



LUNDS UNIVERSITET
Medicinska fakulteten

Att öppna Pandoras ask

Sjuksköterskors erfarenheter av att fråga kvinnor om våld i nära relationer inom akutsjukvård

Författare: Hillevi Fagerström & Felicia Kanne

Handledare: Annika Kisch

Kandidatuppsats, litteraturöversikt

Hösten 2020

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

Att öppna Pandoras ask

Sjuksköterskors erfarenheter av att fråga kvinnor om våld i nära relationer inom akutsjukvård

Opening Pandora's box

Nurses experiences of asking women about intimate partner violence in the emergency department

Författare: Hillevi Fagerström & Felicia Kanne

Handledare: Annika Kisch

Kandidatuppsats, Litteraturöversikt

Hösten 2020

Abstrakt

Våld i nära relationer är ett globalt problem och bara i Sverige mördas ungefär en kvinna varannan vecka av en nuvarande eller tidigare partner. Akutmottagningar är den vårdinstans där offer för våld oftast söker sig till varför syftet med litteraturöversikten var att beskriva sjuksköterskors erfarenheter av att fråga om våld i nära relationer inom akutsjukvård. En integrerad analys av 7 studier där både likheter och skillnader identifierades lade grund för tre huvudteman; Kunskap, Arbetsmiljö och Personligt förhållningssätt. Resultatet visade att sjuksköterskor hade erfarenheter av flera barriärer, bland annat otillräcklig kunskap, tidsbrist och selektiv screening. Även styrkor som främjade screeningen för våld identifierades. Det finns en utbredd okunskap om våld i nära relationer bland sjuksköterskor som har gynnat utvecklingen av fördomar mot våldsoffer. Utbildning behövs för att främja identifieringen av våld, motverka fördomar och för att kunna erbjuda en god vård.

Nyckelord

Våld i nära relationer, Screening, Akutsjukvård, Erfarenheter, Kvinnor

Lunds universitet

Medicinska fakulteten

Programnämnden för omvårdnad, radiografi samt reproduktiv, perinatal och sexuell hälsa

Box 157, 221 00 LUND

Innehållsförteckning

Förkortningar	3
Introduktion	4
Problemområde	4
Bakgrund	5
Perspektiv och utgångspunkter	5
Centrala begrepp	6
<i>Våld i nära relationer</i>	6
<i>Våldets cykel</i>	7
<i>Uppmärksamma och upptäcka våldsutsatthet</i>	7
<i>Hälso-och sjukvårdens ansvar</i>	8
<i>Sjuksköterskans ansvar</i>	9
Syfte	10
Metod	10
Urval	10
Datainsamling	11
Sökschema	12
<i>Tabell 1. Sökning i databasen PubMed</i>	13
<i>Tabell 2. Sökning i databasen Cinahl</i>	12
Dataanalys	14
Forskningsetiska avvägningar	14
Resultat	15
Kunskap	16
<i>Betydelsen av kunskap</i>	16
<i>Utbildning</i>	17
Arbetsmiljö	18
<i>Betydelsen av avskildhet</i>	18
<i>Tidsbrist</i>	18
Personligt förhållningssätt	19
<i>Personlig erfarenhet av våld</i>	19
<i>Selektiv screening</i>	20
<i>Känslor</i>	22
<i>Fördomar mot våldsutsatta kvinnor</i>	23
<i>Sjuksköterskans inställningar till ansvaret för våldsutsatta kvinnor</i>	23
Diskussion	24
Diskussion av vald metod	24
Diskussion av framtaget resultat	26
<i>Att fråga om våld i nära relationer utifrån sjuksköterskans personliga perspektiv</i>	26
<i>Arbetsplatsens inverkan på sjuksköterskors erfarenheter</i>	30
Slutsats och kliniska implikationer	33
Författarnas arbetsfördelning	33
Referensförteckning	34
Bilaga 1. Matris till litteraturoversikt	42

Förkortningar

BRÅ - Brottsförebyggande rådet

CEDAW - Convention on the Elimination of All Forms of Discrimination against Women

FN - Förenta Nationerna

HSL - Hälso-och sjukvårdslag

ICN - International Council of Nurses

NCK - Nationellt Centrum för Kvinnofrid

PTSD - Posttraumatiskt stressyndrom

SOSFS – Socialstyrelsen föreskrifter och allmänna råd.

SBU – Statens beredning för medicinsk och social utvärdering

WHO - World Health Organization

WMA – World Medical Association

Introduktion

Problemområde

Våld i nära relationer är idag ett globalt problem vilket har uppmärksammats i Kvinnokonventionen, en av Förenta Nationernas [FN] konventioner för mänskliga rättigheter (Nationellt Centrum för Kvinnofrid, u.åa; UN Women, u.å.). Våld i nära relationer utgör inte bara ett hot mot kvinnors hälsa utan kan även ha en dödlig utgång. Enbart i Sverige mördades 22 kvinnor 2018 av sin partner eller tidigare partner, vilket i genomsnitt är en kvinna varannan vecka (Brottsförebyggande rådet [BRÅ], 2019).

I en studie genomförd på uppdrag av Nationellt Centrum för Kvinnofrid [NCK] (2014) rapporterades att andelen kvinnor som upplevt fysiskt våld i en nära relation i Sverige uppgick till närmare 10 % och att 22 % av kvinnorna blivit utsatta för systematiskt psykiskt våld av sin partner. Både män och kvinnor utsätts för våld i nära relationer, däremot är det i högre grad kvinnor som behöver söka sjukvård för skador relaterade till våldet (BRÅ, 2014). En låg andel (28 %) av kvinnorna som uppgett våldsutsatthet har sökt vård för dessa skador (NCK, 2014). Kvinnor som har utsatts för våld i nära relationer och som är i behov av medicinsk vård kontaktar sällan sjukvården. Om de söker vård är akutmottagningar den vanligaste vårdinstansen de vänder sig till (Lipsky & Caetano, 2007). Sjuksköterskor och övrig hälso- och sjukvårdspersonal på akutmottagningar är därför i en bra position att upptäcka våldsutsatthet och hjälpa drabbade kvinnor (Angling & Sachs, 2003).

I flertalet studier framkom att sjuksköterskor och annan vårdpersonal brister i att fråga om våldsutsatthet. Anledningen var upplevda barriärer av olika slag. Samtidigt noterades i studierna att det var hälso- och sjukvårdens ansvar att upptäcka och hjälpa våldsutsatta kvinnor (Al-Natour et al., 2016; Williams et al., 2017; Dawson et al., 2019).

Avsikten med föreliggande litteraturöversikt var att sammanställa sjuksköterskors erfarenheter av att fråga om våld i nära relationer på akutmottagningar. Med sammanställningen var förhoppningen att bidra till en ökad förståelse om hur sjuksköterskor kan behöva stödjas eller informeras i det fortsatta arbetet med att identifiera kvinnors våldsutsatthet.

Bakgrund

Perspektiv och utgångspunkter

Grundidén i Travelbees omvårdnadsteori är att sjuksköterskan ska arbeta för att främja mellanmännsliga möten med patienter. Det innebär att mötet med en patient ska vara i form av ett möte mellan en människa och en annan snarare än mellan en sjuksköterska och en patient (Travelbee, 2014).

Några av teorins grundläggande begrepp är lidande, kommunikation, mellanmännsliga relationer, människan som en enskild individ, och mening (Travelbee, 2014). I den mellanmännsliga relationen mellan sjuksköterskan och patienten är det viktigt att sjuksköterskan frånsäger sina subjektiva bedömningar av patienten, och istället förhåller sig till patientens egna tankar och upplevelser av sitt lidande. Patientens lidande kan förstås i det mellanmännsliga mötet. I mötet ska en av sjuksköterskans viktigaste verktyg användas; kommunikation. Det är med hjälp av kommunikation som den mellanmännsliga relationen kan etableras. Syftet med kommunikationen är att leda fram till omvårdnadens mål; att hjälpa personen hantera sjukdom, minimera lidande samt finna mening i sjukdom eller lidande (Travelbee, 2014).

Alla människor upplever ett lidande, eller kommer känna lidande någon gång i livet. Lidande är ofrånkomligt eftersom det är en del i att vara människa. För att kunna minska, eller helt ta bort lidandet hos en person krävs en god omvårdnad (Travelbee, 2014). Sjuksköterskor har ett ansvar enligt Hälso- och sjukvårdslagen (HSL, SFS 2017:30 3 kap 1-2§) att ge en god vård och förebygga ohälsa. Att ställa frågan om våldsutsatthet kan vara det första steget till att tillgodose en god vård som kan minska lidandet (Berglund & Witkowski, 2014).

Omvårdnad ska ske med patienten i centrum och bemötandet ska ske med patientens förutsättningar i beaktande. En persons välbefinnande och lidande är inte alltid bara kopplat till ohälsans symtom eller biverkningar, utan kan orsakas av hens hela livssituation. Lidande kan också orsakas av utebliven vård (Travelbee, 2014). Om våldsutsatthet inte uppmärksammas kan det i sin tur leda till ett förlängt lidande på grund av ett långvarigt vårdförlopp (Berglund & Witkowski, 2014). Som teoretisk grund valdes därför Travelbees teori om lidande och kommunikation.

