköterskan visar respekt, lyssnar och är engagerad i

patientens upplevelser för att bygga upp en relation med tillit. Ett personcentrerat förhållningssätt inom vården kan alltså vara en lösning på negativa upplevelser som dessa. Studiens resultat kan även sättas i samband med lagar och moraliskt ansvar. Problemet med att sjuksköterskor vid tillfällena avstår från att fråga om våldsutsatthet av rädsla att kränka kvinnan strider mot vad som nämns i Socialstyrelsens författningssamling (SOSFS, 2014:4) om att vårdpersonal vid förmodan om förekomst av våld ska ta upp ämnet med patienten enskilt. Det innebär att personalens skyldigheter vägs mot deras motvilja att riskera vårdlidande för patienten. Att det särskilt benämns att samtalet ska ske enskilt korrelerar dåligt med att det enligt resultatet finns brist på avskildhet som skapar hinder för vårdpersonal att fråga om våld på ett respektfullt sätt.

I denna studie har det framkommit att våldsutsatta kvinnor på egen hand går igenom en process innan de känner sig redo att berätta om våldet för vårdpersonal. En fas i processen är att bedöma om personalen är pålitlig nog för att avslöja situationen. Tilliten till personalen kan uppkomma av tidigare positiva erfarenheter av vårdmöten som innefattat att kvinnan blivit bemött med respekt och inte dömts av vårdpersonalen. Även Battaglia, Finley & Liebschutz (2003) menar att våldsutsatta kvinnor har lättare att känna förtroende för vården om personalen visar respekt genom att vara empatisk, lyssna och bemöta patientens individuella behov, vilket överensstämmer med vilka professionella vården sjuksköterskor bör uppvisa enligt ICN:s etiska kod (Svensk sjuksköterskeförening, 2014).

Av resultatet framkommer att det är en känslig situation att fråga om våldsutsatthet och sjuksköterskan behöver känna en viss bekvämlighet inför ämnet. Trots detta anser de flesta sjuksköterskor att de bör ta upp frågan. Enligt Natan, Abramov, Dhokarker & Israelov (2013) menar även kvinnorna att våld i nära relationer inte är ett problem som bör lösas inom familjen utan med hjälp av professionell personal. De som blivit tillfrågade om våld upplevde positiva konsekvenser och menar att det skulle vara fördelaktigt för andra våldsutsatta kvinnor att bli screenade. Hinderliter, Doughty, Delaney, Pitula, & Campbell (2003) menar, i enlighet med föreliggande resultat, att sjuksköterskor som har fått utbildning och träning för att identifiera och screena för våld känner sig mer självsäkra och redo hantera den situation som uppstår när en kvinna medger att hon blir utsatt för våld. Utbildning leder till en ökad positiv inställning till screening och ett medhåll till att utföra det, vilket i sin tur leder till ett ökat antal identifierade kvinnor (ibid.) Med tanke på att utbildning och träning har flertalet positiva följder kan det anses vara en faktor som bör läggas vikt vid i arbetet med identifiering.

Ett intressant fynd i studien var att sjuksköterskor undviker att fråga om våld på grund av rädsla för att kränka kvinnan. De flesta kvinnor anser dock att screening för våld varken är förolämpande eller leder till skada för dem (Natan, Abramov, Dhokarker & Israelov, 2013). De möten med vårdpersonal som dock upplevs negativa av kvinnor präglas av fördömlig, skuldbeläggning och brist på respekt vilket tyder på att en personcentrerad vård med ett holistiskt synsätt och en terapeutisk relation mellan vårdpersonal och patient kan vara underlättande vid identifiering av våldsutsatthet.