Centrala begrepp

Våld i nära relationer

Våld i nära relationer går att definiera på flera olika sätt. Enligt Socialstyrelsen (2019) är våld i nära relationer en typ av övergrepp eller våld som begås mot en närstående. En närstående innefattar bland annat en partner, familjemedlem, ett barn eller någon annan som den våldsutsatta har en nära relation till. Världshälsoorganisationen [WHO] (2017) definierar våldet som en handling som orsakar fysisk, psykisk eller sexuell skada hos offret. Handlingen kan vara fysisk och psykisk misshandel, sexuella övergrepp eller ett kontrollerande beteende med maktutövande. Enligt NCK (u.åa) kan våldet även uttrycka sig ekonomiskt eller materiellt. Förövaren kan ta kontroll över offrets ekonomi och ta lån i hens namn. Materiell skadegörelse är också en typ av våld som innebär att förövaren kan hota med skadegörelse, eller göra sönder offrets ägodelar (NCK, u.åa). I det yttersta kan våldet även resultera i mord (Stöckl et al., 2013) eller självmord (Brown & Seals, 2019). Våld i nära relationer sker i alla samhällsklasser, oavsett etnicitet, socioekonomisk bakgrund eller alkoholkonsumtion. Vanligast är att det är en man som utövar våld mot sin före detta eller nuvarande kvinnliga partner, men det förekommer även våld mot män av kvinnor och våld i HBTQ-relationer (NCK, 2014).

Våld mot kvinnor är ett problem som uppmärksammades globalt 1993 när FN:s generalförsamling antog deklarationen om att eliminera våld mot kvinnor (Förenta Nationerna, 1993). Det som fastslogs var bland annat att generalförsamlingen uppmärksammade att våldet mot kvinnor grundar sig i en historisk snedfördelning av makt mellan könen. Denna snedfördelning av makt har upprätthållits av män genom våld, diskriminering och förtryck av kvinnors mänskliga rättigheter (FN, 1993). Våld mot kvinnor ansågs vara en kränkning av mänskliga rättigheter och deklarationen hade som mål att eliminera dessa kränkningar (FN, 1993). Innan dess antogs FNs Kvinnokonvention, Convention on the Elimination of All Forms of Discrimination against Women [CEDAW], som trädde i kraft 1981 (UN Women, u.å). Kvinnokonventionen har som avsikt att eliminera diskriminering av kvinnor och säkerställa att kvinnor har samma rättigheter som män (FN, 1979). Dock kvarstår problemet med våld mot kvinnor än idag och enligt WHO (2013) har var tredje kvinna globalt sett upplevt våld i nära relationer.

I en studie utförd på uppdrag av NCK (2014) visar resultatet att det finns en klar koppling mellan våld i nära relationer och fysisk och psykisk ohälsa. Studien visar att kvinnor som blivit utsatta för fysisk, psykisk och sexuellt våld under det vuxna livet har problem med både psykisk och fysisk ohälsa. Vanligt är posttraumatiskt stressyndrom (PTSD) och självskadebeteende bland de som varit utsatta för våld i nära relationer. Det finns även större risk för missbruk av alkohol bland de utsatta, samt psykosomatiska symtom som kan visa sig genom huvudvärk och annan smärta (NCK, 2014). Klinisk depression och ångest är också exempel på psykisk ohälsa bland kvinnor som blivit utsatta (Weingourt et al., 2001). Enligt WHO (1997) är våld en av de främsta anledningarna till kvinnors ohälsa globalt. Kvinnor som blir utsatta för våld i nära relationer har bland annat oftare komplikationer under graviditet, har en sämre reproduktiv hälsa och lider ofta av psykisk ohälsa såsom depressioner (WHO, 1997). Sexuellt våld, såsom våldtäkt, kan påverka den gynekologiska och sexuella hälsan. Kvinnor kan få sexuellt överförbara sjukdomar, oplanerade graviditeter, missfall eller vaginala bristningar. I värsta fall kan en pågående graviditet leda till dödfödelse (Karakurt, et al., 2017).

Våldets cykel

Våld i nära relationer kan se olika ut, men Walker (2007) har utvecklat en modell över våldets cykel för att bilda en förståelse och en helhetsbild av hur våldet ser ut. Våldsförloppet består av tre faser som avlöser varandra cykliskt. Den första fasen består av en uppbyggnadsperiod där spänningar mellan parterna förstärks, följt av den andra fasen som består av misshandel. Därefter kommer den tredje fasen där parterna försonas. Att modellen är cyklisk gör att våldet efter försoningsfasen börjar om igen (Walker, 2007).

I en studie utvecklade Curnow, (1997) Walkers teori om våldets cykel med *a help-seeking window*. Enligt studien är det direkt efter den andra fasen, misshandeln, som flest kvinnor har ett hjälpsökande beteende och är mer mottagliga för interventioner av bland annat hälso- och sjukvårdspersonal (Curnow, 1997).

Uppmärksamma och upptäcka våldsutsatthet

Att upptäcka våld är en del av anamnesen inom sjukvården. Det är viktigt att veta om tidigare erfarenheter av våld, och om det finns nuvarande utsatthet (NCK, 2010). Det finns några varningstecken på att patienten blir utsatt för våld, bland annat att historien bakom en skada inte stämmer överens med skadebilden och att patientens närstående är kontrollerande eller

inte vill lämna patienten ensam. Det finns även akuta tecken såsom blåmärken, strypmärken, bortslitet hår eller psykisk ohälsa som leder till suicidtankar eller suicidförsök (NCK, u.åb).

Enligt Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd om våld i nära relationer (2014) har vårdgivare ett ansvar att utforma ett vårdprogram som personal inom hälso- och sjukvården ska följa för att identifiera våld i nära relationer. Region Skåne har utvecklat ett vårdprogram som hälso- och sjukvårdspersonal inom regionen ska följa (Region Skåne, 2018).

Rekommendationen är att rutinmässigt fråga alla om våldsutsatthet även de som inte uppvisar symptom eller tecken. Även personer som för tillfället inte är utsatta av våld kan lida av tidigare erfarenheter. Det framgår av vårdprogrammet att det enbart är i fall då personer uppvisar tecken som personalen ska fråga annars är det enbart en rekommendation. Risken om frågorna inte ställs rutinmässigt är att personer som inte utgör stereotypa våldsoffer missas och att hälso- och sjukvårdspersonal blir osäkra i vem som ska frågas bland annat på grund av fördomar och att det även medför att utsatta personer kan missas (Region Skåne, 2018).

I en studie gjord av Spangaro et al. (2020) undersöktes hur kvinnor upplevde att bli tillfrågade om våld i nära relationer. Av 32 kvinnor ställde sig 24 kvinnor positivt till att bli tillfrågade, 6 tyckte att det varken var bra eller dåligt och 2 tyckte att det var negativt. De positiva effekterna av att bli tillfrågade var bland annat en känsla av lättnad att få dela med sig av sin börda. De kunde påbörja en inre process med att få hjälp och de kände sig inte lika ensamma i sin situation (Spangaro, et al., 2020).

Även om våld i nära relationer kan definieras objektivt är det enligt, Liang et al. (2005), viktigt att komma ihåg att kvinnornas upplevelser alltid är subjektiva. Det sjuksköterskan kan göra är att fråga och finnas där för att hjälpa till att identifiera våldet. Däremot är det viktigt att inte döma kvinnor som inte vill ta emot hjälp då det kan finnas många underliggande skäl till att de inte vill eller kan lämna situationen just vid det tillfället (Liang et al., 2005).

Hälso-och sjukvårdens ansvar

Hälso-och sjukvården har ett ansvar att ge vård till personer som är utsatta för våld i nära relationer. Enligt Hälso-och sjukvårdslagen (HSL, SFS 2017:30 3 kap 1-2§) är målet för hälso-och sjukvården i Sverige att ge en god vård för alla, på lika villkor. Svensk hälso-och sjukvård följer även de globala hållbarhetsmålen Agenda 2030 som säger att god hälsa är en grundläggande mänsklig rättighet (Folkhälsomyndigheten, 2018).

Om vårdpersonal inte frågar patienter om deras erfarenheter av våld efter att patienten exempelvis inkommit med symtom som kan bero på våld är inte det en god vård. Det är sjukvårdspersonalens ansvar att fråga om våld för att kunna ge den omvårdnad och information som behövs för att hjälpa patienten (Berglund & Witkowski, 2014).

Socialstyrelsen har föreskrifter och allmänna råd angående våld i nära relationer och vårdpersonalens ansvar i mötet med utsatta patienter. Enligt Socialstyrelsen ska hälso- och sjukvårdspersonal fråga vuxna personer om våld i nära relationer om de uppvisar symtom eller tecken på våldsutsatthet (Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd om våld i nära relationer, 2014).

Sjuksköterskans ansvar

Enligt ICN:s etiska kod för sjuksköterskor (2012) har sjuksköterskor idag fyra ansvarsområden; att förebygga sjukdom, främja hälsa, lindra lidande och återställa hälsa. Omvårdnad ska bland annat kännetecknas av respekt för mänskliga rättigheter, autonomi och rätten till självbestämmande samt visad värdighet. Sjuksköterskan ska ge information på ett korrekt sätt för att patienter ska kunna ta egna beslut över sin vård och ge samtycke. Enligt ICN:s etiska kod är det också sjuksköterskans ansvar att främja olika insatser för särskilt sårbara grupper sociala behov och hälsa (Svensk sjuksköterskeförening, 2012).

För att kunna uppfylla de fyra ansvarsområden som sjuksköterskan har krävs mod i vårdandet. Mod är en central del i att ge en god omvårdnad. När sjuksköterskor möter patienter med lidande har de ett ansvar att handla, för att förhoppningsvis minska lidandet, eller helt få det att försvinna. För att göra det kan det ofta krävas mod (Svensk Sjuksköterskeförening, 2016).

Sjuksköterskor har ett ansvar i sin profession att alltid hålla sig uppdaterade på ny evidensbaserad forskning och att bredda sina kunskaper om omvårdnad för att ge en god vård (Svensk sjuksköterskeförening, 2012). Sjuksköterskor, och annan vårdpersonal, behöver ha kunskap om våldsprocessen och om våld i nära relationer. Om sjuksköterskan inte har en grundläggande kunskap om våld kommer hen inte kunna göra en adekvat bedömning av patientens eventuella skador eller hälsa. Sjuksköterskan har även ett ansvar att ge rätt information om stöd och hjälp till de utsatta. I akuta situationer måste sjuksköterskan även kunna avgöra om det är för farligt för kvinnan att återvända hem (Berglund & Witkowski, 2014). För att kunna göra denna bedömning korrekt krävs att sjuksköterskan, och all

vårdpersonal, följer sin kompetensbeskrivning om att se till att söka den kunskap som behövs för att ge en god och lika vård för den här patientgruppen (Svensk sjuksköterskeförening, 2012).

Syfte

Syftet med litteraturöversikten var att beskriva sjuksköterskors erfarenheter av att fråga om kvinnors våldsutsatthet i nära relationer inom akutsjukvård.

Metod

Litteraturöversikten framställdes som en icke-systematisk litteraturöversikt med integrerad analys. Publicerat material, inom valt forskningsområde, var en nödvändighet för att kunna genomföra föreliggande litteraturöversikt (Friberg, 2017).

Dataanalysmetoden som användes var integrerad dataanalys för att besvara syftet. Skillnaden mellan en allmän litteraturöversikt och en integrerad översikt är att resultatanalysen blir mer ingående i den integrerade översikten. Slutsatser dras utifrån resultaten i flera studier i jämförelse med en allmän litteraturöversikt som enbart presenterar studiernas resultat utan tematisering (Friberg, 2017). Avsikten med metodvalet var att finna evidens inom området. Eftersom litteraturöversikter sammanfattar och inkluderar resultat från flera studier inom ett område anses översikter vara viktiga för att utveckla en evidensbaserad yrkesutövning (Polit & Beck, 2017). I litteraturöversikten var inriktningen omvårdnad.

Urval

Syftet med litteraturöversikten fokuserade på sjuksköterskor inom akutsjukvård. Det fanns en del studier som lyfte andra professioners erfarenheter av att fråga om våld. Två studier som ingick i resultatet inkluderade både sjuksköterskor och undersköterskor i sin population. Övriga studier valdes bort eftersom översiktens syfte utgick från sjuksköterskans perspektiv.

I litteraturöversikten användes studier av kvalitativ metod, kvantitativ metod samt en studie av mixad metod. Det valet baserades på den breda naturen av begreppet erfarenhet, som gestaltades på olika vis inom respektive studiedesign. Studiernas geografiska plats ansågs vara av mindre betydelse för resultatet och analysen av resultatet.

Patientgruppen i studierna var mellan 18 och 65 år. Våld mot barn är en våldsförform som inte liknar vuxnas våld i nära relationer (NCK, 2010) vilket gjorde att personer under 18 år exkluderades från översikten. Att exkludera kvinnor över 65 år i urvalet gjordes då våld mot äldre är en typ av våld som också är av annan karaktär jämfört med det våldet översikten avsåg att fokusera på (NCK, 2016).

Enligt Kristensson (2014) krävs granskning av valda studiers kvalitet. En granskningsmall är utformad med frågor som hjälper författarna att kritiskt granska hur studien är utförd och ta ställning till om de frågorna kan besvaras helt, delvis eller inte alls (Kristensson 2014). För att föreliggande litteraturöversikt skulle bli av god kvalitet granskades studierna med hjälp av passande granskningsmallar från Statens beredning för medicinsk och social utvärdering [SBU] (2017). Endast studier med hög kvalitet eller låg risk för snedvridning av resultatet ingick i dataanalysen. Mallarna var uppdelade i olika avsnitt som separat värderades i avseende på kvalitet. De enskilda delarna av mallarna utgjordes av hög kvalitet vid granskning av kvalitativa studier, och låg risk för bias vid granskning av kvantitativa studier. Delarna i mallarna vägdes samman för att bedöma helheten och då majoriteten visade hög kvalitet eller låg risk för bias ansågs de motsvara den bedömningen vid helhetsintrycket.

Sammanlagt kvalitetsgranskades nio artiklar. Av de valdes två bort då de inte svarade på syftet eller inkluderade andra professioner i populationen.

Datansamling

I sökningen av studier användes databaserna CINAHL och PubMed. CINAHL har artiklar från ca. 1200 tidskrifter med fulltext samt över 6 miljoner artiklar och studier. Det finns studier med inriktning på bland annat 50 olika specialiteter inom omvårdnad men även inom närliggande professioner (EBSCO, u.å.). PubMed är en databas med runt 30 miljoner sammanfattningar av studier inom biomedicin, och flera miljoner i fulltext (National Library of Medicine, u.å.).

Boolesks sökteknik användes för att hitta ämnesspecifika artiklar. Boolesks sökteknik innebär att ord sammansätts med någon av förbindelseorden AND, OR eller NOT (Friberg, 2017). Ordet OR användes för att bredda och/eller smalna av sökresultaten. CINAHLs ämnesordlistor (CINAHL headings) samt PubMeds Mesh-termer användes för att hitta ämnesspecifika studier (Friberg, 2017).

Sökschema

Inledningsvis gjordes en primärsökning. Därefter gjordes en utökad sökning i valda databaser där ämnesspecifika studier valdes ut till litteraturöversikten, se tabell 1 och tabell 2.

Inklusionskriterier i sökningarna i både Cinahl och PubMed var; studier skrivna på engelska, kvinnor och ålder mellan 18–65. I Cinahl inkluderades studier som publicerats inom de senaste 25 åren, medan inklusionskriteriet var 15 år i Pubmed.

Tabell 1. Sökning i databasen Cinahl

CINAHL	Sökord	Antal träffar	Lästa titlar	Lästa abstrakt	Lästa i fulltext	Kvalitetsgranskade	Valda studier
S1	(MH “domestic violence+”) OR (MH “intimate partner violence”)	41 907					
S2	(MH “emergency care+”) OR (MH emergency nursing+”) OR “emergency department”	65 059					
S3	“screening” OR “identification”	254 581					
S4	S1 AND S2 AND S3	296					
S5	S4 + filter: 1995 – 2020, adult 19-44 years, middle-aged 45-65 years,	72	72	24	12	3	3

Tabell 2. Sökning i databasen PubMed

Pubmed	Sökord	Antal träffar	Lästa titlar	Lästa abstrakt	Lästa i fulltext	Kvalitetsgranskade	Valda studier
S1	nursing care[MeSH Terms] OR nurse practitioner[MeSH Terms] OR nurses attitude[MeSH Terms] OR emergency nursing[MeSH Terms] OR health care provider[MeSH Terms] OR emergency nursing[MeSH Terms] OR nursing[MeSH Terms] OR health personnel[MeSH Terms] OR attitude [MeSH Terms]	404 320					
S2	battered women[MeSH Terms] OR domestic violence[MeSH Terms] OR intimate partner violence[MeSH Terms] OR domestic abuse[MeSH Terms] OR sexual abuse[MeSH Terms] OR battered wife[MeSH Terms]	45 792					
S3	screening[MeSH Terms] OR assessment[MeSH Terms] OR emergency care[MeSH Terms] OR identification[MeSH Terms] OR identify[MeSH Terms] OR questionnaire[MeSH Terms] OR recognize[MeSH Terms] OR recognise[MeSH Terms]	1 083 991					
S4	S1 AND S2 AND S3	1 167					
S5	S4 + filter: "Full text, English, Nursing journals, Adult: 19+ years, Adult: 19-44 years, Middle Aged + Aged: 45+ years, Middle Aged: 45-64 years, Aged: 65+ years, Young Adult: 19-24 years, from 2005 - 2020"	186	186	21	12	6	4

Dataanalys

Analysen bestod av de tre steg som Friberg (2017) presenterat för en integrerad litteraturöversikt; 1. Genomläsning av studierna vid upprepade tillfällen med syfte att förstå studiernas innehåll, 2. Tydlig dokumentation i översiktstabeller, 3. Sökandet av likheter och skillnader.