Resultatet visar på att sjuksköterskans egen våldsutsatthet kan påverka bekvämligheten att ta upp frågan om våld. Egen utsatthet kan leda både till oro och ångest men även till en ökad förståelse för kvinnan och en ökad vilja att hjälpa henne. Att egen våldsutsatthet kan ha olika påverkan skulle kunna förstås genom det Edberg et al. (2013) nämner, att människans upplevelser och känslor är subjektiva. Detta gäller då inte enbart kvinnan utan även sjuksköterskan. Att det inte enbart är kvinnan som har en subjektiv upplevelse av mötet utan även sjuksköterskan visar komplexiteten i mötet dem emellan. Av intresse är att i studien av Minsky-Kelly et al. (2005) är det framförallt sjuksköterskor som ej blivit utsatta för våld som uppger att deras kollegor som har personlig erfarenhet känner ökat obehag. I studien av Beynon et al. (2012) är det de sjuksköterskor med egen erfarenhet som själva uppger att de känner sig säkrare med ämnet vilket kan tyda på att egen erfarenhet först och främst är en underlättande faktor för att fråga om våld.

Bacchus, Mezey, & Bewley (2003) menar i enlighet med resultatet att brist på avskildhet är ett problem. Kvinnor vågar inte prata om våld om de inte är ensamma med sjuksköterskan och de känner sig obehagliga med att deras situation kan höras av andra. I de situationer då deras förövare är med och de får frågan om hur deras skador har uppkommit känner de sig tvingade att neka våldsutsatthet och då hitta på en annan orsak till deras skador.

Resultatet tyder på att sjuksköterskans identifiering påverkas av flertalet faktorer på olika nivåer inom verksamheten. De ligger på en individuell nivå beträffande sjuksköterskans tendens att fråga om våld, vilken tyder på att påverkas av känslor, personliga erfarenheter och inställning. Även kvinnans benägenhet att berätta påverkas av hennes individuella känslor, upplevelser av vården samt det bemötande sjuksköterskan ger. På en professionell nivå kan sjuksköterskans identifiering av våldsutsatta kvinnor påverkas av kunskap, utbildning och yrkesmässig erfarenhet kring våld. Faktorer som kan ligga på en organisatorisk nivå är sådana

som berör arbetsmiljö, stöd från ledningen samt möjlighet till avskildhet. Engagemang från organisationen och utarbetade rutiner bör enligt föreliggande studies resultat underlätta arbetet kring våldsutsatthet. En organisatorisk stöttning kan även tänkas påverka de individuella känslor som hindrar sjuksköterskan från att fråga om våld, såsom att tydliga rutiner skulle kunna minska sjuksköterskans osäkerhet kring att ta upp ämnet.

I resultatet påvisas att kulturella aspekter kan hindra den drabbade kvinnan från att berätta om sin våldsutsatthet. Ingen insamlad data berör däremot huruvida sjuksköterskans kultur påverkar identifieringen av våldsutsatta kvinnor, vilket hade varit ett intressant perspektiv att beakta.

Slutsats och kliniska implikationer

Föreliggande litteraturstudie ger en sammanställning av de faktorer som påverkar sjuksköterskans identifiering av våldsutsatta kvinnor. Faktorerna utgår från flera aspekter i verksamheten på både organisatorisk, professionell och individuell nivå. Både kvinnorna och sjuksköterskorna inverkar på hur mötet ter sig och vad det får för följder. Genom ett personcentrerat bemötande från sjuksköterskan kan kvinnan känna att hon kan delge sin situation och genom identifiering kan sjuksköterskan hjälpa kvinnan vidare. För att sjuksköterskan ska kunna arbeta på ett optimalt sätt med identifiering krävs organisatoriskt stöd och professionell utveckling.

I klinisk praxis kan föreliggande studie vara av betydelse för att utveckla verksamhetens organisation mot att öka identifieringen av våldsutsatta kvinnor samt att utvidga sjuksköterskors kompetens och benägenhet att fråga kvinnor om våldsutsatthet. Studien påvisar att den enskilda sjuksköterskan bör ha ett personcentrerat förhållningssätt och ett icke-dömande och respektfullt bemötande gentemot kvinnan för att skapa större möjlighet att identifiera våldsutsatthet och därmed uppnå en god vård. På organisatorisk nivå kan studien belysa vilka problem som kan uppstå i identifieringsprocessen. Genom att medvetandegöra dessa problem kan studien ligga till grund för ett förändringsarbete där förändringarna leder till en förbättrad vård där våldsutsatthet upptäcks.