Enligt Friberg (2017) är det viktigt att läsa studierna flera gånger och sedan sammanfatta dem för att säkerställa att relevant data från studierna inkluderas. Dokumentationen agerar som ett hjälpmedel för att skapa en översikt över det insamlade materialet. Dokumentationen gjordes som en tankekarta för att få en översikt av studiernas resultat. Tankekartan underlättade analysen då resultaten gestaltades tydligare. Författarna till litteraturöversikten lade störst fokus på att identifiera likheter och skillnader i studiernas resultat. Datan tematiserades utifrån resultaten i studierna där likheterna och skillnaderna utgjorde underlag för översiktens resultat. Det gjordes för att slutsatserna och tolkningarna av resultatet skulle bli verifierbara (Friberg, 2017).

Författarna läste alla artiklar var för sig flera gånger. Sedan identifierades likheter och skillnader var för sig och slutligen jämfördes författarnas enskilda arbete med varandras för att tillsammans ta fram teman.

Forskningsetiska avvägningar

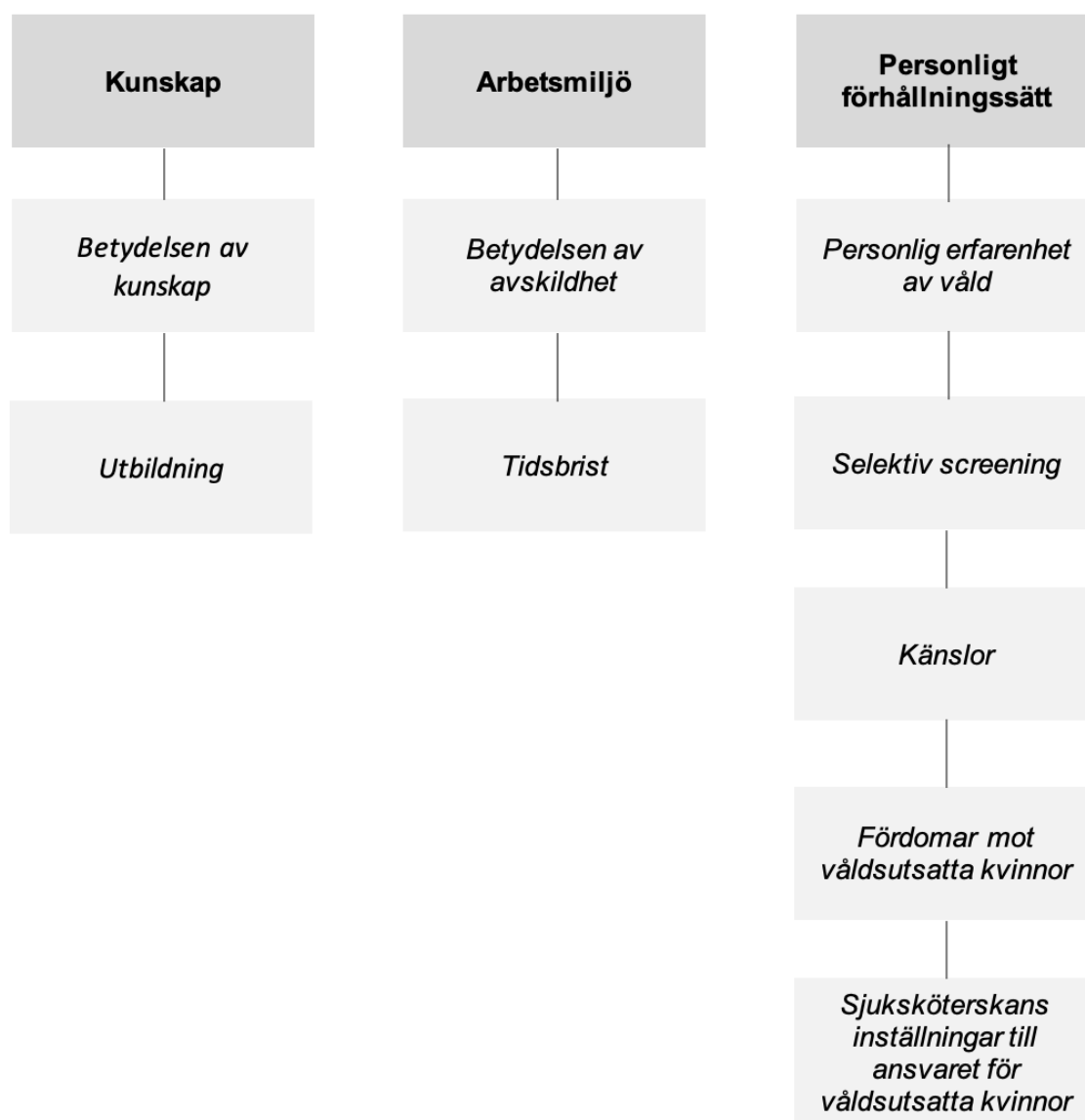
En etisk granskning gjordes av alla valda studier. Studierna skulle ha ett etiskt resonemang eller vara godkända av en etisk kommitté för att inkluderas i litteraturöversikten. World Medical Association [WMA] (2018) har tagit fram Helsingforsdeklarationen. Det är ett dokument som i 37 punkter beskriver riktlinjer för forskning som görs med involverade människor. Deklarationen är uppdelad i flera områden; generella principer, riskavvägning, utsatta grupper, forskningskrav och forskningsprotokoll, forskningsetiska kommittéer, konfidentialitet, informerat samtycke med flera (WMA, 2018). Enligt Kristensson (2014) är deklARATIONEN framtagen för medicinsk forskning, men eftersom omvårdnadsforskning också involverar människor ska även studier inom omvårdnad följa deklARATIONEN. Det gäller såväl empiriska studier som litteraturöversikter (Kristensson, 2014).

Resultat

Litteraturoversiktens resultat var uppbyggt på resultat från sju studier (se bilaga 1.). Av dessa var tre studier kvalitativa, tre var kvantitativa och en var av mixad-metod.

Att ställa frågan om våldsutsatthet visade sig i resultatet vara ett flerdimensionellt omvårdnadsområde för sjuksköterskor. De olika dimensionerna agerade och samverkade med varandra på olika plan. Men det fanns ändå tre tydliga aspekter som hade ett samband med varandra men som trots det gick att dela in i huvudteman och subteman. Huvudteman var: *Kunskap*, *Arbetsmiljö* och *Personligt förhållningssätt* (se figur 1).

Figur 1. Översikt av huvudteman och subteman



Kunskap

Ett av de huvudteman som identifierades var kunskap. Kunskap kunde utifrån studierna ses som något som behövde besittas, förvärvas eller var nödvändigt för att fråga kvinnor om våld i nära relationer. Resultatet visade att sjuksköterskor erfor en kunskapsbrist om våld i nära relationer samt att de upplevde en styrka att som sjuksköterska besitta kunskap om ämnet när de mötte våldsutsatta personer. Utifrån analysen delades resultatet in i följande subteman:

Betydelsen av kunskap och utbildning

Betydelsen av kunskap

Att sjuksköterskorna i flera studier inte hade nödvändig kunskap visades genom att de inte visste vilka frågor de skulle ställa, vad våld i nära relationer innebar och hur våldet kunde tas i uttryck hos en utsatt person (Cho et al., 2015; Leppäkoski et al., 2010; McGarry & Nairn, 2015; Robinson, 2010; Yonaka et al. 2007).

I flera studier uppmärksammades att sjuksköterskorna inte visste vilka nummer de skulle ringa eller var de kunde hänvisa kvinnan för att hon ska få nödvändig hjälp (Cho et al., 2015; Leppäkoski & Paavilainen, 2013; Robinson, 2010). I studien av Robinson (2010) framkom att sådana hjälpsamma riktlinjer fanns på samtliga tre avdelningar som undersöktes men att sjuksköterskorna inte hade vetskap om att de fanns på avdelningen Robinson (2010).

I en studie som undersökte sjuksköterskors upplevelser och erfarenheter av att ha en specialistsjuksköterska inom våld i nära relationer på akutmottagningen uttryckte sjuksköterskorna att de värderade specialistsjuksköterskans roll högt, bland annat i avseende att hänvisa patienterna vidare. De kunde antingen rådfråga specialistsjuksköterskan om lämpliga insatser eller helt överlämna patientens fortsatta planering till henne (McGarry & Naim, 2015). I en annan studie svarade två tredjedelar av sjuksköterskorna att de kände sig väl förberedda i hur de skulle hantera hänvisningen till vidare instanser för kvinnorna och att kunskapsluckorna främst utgjordes av vilket juridiskt ansvar de hade (Ellis, 1999). Kunskap om legalt ansvar framkommer i ytterligare en studie där resultatet visade att 70,2 % visste att våldsutsatthet skulle rapporteras, däremot visste 45% inte att de även hade en legal skyldighet att rapportera till myndigheter vid identifiering av våld i nära relationer (Cho et al., 2015).

Ett område där kunskap saknades var vilka frågor sjuksköterskorna skulle ställa och hur de bäst kunde närma sig ett känsligt ämne. Det beskrevs som en självupplevd kunskapsbrist som i sig verkade hämmande på deras förmåga att fråga (McGarry & Nairn, 2015; Yonaka et al. 2007; Leppäkoski et al., 2010). Endast en studie nämnde specifikt att majoriteten av deltagarna var bekväma och redo att ställa frågan (Ellis, 1999).

I studien om specialistsjuksköterskans roll på akutmottagningen framkom att en anledning till att sjuksköterskorna inte visste hur de skulle fråga kunde bero på liten erfarenhet av att hantera personer som utsatts för våld i nära relationer (McGarry & Nairn, 2015). De valde även i större utsträckning att ringa specialistsjuksköterskan för att ta över patientfallet istället för att själva försöka ta sig an patienten. En sjuksköterska menade att specialistsjuksköterskan hade den nödvändiga erfarenheten som krävdes för att bemöta de patienterna: Hon var även van vid att prata om våldsutsatthet och var därför bättre lämpad att ta hand om dem (McGarry & Nairn, 2015).

En aspekt som enbart framkom i en studie (Yonaka et al., 2007) var att sjuksköterskorna upplevde att språkbarriärer var största barriären för att fråga om våldsutsatthet. När sjuksköterskorna och patienterna inte kunde kommunicera på samma språk eller förstå varandra var det svårt att identifiera och diskutera om våld (Yonaka et al., 2007).

Utbildning

Utbildning kommer upp i olika bemärkelser i studierna. En önskan om vidareutbildning om våld i nära relationer, en korrelation mellan kunskap och utbildning samt avsaknad av utbildning är aspekter som alla rör utbildning.

I en studie gjordes undersökningar om vilka interventioner sjuksköterskor utförde för att hjälpa våldsutsatta patienter. Det framkom att en statistisk signifikans kunde ses mellan att ha utbildning i ämnet och att inte ha fått utbildning. De som erhållit utbildning om våld i nära relationer undersökte i större utsträckning kvinnans familjesituation och var mer bekväma att hänvisa kvinnan till nödvändiga instanser (Leppäkoski & Paavilainen, 2013). Ett annat resultat framkom i en studie där en tredjedel av deltagarna hade fått utbildning om våld i nära relationer. De som fått utbildning kunde i större utsträckning redogöra för problemen i identifieringen av våldsutsatta kvinnor (Leppäkoski et al., 2010). I studien som undersökte upplevelsen av att ha en specialistsjuksköterska på akutmottagningen framkom positiva reaktioner till utbildning. En del i rollen som specialistsjuksköterska var att genomföra årliga

utbildningar i ämnet för resterande personal samt uppdateringar vid behov. Resultatet av denna intervention var att sjuksköterskorna upplevde en bättre medvetenhet kring våld i nära relationer (McGarry & Nairn, 2015).

En studie visade att 42 % av studiedeltagarna önskade en större tillgänglighet till information och interventioner på avdelningen som svar på frågan om vad de behövde för att utveckla sin kunskap kring våldsutsatthet och omhändertagande av våldsoffer (Ellis, 1999). Som svar på liknande fråga nämns av en sjuksköterska i en annan studie att utbildning i vilka frågor som ska ställas, vilka kontakter som finns och vilka tecken som finns på våld är något som efterfrågas (Robinson, 2010).

Arbetsmiljö

En aspekt som sjuksköterskorna hade erfarenhet av var hur arbetsmiljön påverkade screeningen för våld i nära relationer. Två subteman som gestaltade vilken inverkan arbetsplatsens förhållande kunde ha på att fråga var: *Betydelsen av avskildhet* samt *Tidsbrist*.

Betydelsen av avskildhet

Två studier visade att sjuksköterskor hade erfarenheter av att inte kunna säkerställa avskildhet för patienterna på arbetsplatsen (Ellis, 1999; Leppäkoski et al., 2010). I ett resultat framkom att 60 % av sjuksköterskorna som arbetade på akutmottagningar tyckte att avsaknad av avskildhet var den största barriären för att screena för våld i nära relationer (Ellis, 1999). En del av sjuksköterskorna i studien ansåg att förbättra möjligheterna till avskildhet var nödvändigt för att kunna utveckla och förbättra deras identifieringsmöjligheter (Ellis, 1999). Enligt Leppäkoski et al (2010) var arbetsmiljön också en barriär för sjuksköterskornas identifiering av våld. Sjuksköterskorna menade att det inte fanns något avskilt rum eller del av arbetsplatsen där de kan fråga och prata om våld i nära relationer.

Tidsbrist

Tidsbrist var en annan aspekt kopplat till arbetsmiljö som majoriteten av valda studier tog upp som en barriär för att kunna fråga kvinnor om våldsutsatthet (Robinson, 2010; McGarry & Neirn, 2014; Ellis, 1999; Leppäkoski et al., 2010; Yonaka et al., 2007; Cho et al., 2015). Sjuksköterskor beskrev att det fanns för mycket att göra på akuten att de inte hinner screena för våld (Cho et al., 2015; Ellis, 1999; Yonaka et al., 2007). I en studie beskrev sjuksköterskor att de behövde mer tid för dokumentation när en kvinna avslöjat att hon blir

utsatt för våld. Det krävdes också mer tid för sjuksköterskor att svara på kvinnans berättelse för att kunna ställa fler frågor och hjälpa henne vidare till rätt instans (Leppäkoski et al., 2010; McGarry & Nairn, 2015). De menade att identifiering av våld inte var en uppgift som skulle göras med tidsbegränsningar, utan ett samtal som behövde ta tid. På akuten fanns ingen tid att sitta ner och prata en stund med patienter, utan där skulle bedömningar och triagering ske under en viss tidsbegränsning (McGarry & Nairn, 2015; Robinson 2010). En sjuksköterska beskrev hela situationen kring kvinnans avslöjande om våld

“like opening a Pandora's box” (McGarry & Nairn, 2015, s.67).

Sjuksköterskorna upplevde att tidsbristen kunde göra att de litade på berättelserna från kvinnor på akuten om hur de fick sina skador utan att reflektera eller fråga om våld. Oavsett om sjuksköterskorna hade misstankar om att kvinnorna blivit utsatta för våld, gjordes inga försök att hitta osanningar i kvinnornas berättelser eftersom sjuksköterskorna upplevde att de inte hade tid undersöka sanningshalten vidare (McGarry & Nairn, 2015).

Personligt förhållningssätt

Sjuksköterskans personliga förhållningssätt till våld i nära relationer visade på olika sätt begränsningar såväl som styrkor i hur deras arbete med screening av våld utfördes.

Huvudtemat delades vidare in i subteman: *Personlig erfarenhet av våld, Selektiv screening, Känslor, Fördomar mot våldsutsatta kvinnor* samt *Sjuksköterskans inställningar till ansvaret för våldsutsatta kvinnor*.

Personlig erfarenhet av våld

Våldsutsatthet förekom även i sjuksköterskors privata relationer. Flera studier lyfte att deltagarna själva har haft erfarenhet av våld i nära relationer eller har en anhörig som blivit utsatt (Ellis, 1999; Leppäkoski et al., 2010; Leppäkoski & Paavilainen, 2013; Yonaka et al., 2007).

I studien av Ellis (1999) hade över 57% av deltagarna personlig erfarenhet av våld i nära relationer. Av de som hade personlig erfarenhet var våldet av sådan natur i 35% av fallen att det involverade sparkar eller slag. Vidare var det 25% av de som utsatts för fysiskt våld som inte identifierade det som våld i nära relationer (Ellis, 1999).

För vissa sjuksköterskor gjorde den personliga erfarenheten att de i större utsträckning frågade om våldsutsatthet bland sina patienter. I en artikel visade det sig att de som hade anhöriga som varit våldsutsatta i större utsträckning frågade om våldsutsatthet (Leppäkoski & Paavilainen, 2010).

Personlig erfarenhet av våld togs även upp ur ett ytterligare perspektiv i studien av McGarry & Nairn (2015). Resultatet visade att sjuksköterskor som stött på våldsoffer i tjänsten kunde uppleva svårigheter att hantera den emotionella påverkan ensamma. Där hade specialistsjuksköterskan en roll i att vara någon som övrig personal kunde vända sig till för att diskutera situationen. Det var en uppskattad möjlighet på arbetsplatsen. En sjuksköterska uttryckte det i följande citat:

She's [specialist nurse] been supportive to me a couple of times that I've needed it, and I'm sure for the rest of us as well (McGarry & Nairn, 2015, s. 68).

Selektiv screening

Selektiv screening är ett subtema som beskriver sjuksköterskors erfarenheter av att välja vilka kvinnor de frågar om våldsutsatthet, och vilka de inte frågar. I 5 av de valda studierna framkom att sjuksköterskorna inte frågade alla kvinnor som sökt akutsjukvård om våldsutsatthet, utan de frågade kvinnor beroende på fysiska skador, kvinnans och förövarens beteenden eller alkoholintag.