Referenser

- Andrus, V. L. (2014). Person-centered care: Enhancing patient (person) engagement. *Beginnings (American Holistic Nurses' Association)*, 34(1), 18-21.
- Bacchus, L., Mezey, G., & Bewley, S. (2003). Experiences of seeking help from health professionals in a sample of women who experienced domestic violence. *Health & Social Care in the Community*, 11(1), 10-18.
- Battaglia, T. A., Finley, E., & Liebschutz, J. M. (2003). Survivors of intimate partner violence speak out: Trust in the patient-provider relationship. *Journal of General Internal Medicine*, 18(8), 617-623. doi:jgi21013
- Beynon, C. E., Gutmanis, I. A., Tutty, L. M., Wathen, C. N., & MacMillan, H. L. (2012). Why physicians and nurses ask (or don't) about partner violence: A qualitative analysis. *BMC Public Health*, 12, 473-2458-12-473. doi:10.1186/1471-2458-12-473
- Berglund, A., & Tönnesen, E. (2010). *Att fråga om våldsutsatthet som en del i anamnesen*. Uppsala: Nationellt Centrum för Kvinnofrid.
- DeBoer, M. I., Kothari, R., Kothari, C., Koestner, A. L., & Rhos Jr, T. (2013). What are barriers to nurses screening for intimate partner violence? *Journal of Trauma Nursing*, 20(3), 155-160. doi:10.1097/JTN.0b013e3182a7b5c3
- Boursnell, M., & Prosser, S. (2010). Increasing identification of domestic violence in emergency departments: A collaborative contribution to increasing the quality of practice of emergency nurses. *Contemporary Nurse*, 35(1), 35-46. doi:10.5172/conu.2010.35.1.035
- Catallo, C., Jack, S. M., Ciliska, D., & MacMillan, H. L. (2012). Minimizing the risk of intrusion: A grounded theory of intimate partner violence disclosure in emergency departments. *Journal of Advanced Nursing*, 69(6), 1366-1376. doi:10.1111/j.1365-2648.2012.06128.x

Chang, J. C., Cluss, P. A., Ranieri, L., Hawker, L., Buranosky, R., Dado, D. & Scholle, S. H. (2005). Health care interventions for intimate partner violence: What women want. *Women's Health Issues : Official Publication of the Jacobs Institute of Women's Health*, 15(1), 21-30. doi:S1049-3867(04)00080-5

Coker, A., Davis, K., Arias, I., Desai, S., Sanderson, M., Brandt, H. & Smith, P. (2002). Physical and Mental Health Effects of Intimate Partner Violence for Men and Women. *American Journal of Preventive Medicine*. 23(4), 260-268.

Edberg, A., Ehrenberg, A., Friberg, F., Wallin, L., Wijk, H., & Öhlén, J. (2013). *Omvårdnad på avancerad nivå - kärnkompetenser inom sjuksköterskans specialistområden*. Lund: Studentlitteratur.

Eriksson, K. (1987). *Vårdandets idé*. Stockholm: Norstedts Förlag.

Eriksson, K. (1994) *Den lidande människan*. Stockholm: Liber utbildning.

Frenzel, A. (2014). *Brott i nära relationer - en nationell kartläggning*. (No. 2014:8). Stockholm: Brottsförebyggande rådet.

Friberg, F. (2006). *Dags för uppsats - vägledning för litteraturbaserade examensarbeten*. Lund: Studentlitteratur.

Förenta Nationerna. (1993). *Declaration on the Elimination of Violence against Women*.