I en studie svarade 51 % av sjuksköterskorna att de frågade alla kvinnor om deras erfarenheter av våld i nära relationer, men 74 % svarade också på en annan fråga att de bara screenade utvalda kvinnor (Yonaka et al., 2007). Liknande resultat framkom i en annan studie där sjuksköterskorna menade att anledningen till att de inte frågade kvinnor om våld var för att kvinnorna inte hade uppenbara tecken eller symtom som kunde åstadkommas av våld eller att skadorna inte var tillräckligt allvarliga (Cho et al., 2015). Ett annat resultat visade att de patienter som blivit utsatta för våld lätt kan gömma sina skador, såsom blåmärken eller sår, på ett bra sätt för att vårdpersonalen inte ska märka något eller fråga om våldsutsatthet. Skador som kvinnorna dolt gjorde det svårt för sjuksköterskor att upptäcka tecken på våld som de annars lättare hade kunnat identifiera. Några deltagare skrev att de inte lägger tid på skador som inte syns (Leppäkoski et al., 2010). Sjuksköterskor och annan vårdpersonal sa också att det kunde vara svårt att avgöra om diffusa symtom såsom bröstsmärtor eller liknande berodde på att patienten var rädd för en partner, eller om det handlade om något

annat. En studiedeltagare beskrev att det var svårt att identifiera våldsutsatthet hos patienter som inkom till akutmottagningen utan ett trauma (Leppäkoski et al., 2010). Några sjuksköterskor ansåg att de direkt borde veta om en person är våldsutsatt enbart genom att titta på patienten (Robinson, 2010).

Det var inte bara fysiska skador som avgjorde om sjuksköterskorna frågade om våldsutsatthet, utan det handlade också om kvinnans beteende. Ibland stämde inte kvinnornas berättelser överens med skadornas karaktär, vilket gjorde sjuksköterskorna misstänksamma. I andra fall ville kvinnorna inte alls berätta hur eller var de fick sina skador, och en studiedeltagare beskrev att då brukar hen få en känsla av att någonting är fel (Leppäkoski et al., 2010). I en annan studie svarade 45 % av sjuksköterskorna att de inte frågade kvinnan om våldsutsatthet om inte kvinnan själv tog upp samtalsämnet och började berätta om sina erfarenheter av våld (Leppäkoski & Paavilainen, 2013).

En del sjuksköterskor frågade om våldsutsatthet beroende på vilken känsla de fick av kvinnan de mötte på akutmottagningen. Känslan uppkom beroende på kvinnans beteende (Robinson 2010; Leppäkoski et al., 2010). Om kvinnorna de mötte hade uppvisat ett avvikande beteende kunde sjuksköterskorna fråga om våld i nära relationer. Exempel på uttryck som beskrevs var olika känslor som rädsla, att vara väldigt uppmärksam på omgivningen och varsamhet. När kvinnorna ankom till akuten kunde de vara tårögda, stressade, nervösa eller fientliga (Leppäkoski et al., 2010).

Ibland märkte sjuksköterskorna skillnad på kvinnans beteende beroende på om förövaren var i samma rum som henne eller inte (Robinson, 2010; Leppäkoski et al., 2010). När förövaren var i samma rum blev kvinnan tystare och blyg, ofta på grund av att förövaren hade en väldigt dominant personlighet (Robinson, 2010). Här kunde sjuksköterskorna också lägga märke till förövarens beteende vilket gjorde att sjuksköterskorna kunde misstänka att kvinnan var utsatt för våld. Förövaren ville nästan aldrig lämna rummet där kvinnan var och lämnade inte heller kvinnan med blicken (Leppäkoski et al., 2010).

Slutligen var vissa sjuksköterskor uppmärksamma på kvinnors alkoholintoxikation när de sökte vård på akuten då de misstänkte att det också kunde vara ett tecken på våldsutsatthet i nära relationer (Leppäkoski et al., 2010).

Känslor

Sjuksköterskor upplevde olika känslor som var kopplade till att fråga kvinnor om våld i nära relationer.

Frustration var en känsla som beskrevs i flera studier (Leppäkoski et al., 2010; McGarry & Nairn, 2015; Robinson, 2010). Erfarenheterna av akutsjukvård var ett område där resultat oftast uppnåddes snabbt och effektivt, vilket gjorde sjuksköterskorna frustrerande när de arbetade med våld i nära relationer som tog lång tid och krävde mycket engagemang (McGarry & Nairn, 2015; Robinson, 2010). Sjuksköterskorna i två av studierna kände en frustration över att de inte hade möjlighet att fråga om våld (McGarry & Nairn, 2015; Robinson, 2010). Frustrationen berodde dels på tiden det tog att fråga och bedöma de våldsutsatta kvinnorna, och dels på att kvinnor valde att stanna kvar i våldsamma relationer (Robinson, 2010).

I två studier upplevde sjuksköterskorna en känsla av hjälplöshet när de inte kunde hjälpa de utsatta kvinnorna på akuten, eller för att de inte kunde förändra kvinnans situation (Leppäkoski et al., 2010; McGarry & Nairn, 2015). Hopplöshet upplevdes även när de våldsutsatta kvinnorna inte förstod att de var utsatta eller inte gjorde någonting för att förändra sin situation (Leppäkoski et al., 2010).

Det fanns också positiva känslor kring erfarenheter av att screena för våld. En sjuksköterska uttryckte en känsla av att hen mätte bra när hen frågade om våld i nära relationer. Hen menade att även om en våldsutsatt patient inte ville lämna sin relation upplevde sjuksköterskan att hen ändå hjälpte patienten genom att fråga (Robinson, 2010).

Sjuksköterskor kunde också uppleva en rädsla över vilket svar de skulle få när de väl frågade om våld. Rädslan baserades på att de inte visste vad de skulle göra med kvinnans svar om hon berättat om sina erfarenheter av våld (Robinson, 2010).

Det fanns en skillnad mellan manliga och kvinnliga sjuksköterskor kopplat till känslor inför att fråga om våld. I studien av Robinson (2010) upplevde de manliga sjuksköterskorna en obehagskänsla av att fråga kvinnor om våld. Det gällde framförallt de emotionella aspekterna av omvårdnad vid våldsutsatthet. De manliga sjuksköterskorna kände sig mer bekväma och trygga med att vårda fysiska skador.

Fördomar mot våldsutsatta kvinnor

I studien av Leppäkoski et al. (2010) hade 53 % av deltagarna erfarenheter av olika problem med att identifiera våld i nära relationer. Det högst rankade problemet var en uppfattning om att kvinnor inte vill diskutera våldsutsatthet. Några sjuksköterskor uttryckte det som

They won't admit it.

They don't want any help.

They hide the whole matter. (Leppäkoski et al., 2010, s. 643)

I en annan studie framkom även uppfattningen om att kvinnor inte är ärliga när de tillfrågas om våldsutsatthet och att om de får hjälp kommer de ändå inte följa sjukvårdens rekommendationer (Robinson, 2010). I samma studie framkom att vissa sjuksköterskor dessutom anammade en skuldbeläggande attityd gentemot kvinnor som utsatts för våld i nära relationer (Robinson, 2010).

En aspekt som enbart togs upp i en studie var manliga sjuksköterskors fördomar. De menade att kvinnorna skulle föredra att prata med en kvinnlig sjuksköterska över en manlig särskilt om förövaren var en man (Robinson, 2010).

Sjuksköterskor från studien av Cho et al. (2015) upplevde att kvinnor i vissa fall inte borde lämna sina relationer om de hade barn även om det förekom allvarligt våld i hemmet. Dock framkom ett motstridigt resultat som menade att sjuksköterskorna samtidigt höll med om att en kvinna inte skulle stanna kvar i ett våldsamt förhållande för barnens skull (Cho et al., 2015).

Sjuksköterskans inställningar till ansvaret för våldsutsatta kvinnor

I två studier framkom att sjuksköterskor inte tyckte det var hälso-och sjukvårdens ansvar att identifiera och arbeta med våld i nära relationer (Robinson, 2010; Cho et al., 2015). Några sjuksköterskor ansåg att det var ett socialt problem snarare än ett hälsoproblem. Våld i nära relationer ansågs inte kunna lösas på bara ett akutbesök eftersom det var ett tidskrävande och komplicerat problem. En sjuksköterska menade att våld i nära relationer inte var ett problem för akutmottagningen och sade

If they do say yes, what's the point? What are we going to do? Nothing. Where are we going to send them? Nowhere (Robinson, 2010, s. 574).

En annan sjuksköterska hade snarare inställningen att våldsutsatta kvinnor borde ta hand om sig själva:

(...) You're a grown person: get out of it. That's horrible, I shouldn't be saying that
(Robinson, 2010, s. 574).

I en studie var det bara två av 13 intervjuade sjuksköterskor ansåg att det var sjuksköterskans ansvar att screena för våld (Robinson, 2010).

Sjuksköterskor ansåg även att våld i nära relationer kunde anses vara ett privat problem, eller något som ska hållas inom familjen (Cho et al., 2015). Yonaka et al. (2007) fann ett motsägelsefullt resultat angående vems ansvar det är att screena kvinnor för våldsutsatthet. Sjuksköterskorna ansåg att våld i nära relationer var ett problem som ska uppmärksammas inom akutsjukvården, att det var ett medicinskt problem och att det var viktigt att identifiera våld (Yonaka et al., 2007).

Diskussion

Diskussion av vald metod

Litteraturoversikten hade som syfte att beskriva sjuksköterskors erfarenheter av att fråga kvinnor om våld i nära relationer inom akutsjukvård. Den integrerade dataanalysen var en lämplig metod för att kunna tematisera resultatet från de sju valda studierna då metoden möjliggjorde identifiering av likheter och skillnader. Med hjälp av likheter och skillnader kunde resultatet tematiseras och svara på syftet.

Under datainsamlingen behövde sökningen i databaserna utvidgas för att hitta tillräckligt med studier som svarade på syftet och hade hög kvalitet. Våld i nära relationer var ett begrepp som engelska språket hade flera begrepp för, bland annat; *intimate partner violence*, *domestic violence* och *domestic abuse*. Eftersom olika studier benämnde våld i nära relationer på olika sätt behövde sökningen innehålla samtliga begrepp för att relevanta studier skulle hittas. Ordet som skulle tolka själva identifieringen av våldet var ett ord som också kunde översättas olika. Sökningen fick därmed inkludera flera sökord som exempelvis *screening* och *identification* för att här, precis som vid sökningen på våld i nära relationer, se till att alla relevanta studier inkluderades. I primärsökningen uppdagades också att det inte fanns tillräckligt med studier, vilket gjorde att även årtalen på studierna breddades till år 1995 i databasen PubMed istället för 2005 som tidigare använts. Ett försök att vidga syftet gjordes

genom att inkludera studier från primärvårdsperspektivet. Det fanns inte tillräckligt antal studier där populationen var sjuksköterskor för att motivera den utvidgningen av syftet och författarna bestämde sig för att fortsätta med studier enbart från akutmottagningar.

Under kvalitetsgranskningen framkom att studien av Yonaka et al (2007) inte angav att studien var godkänd av en etisk kommitté. Enligt Polit & Beck (2010) är inte alla studier som inkluderar människor godkända av en etisk kommitté eller liknande. Författarna är ändå skyldiga att se till att studien utförs etiskt korrekt med hänsyn till människors mänskliga rättigheter och integritet. Studien av Yonaka et al (2010) inkluderades i litteraturoversikten ändå eftersom författarna till studien förde ett etiskt resonemang och försäkrade studiedeltagarna att deras svar var anonyma. Författarna såg även till att det publicerade resultatet inte refererade till enskilda studiedeltagare, utan presenterade resultatet på ett sätt där sjuksköterskorna inte kunde urskiljas. Ytterligare en anledning till att studien användes i litteraturoversiktens resultat var för att studien var gjord i USA. Alla amerikanska studier som inkluderar människor är godkända av en etisk kommitté enligt Polit & Beck (2010). Det gjorde att en slutsats kunde dras att studien var godkänd, även om författarna inte presenterat den fakta i sitt etiska resonemang.

På grund av det begränsade antalet relevanta artiklar som fanns på området gjordes en avvägning att ta med två artiklar som omfattade både sjuksköterskor och undersköterskor. Majoriteten av deltagarna i studierna var sjuksköterskor och enbart 16 % utgjordes av undersköterskor (Leppäkoski et al., 2010; Leppäkoski & Paavilainen, 2013). I Sverige är sjuksköterskor högst ansvariga för patientens omvårdnad. Undersköterskor utför omvårdnad som dels beror på sedvanliga arbetsuppgifter inom omvårdnad och dels på grund av delegering från sjuksköterskor (Björvell & Thorell-Ekstrand, 2014). Samarbetet mellan sjuksköterskor och undersköterskor är tätt. Den täta naturen av sjuksköterskors och undersköterskors arbete låg till grund för att inkludera artiklarna. Andra artiklar som inkluderade ytterligare professioner valdes bort.

En artikel som inkluderades var från 1999. Ett argument för att artikeln inte skulle bli inkluderad var att den eventuellt inte längre var relevant på grund av avståndet i tid från dess att den skrevs. Resonemang om det fördes författarna emellan och den bedömdes vara aktuell. Bakgrunden till dess relevans var bland annat att forskningsområdet inte förändrats

avsevärt under den gångna tiden och resultatet från 1999 hade många likheter med de nyare studierna som inkluderats.

Vad som skulle kunna ses som en svaghet i litteraturöversikten var att inkludera studier med både kvalitativa och kvantitativa studier samt en mixad metod. Enligt Polit & Beck (2010) är fokus i litteraturöversikten att hitta likheter och skillnader i artiklar samt värdera trovärdigheten av fynden. Resultatet i studierna var trots de olika studiedesignerna liknande. Författarna till litteraturöversikten ansåg att den möjliga svagheten snarare utgjorde en styrka genom att trovärdigheten i de kvalitativa studierna kunde verifieras av de kvantitativa studiernas resultat, och omvänt.

De valda studierna ägde rum i 4 olika länder i världen; Finland, USA, Sydkorea och Storbritannien. De inkluderade studiernas geografiska plats var mindre viktigt eftersom det var viktigare att hitta artiklar som besvarade syftet. Det kan dock diskuteras hur sjuksköterskans ansvar skiljer sig mellan de olika länderna i studierna. Skillnaden i ansvar kan eventuellt medverka till olika erfarenheter och upplevelser av att fråga kvinnor om våld i nära relationer. Författarna till litteraturöversikten valde dock att avgränsa diskussionen till att utgå från den svenska sjuksköterskelegitimationen och de ansvarsområden som sjuksköterskor i Sverige har gentemot sina patienter. Avgränsningen gjordes för att resultatet skulle kunna appliceras inom svensk hälso- och sjukvård.

Diskussion av framtaget resultat

Syftet med litteraturöversikten var att beskriva sjuksköterskors erfarenheter av att fråga om våld i nära relationer inom akutsjukvård. Under dataanalysen uppdagades att de tre huvudtemana på många sätt hörde ihop och var beroende av varandra. De barriärer som sjuksköterskor hade erfarenheter av tolkades av författarna till litteraturöversikten som att till stor del bero på okunskap om våld i nära relationer. Okunskapen utgjordes även av fördomar och inställningar kring de våldsutsatta kvinnorna och den gemensamma lösningen var utbildning i olika former.

Att fråga om våld i nära relationer utifrån sjuksköterskans personliga perspektiv

Betydelsen av kunskap och fördomar mot våldsutsatta kvinnor var två subteman som på många sätt hörde ihop. I majoriteten av valda studier i litteraturöversikten hade

sjuksköterskorna erfarenheter av kunskapsbrist om våld i nära relationer (Cho et al., 2015; Leppäkoski et al., 2010; McGarry & Nairn, 2015; Robinson, 2010; Yonaka et al. 2007). Sjuksköterskornas brist på kunskap kan vara anledningen till att de hade fördomar om våldsutsatta kvinnor (Robinson, 2010). En tidigare studie visar att det är vanligt bland sjuksköterskor och annan vårdpersonal att ha fördomar om våldsutsatta kvinnor (Varcoe, 2001) vilket innebär att framtaget subtema om fördomar i denna litteraturöversikt inte är unikt för de utvalda studierna. Snarare verkar detta vara en allmän företeelse inom hälso- och sjukvården vilket också tyder på att kunskapsbristen om våld i nära relationer är utbredd.

Sjuksköterskornas fördomar kan komma från egna erfarenheter av möten med våldsutsatta kvinnor, men kan också varit utvecklade från erfarenheter som andra sjuksköterskor berättat om. Att sjuksköterskorna förlitade sig på fördomar mot våldsutsatta kvinnor går emot Travelbee's teori om lidande där alla patienter är unika. Patienter har ett subjektivt lidande som inte går att förutspå eller anta innan det mellanmänskliga mötet skett (Travelbee, 2014). I en studie av Lee et al (2015) nåddes en konsensus bland studiedeltagare med olika professioner om att sjuksköterskor måste vara neutrala vid mötet av våldsutsatta kvinnor, och inte låta subjektiva tankar påverka vården. Det är också viktigt att tro på kvinnans berättelse och inte lita på subjektiva inställningar om våldsutsatta kvinnor (Lee et al., 2015). Om sjuksköterskorna inte hade förlitat sig på sina fördomar mot våldsutsatta kvinnor hade de kanske kunnat identifiera våld som annars inte blivit upptäckt. Litteraturöversiktens resultat visade att några sjuksköterskor hade bra erfarenheter av att screena för våld eftersom de kände sig tillfreds med att fråga, även om patienten inte tog emot hjälpen eller ville berätta (Robinson, 2010). Genom att fränse sina fördomar och arbeta utifrån Travelbees omvårdnadsteori med fokus på lidande och kommunikation kan fler våldsutsatta patienter upptäckas. Kanske kan även fler sjuksköterskor med hjälp av en objektiv inställning skaffa sig positiva erfarenheter av att fråga om våld i nära relationer eftersom de vet att de har gjort ett försök att hjälpa till i en komplex situation.

I två studier (Cho et al, 2015; Robinson, 2010) framkom erfarenheter från sjuksköterskorna som författarna tolkar som skuldbeläggande mot kvinnor som utsatts för våld i nära relationer. I studien av Cho et al (2015) ansåg sjuksköterskorna att det inte var okej för kvinnor att lämna en våldsam relation om det fanns barn i hemmet (Cho et al, 2015). Detta kan bero på patriarkala strukturer som menar att det är kvinnans uppgift att ta hand om barnen, och om hon inte gör det läggs skuld på henne även om hon flyr för sitt liv. Fokus

borde ligga på förövarens ansvar att inte bruka våld istället för att skambelägga kvinnor som vill lämna våldsamma relationer. Detta är, i författarnas åsikt, ett problematiskt dilemma.