Hämtad 2017-01-12 från

http://www.un.org/en/ga/search/view_doc.asp?symbol=A/RES/48/104

García-Moreno, C. (2013). *Global and regional estimates of violence against women: Prevalence and health effects of intimate partner violence and non-partner sexual violence*. World Health Organisation.

Gutmanis, I., Beynon, C., Tutty, L., Wathen, C. N., & MacMillan, H. L. (2007). Factors influencing identification of and response to intimate partner violence: A survey of physicians and nurses. *BMC Public Health*, 7, 12. doi:1471-2458-7-12

Hinderliter, D., Doughty, A. S., Delaney, K., Pitula, C. R., & Campbell, J. (2003). The effect of intimate partner violence education on nurse practitioners' feelings of competence and ability to screen patients. *The Journal of Nursing Education, 42*(10), 449-454.

Hägglom, A. M., Hallberg, L. R., & Möller, A. R. (2005). Nurses' attitudes and practices towards abused women. *Nursing & Health Sciences, 7*(4), 235-242. doi:NHS242

Hälso- och sjukvårdslagen, § 2 (1982:763).

Juth, N. & Munthe, C. (2012). *Etiska aspekter på rutinfrågor om våldsutsatthet i hälso- och sjukvården samt socialtjänsten*. Hämtad 2017-01-13 från http://flov.gu.se/digitalAssets/1391/1391084_web58_juth_munthe.pdf

Liebschutz, J., Battaglia, T., Finley, E., & Averbuch, T. (2008). Disclosing intimate partner violence to health care clinicians - what a difference the setting makes: A qualitative study. *BMC Public Health, 8*, 229-2458-8-229. doi:10.1186/1471-2458-8-229

Lawoko, S., Sanz, S., Helström, L., & Castren, M. (2011). Screening for intimate partner violence against women in healthcare sweden: Prevalence and determinants. *ISRN Nursing, 2011*, 510692. doi:10.5402/2011/510692

Minsky-Kelly, D., Hamberger, L. K., Pape, D. A., & Wolff, M. (2005). We've had training, now what? qualitative analysis of barriers to domestic violence screening and referral in a health care setting. *Journal of Interpersonal Violence, 20*(10), 1288-1309. doi:20/10/1288

Möller, A. S., Bäckström, T., Söndergaard, H. P., & Helström, L. (2012). Patterns of injury and reported violence depending on relationship to assailant in female swedish sexual assault victims. *Journal of Interpersonal Violence, 27*(16), 3131-3148. doi:10.1177/0886260512441261

Natan, M. B., Abramov, L., Dhokarker, A., & Israelov, E. (2013). Factors affecting the compliance of israeli women with screening for intimate partner violence. *International Journal of Nursing Practice, 19*(2), 177-185. doi:10.1111/ijn.12054

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 : The Official Journal of the Society of Trauma Nurses*, 17(2), 112-117.
doi:10.1097/JTN.0b013e3181e736db

Nationellt centrum för kvinnofrid. (u.å). Hämtad 2016-01-12 från
<http://nck.uu.se/kunskapsbanken/amnesguider/mans-vald-mot-kvinnor-ett-globalt-perspektiv/mans-vald-mot-kvinnor---ett-globalt-perspektiv/>

Owen-Smith, A., Hathaway, J., Roche, M., Gioiella, M. E., Whall-Strojwas, D., & Silverman, J. (2008). Screening for domestic violence in an oncology clinic: Barriers and potential solutions. *Oncology Nursing Forum*, 35(4), 625-633. doi:10.1188/08.ONF.625-633

Pratt-Eriksson, D., Bergbom, I., & Lyckhage, E. D. (2014). Don't ask don't tell: Battered women living in Sweden encounter with healthcare personnel and their experience of the care given. *International Journal of Qualitative Studies on Health and Well-being*, 9, 23166.
doi:10.3402/qhw.v9.23166

Regeringen. (2007). *Handlingsplan för att bekämpa mäns våld mot kvinnor, hedersrelaterat våld och förtryck samt våld i samkönade relationer*. Hämtad 2016-12-21 från
<http://www.regeringen.se/49b70c/contentassets/bc62728a94904029aca939ce937238e2/handlingsplan-for-att-bekampa-mans-vald-mot-kvinnor-hedersrelaterat-vald-och-fortryck-samt-vald-i-samkonade-relationer-skr.-20070839>

Sandman, L., & Kjellström, S. (2013). *Etikboken - etik för vårdande yrken*. Lund: Studentlitteratur.

Socialstyrelsen. (2016). Definition av våld och utsatthet i nära relationer. Hämtad 2016-12-19 från <https://www.socialstyrelsen.se/valds-ochbrottsrelateradefragor/valdinararelationer/valdsutovare/definition>

Socialtjänstlagen, 14 Kap, § 1 (2001:453).

Socialstyrelsen (2014:4). Våld i nära relationer. Hämtad 2016-12-19 från <http://www.socialstyrelsen.se/Lists/Artikelkatalog/Attachments/19441/2014-5-7.pdf>

Statens beredning för medicinsk och social utvärdering. (u.å). *Vår metod*. Hämtad 2016-01-12 från <http://www.sbu.se/sv/var-metod/>

Svensk sjuksköterskeförening. (2014). *ICN:S etiska kod för sjuksköterskor*. Stockholm: Svensk sjuksköterskeförening.

Willman, A., Stoltz, P., & Bahtsevani, C. (2006). *Evidensbaserad omvårdnad - en bro mellan forskning och klinisk verksamhet*. 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.

Bilaga 1 (2)

Författare	Land År	Design	Population Inklusions-/ exklusionskriterier	Urval Bortfall	Metod	Resultat	Kvalitet
Catallo, C., Jack, S.M., Ciliska, D. & MacMillan, H.L.	Kanada 2012	Kvalitativ design, Grounded theory (del 2 av mixad metod)	Kvinnor som söker akutvård. Inklusion för litet urval: 18+ år, tidigare deltagit i del 1 av studien och där screenat positiva för våldsutsatthet, redogjort för sin utsatthet på akutmott, tillräckligt frisk för att delta. Kriterier modifierades efterhand pga teoretiskt urval, t.ex inkluderades även negativt screenade samt de som inte redogjort för sin utsatthet.	Först litet urval på 4 kvinnor, därefter på 20. Bortfall: 1	Semistrukturerade intervjuer 60-90 min Intervjustrukturen utvecklades efterhand	Kvinnor upplever rädsla för att inte ha kontroll över hur och när de själva ska berätta om sin situation. Kvinnorna går ofta igenom process med tre faser för att undvika att tappa kontrollen: 1. Bestämna om man vill söka vård 2. Bedöma vårdpersonalens pålitlighet 3. Förbereda sig mentalt på att berätta	Hög
Natan, M.B. & Rais, I.	Israel 2010	Kvantitativ design	Sjuksköterskor.	Urval: 100 sjuksköterskor	Frågeformulär utformat för att	Barriärer: Kunskapsbrist,	Medel

			Inklusionskriterier: Sjuksköterskor som arbetar med kvinnor inom akutsjukvård, BB, gynekologiska avdelningar, förlossningen, kvinnokliniker, mother- and childcenter.		identifiera barriärer för screening. Formuläret hade 8 huvudteman.	otillräcklig kunskap, svårt att värdera om kvinnan är i fara relaterat till liten erfarenhet, känsla av att inte kunna göra något åt våldet. I framtiden; fråga mer om våld. Vid identifikation; dela ut tel nr till kvinnan för fortsatt vård.	
Bournell, M. & Prosser, S.	USA 2010	Kvantitativ design	Personal (främst sjuksköterskor) som jobbar på akutmottagningar Inklusionskriterie: personalen var anställd på akutmottagningen.	49 akutvårdspersonal besvarade träningstest. 22 till besvarade första testet, 19 besvarade det andra testet. Bortfall pga personal slutade.	Planeringsmöten med sjuksköterskor och ett "Violence, Abuse and Neglect Prevention Team". Instrument utvecklades och testades tillsammans med sjuksköterskorna. Utbildning 45-60min. Sjuksköterskorna gjorde test med 8 frågor för att få fram baseline om deras kunskap.	Ökad kunskap och medvetenhet om policy kring våld i nära relationer. Efter träning var det bara en person som upplevde sig ha bristande kunskap om sitt ansvar i fall med våld. Med träning blev fler bekväma med att identifiera våldsoffer.	Medel.

					Testet gjordes om efter 1 och 6 månader igen.		
Owen-Smith, A., Hathaway, J., Roche, M., Gioiella, M.E., Whall-Strojwas, D. & Silverman, J.	USA 2008	Mixad metod, 2 delar	<p>Onkologpatienter samt sjuksköterskor inom onkologi.</p> <p>Inklusionskriterier patienter: kvinnor, planerade för gynekologisk onkologi eller kolposkopi ca 6 eller 12 månader efter att sjuksköterskorna börjat screena för våldsutsatthet.</p>	<p>250 patienters journaler, 7 sjuksköterskor</p> <p>Bortfall: 46 patientjournaler, 1 sjuksköterska</p>	Retrospektiv granskning av journaler samt kvalitativ undersökning av sjuksköterskors upplevelser.	Hinder för screening: Glömska, tidsbrist, närstående närvarande, andra saker prioriteras. Lösningar: inkludera frågor i inskrivnings-/ återbesöksformulären, mailpåminnelser, kontroller av vårdbiträden.	Hög.
Minsky-Kelly, D., L. Hamberger, K., Pape, D. & Wolff, M.	USA 2005	Kvalitativ design	<p>Vårdpersonal.</p> <p>Inklusionskriterier: utvald av avdelningschefen. Positiv eller negativ erfarenhet av</p>	<p>Urval: 39 deltagare, 80% sjuksköterskor. Bortfall ej presenterat.</p>	3h lärandetillfälle om screening av våld. 90-minutersintervjuer i grupp gällande implementering av kunskap rörande	Ökad self-efficacy efter efter lärandetillfället. Känslan kvarstår efter 6 månader.	Hög

			situationer med våldsutsatta kvinnor.		screening av våldsutsatta kvinnor. Intervjuerna skedde efter 6 månader.	Fem teman framkom om barriärer; Värde och lämplighet att fråga om våld, frustrationskänslor relaterat till avsaknad av expertis, ökad arbetsbörda att screena och tidsbrist, oroligheter inför screeningsprocessen, frågande inställning till screeningens effekter.	
Beynon, C.E., Gutmanis, I.A., Tutty, L.M., Wathen, C.N. & MacMillan, H.L.	Kanada 2012	Kvalitativ design	Läkare och sjuksköterskor Inga redovisade kriterier.	Slumpmässigt urval av 2000 personer. 1000 läkare och 1000 sjuksköterskor. Bortfall: 1069 personer	Formulär med 2 öppna frågor om hinder och underlättande faktorer för att fråga om våldsutsatthet.	Hinder: tidsbrist, beteenden hos den vårdsökande kvinnan, brist på träning, närvaro av partnern, språkbarriärer, brist på uppbackning från ledningen samt kulturella problem. Tidsbristen gällde att personalen inte hade tid att hantera att få ett "ja". De upplevde att kvinnorna ändå inte ville ha hjälp och ansåg	Hög

						därför screening onödigt. Brist på träning gjorde att personalen kände sig obekväma med att fråga.	
DeBoer, M.I., Kothari, R., Kothari, C., Koestner, A.L. & Rohs Jr, T.	USA 2013	Kvantitativ design	Sjuksköterskor som arbetar på sjukhus. Inklusionkriterie: Sjuksköterskan arbetar med patientnära arbete.	494 sjuksköterskor erbjöds vara med i studien, 156 sjuksköterskor deltog. Rekryteringen av deltagare skedde på arbetsplatsmöten och andra kommunikationssätt, så som mail och face-to-face interaktioner.	Tvärsnittsstudie. Frågeformulär utdelades webbaserat och i papperskopior. Innehåll: 7 demografiska frågor och 22 frågor gällande barriärer för screening, attityder och kunskap.	Medhåll om att alla kvinnor ska screenas för våld, tidsbrist är ingen stor barriär. Hinder för screening är miljömässiga faktorer och utbildning. Hälften av deltagarna uppger att de inte har tillräckligt med träning för att upptäcka IPV.	Hög
Gutmanis, I., Beynon, C., Tutty, L., Wathen, N., & MacMillan, H.	Kanada 2007	Kvantitativ design	Läkare och sjuksköterskor. Inga redovisade kriterier.	1000 sjuksköterskor och 1000 läkare erbjöds delta. Bortfall: 1069	Ett frågeformulär skickades ut till deltagarna. Innan formuläret fick de en notis om att formuläret snart skulle skickas. Med formuläret skickades kontaktuppgifter	32% av ssk och 42% av läkare uppgav att de rutinmässigt tar upp ämnet våld i sitt arbete. Det identifierades 8 kategorier som kunde relateras till huruvida man screenade: beredskap, självförtroende, professionellt stöd,	Hög

					om deltagarna hade några frågor.	förfrågan om våldsutsatthet, konsekvenser av att fråga, eventuellt obehag efter att kvinnan berättat, brist på kontroll och press. Endast erfarenhet gav något bättre förutsättningar än endast träning för att screena. Erfarenhet kombinerat med träning var ännu bättre.	
Chang, JC., Cluss, PA., Ranieri, L., Hawker, L., Buranosky, R., Dado, D., McNeil, M. & Scholle, SH.	USA, 2005	Kvalitativ	Våldsutsatta kvinnor Inklusion: Mix av kvinnor som utsatts för våld det senaste året samt kvinnor som utsatts för våld tidigare, men inte inom det senaste året.	21 kvinnor Bortfall ej angivet	Semistrukturerade intervjuer samt en sorteringsuppgift om hur hjälpsamma olika interventioner är.	Hjälpsamma interventioner: posters och flyers i väntrum och på toaletter, att få broschyrer under vårdmöten, rådgivning om säkerhetsstrategier. Ej hjälpsamma interventioner: bli uppringd för uppföljning eller att flytta in på hjälpcenter. Kvinnorna anser viktigt att vårdpersonalen respekterar kvinnans	Hög

						<p>autonomi och ger henne kontroll i situationen genom att erbjuda olika alternativ av hjälp. Screening på finkänsligt sätt kan vara positivt för att bli mer benägen att ta emot hjälp.</p>	
<p>Watt, M.H., Bobrow, E.A. & Moracco, K.E.</p>	<p>USA, 2008</p>	<p>Kvalitativ</p>	<p>Sjuksköterskor och våldsutsatta kvinnor.</p> <p>Inklusion: Kvinnor boende på skyddshem för våldsoffer utsatta för våld i nära relationer. Fulltidsarbetande sjuksköterskor på akuten.</p>	<p>16 kvinnor och 10 sjuksköterskor.</p> <p>Bortfall ej angivet.</p>	<p>Semistrukturerade intervjuer som behandlade sjuksköterskors och kvinnors tankar om olika typer av stadier en kvinna går igenom innan avslöjande. Frivilligt deltagande.</p>	<p>Kvinnor känner rädsla för att avslöja sin situation. De är rädda för mannen och de är rädda att bli dömda av vårdpersonal. Kvinnorna uppskattar emotionellt stöd och information om hur de ska gå vidare i sin situation efter ett avslöjande. Det är komplexa faktorer som ligger bakom om en kvinna är redo att berätta om våldsutsatthet. Kvinnor uppskattar ej press att berätta. Ett avslöjande beror ofta på att kvinnan inte har några andra val.</p>	<p>Hög</p>