I flera studier uppmärksammas problemet i att sjuksköterskor inte kan behålla en neutral och icke-dömande inställning i mötet med våldsutsatta kvinnor (Dawson et al., 2019; Di Giacomo et al., 2003; Morgan, 2003). Problematiken förtydligas utifrån resultatet där några sjuksköterskor ansåg att det var upp till kvinnan att bara bestämma sig för att lämna förhållandet (Robinson, 2010). I de båda studierna om skuldbeläggande kan det uppfattas som att sjuksköterskorna saknar kunskap om hur en våldsam relation fungerar (Cho et al., 2015; Robinson, 2010). Som Walker (2007) beskriver våldets cykel, är förhållandet inte alltid negativt. Försoningsfasen utgörs av mycket kärlek där förövaren ofta får kvinnan att tro att våldet inte kommer ske igen (Walker, 2007). För att förstå hur sjuksköterskor kan hjälpa kvinnor behöver kunskapen om våldscykeln förbättras. Curnows (1997) har dessutom utökat förståelsen om när sjukvårdspersonal har som störst möjlighet att hjälpa, vilket är direkt efter den akuta fasen när de flesta kvinnor har en period av hjälpsökande beteende (Curnow, 1997).

Fördomar mot våldsutsatta kvinnor och negativa inställningar till ansvaret av våldsutsatta kvinnor måste minimeras för att kunna ge en god vård (NCK, 2010). Fördomar och inställningar kan helt försvinna med nyfunnen kunskap medan vissa kan åsidosättas för att uppnå objektivitet i mötet med potentiellt våldsutsatta kvinnor. Studier visar att fördomar eller attityder och kunskapsbrist tillsammans är faktorer som förhindrar sjuksköterskor från att fråga om våldsutsatthet (Al-Natour et al., 2016; Naitan & Rais, 2010). För att en förändring ska ske krävs utbildning om våld i nära relationer som ökar kunskapen hos sjuksköterskor inom akutsjukvård. Om sjuksköterskor har kunskap om våld, och samtidigt har en positiv attityd och syn på screening för våld i nära relationer, är det en större sannolikhet att sjuksköterskorna frågar kvinnor om våldsutsatthet (Naitan & Rais, 2010).

För sjuksköterskor som själva blivit utsatta för våld i nära relationer eller hade en anhörig som blivit utsatt fanns ett tydligt samband med att de var mer benägna att fråga (Ellis, 1999; Leppäkoski et al., 2010; Leppäkoski & Paavilainen, 2013; Yonaka et al., 2007). Att ha personlig erfarenhet verkar göra att sjuksköterskorna är mer vaksamma och lättare kommer ihåg att fråga om våldsutsatthet. Det fanns några sjuksköterskor i studien från Ellis (1999) som själva blivit utsatta för våld i nära relationer där de själva inte ansåg att slagen och

sparkarna de mottagit definierades som våld i nära relationer (Ellis, 1999). Att de själva erfar att slagen de mottagit inte är våld i nära relationer kan kanske handla om att de förnekar vad som hänt eller ytterligare ett tecken på okunskap om våld i nära relationer. Studier visar att även om sjuksköterskor med egna erfarenheter av våld är mer benägna att fråga, är det svårt för dem att bibehålla en neutral inställning till patienterna om de inte bearbetat sina personliga erfarenheter (Dawson et al, 2019; Morgan, 2003).

Den personliga erfarenheten av att i arbetet möta våldsutsatta kvinnor kunde också utgöra en negativ inverkan på sjuksköterskors förmåga att fråga om våld. Att bevittna de våldsutsatta kvinnorna innebar en emotionell belastning för sjuksköterskan (McGarry & Nairn, 2015). Det är likt resultatet i en studie gjord i Sydafrika där sjuksköterskor, som regelbundet träffade många våldsutsatta kvinnor, upplevde en emotionell stress vid dessa möten (van der Wath et al., 2013). Stressen kunde finnas kvar även efter att patienten lämnat akutmottagningen och påverkade ibland sjuksköterskorna i flera veckor. Tanken på de våldsutsatta kvinnorna påverkade deras egen hälsa negativt (van der Wath et al., 2013). Att våga möta jobbiga situationer är en del av jobbet som sjuksköterska och bör inte inverka på förmågan att göra ett ordentligt jobb, men sjuksköterskor är i grunden människor och behöver få utrymme att bearbeta sina upplevelser.Handledning efter ett traumatiskt möte skulle kunna vara en god idé för att hjälpa sjuksköterskor hantera liknande situationer i framtiden och göra den negativa erfarenheten till en hjälpande kraft istället för ett hinder, vilket framkom i studien av McGarry & Nairn (2015).

Okunskap leder inte bara till fördomar, utan det kan också härledas till selektiv screening, som är ett subtema i huvudtemat Personligt förhållningssätt. Litteraturöversikten beskrev att sjuksköterskorna hade erfarenheter av att välja ut vilka kvinnor de frågar om våldsutsatthet. Valet kring vilka kvinnor som tillfrågades berodde på deras fysiska skador, beteenden eller alkoholintag (Cho et al., 2015; Leppäkoski et al., 2010; Leppäkoski & Paavilainen, 2013; Robinson, 2010). Som tidigare nämnts kan våld i nära relationer se olika ut. Det kan, förutom fysiskt våld även vara psykiskt, materiellt, ekonomiskt och sexuellt våld (NCK, u.åa; WHO, 2017). Eftersom sjuksköterskorna enbart fokuserade på de fysiska skadorna, beteenden och alkoholintag tyder det på en okunskap om våldets olika former och att det kan vara både synligt och osynligt. Den selektiva screeningen går att härleda till Travelbee's omvårdnadsteori där hon beskriver att lidande även kan orsakas av utebliven vård (Travelbee, 2014). Om sjuksköterskornas erfarenheter av selektiv screening fortgår kommer våldsutsatta

kvinnor förbises. En tidigare studie visar att rutinscreening är ett effektivt verktyg att använda för identifiering av våld i nära relationer för att kunna hjälpa de utsatta patienterna vidare (Higgins, et al., 2015). Det är ytterst viktigt att sluta med selektiv screening, och börja screena alla kvinnor för våld, eftersom många våldsformer är osynliga.

Arbetsplatsens inverkan på sjuksköterskors erfarenheter

En erfarenhet som endast nämnts i en studie var att sjuksköterskor erfor en språkbarriär som en försvårande omständighet för att kunna ställa frågan om våldsutsatthet (Yonaka et al., 2007). Varför den erfarenhet enbart kom upp i en studie skulle kunna bero på hur de övriga forskarna valde att utforma sina enkäter och intervjuer. Det skulle även kunna bero på att studien av Yonaka et al. (2007) gjordes i Kalifornien som har en blandad demografisk befolkning. Det finns andra studier som lyfter språkbarriärer som en begränsande faktor i arbetet med att identifiera våldsutsatthet (Beynon et al., 2015; Wilson et al., 2015).

Att ha riktlinjer på sin arbetsplats för hur sjuksköterskor ska identifiera våld i nära relationer kan vara till stor hjälp eftersom kunskapsbrist annars hindrar dem från att screena (Robinson, 2010). Litteraturöversiktens resultat visade dock att sjuksköterskorna inte visste att riktlinjer fanns, vilket även kan ses i en studie av Al-Natour et al (2016). Antingen tyder det på att organisationen brister i att informera personalen om att riktlinjer finns, eller att sjuksköterskorna inte tar sitt ansvar att framföra behovet av riktlinjer för att kunna utföra sitt arbete. I en studie av Dawson et al. (2019) lyfter organisationen riktlinjer om screening för våld och trots det verkar inte personalen använda dem (Dawson et al., 2019). Det resultatet visar snarare att personalen inte lägger tid eller energi på att implementera befintliga riktlinjer i sitt arbete. En studie visar att även om kunskap finns bland sjuksköterskorna kan det vara bra för personal som har egna erfarenheter av våld att ha riktlinjer då deras egna erfarenheter annars kan vara en barriär för att fråga (Morgan, 2003).

Diskussionen om riktlinjer leder till ett resonemang kring organisationens och arbetsplatsens ansvar. Litteraturöversikten visade att sjuksköterskorna hade många erfarenheter kring hur det är att fråga om våldsutsatthet inom akutsjukvård, och frågan om riktlinjer och tidsbrist kan byta fokus från sjuksköterskors ansvar till arbetsplatsens ansvar. En studie av Naitan och Rais (2010) menar att organisationen också har ett ansvar, där våld i nära relationer behöver bli en allmänt viktig arbetsuppgift som uppmuntras av organisationen. Det kan hjälpa sjuksköterskor att se arbetet med våldsutsatthet som likvärdigt med andra

omvårdnadsuppgifter och inger då en motiverande verkan (Naitan & Rais, 2010). Resonemanget kan också användas i diskussionen om sjuksköterskornas inställningar till ansvaret för våldsutsatta kvinnor. I litteraturöversiktens resultat framkom att några sjuksköterskor upplevde att det inte var deras ansvar att fråga om våld (Cho et al., 2015; Robinson, 2007). Genom att uppmuntra och värdesätta screeningen för våldsutsatthet skulle sjuksköterskornas inställningar kunna ändras och resultera i att fler sjuksköterskor förstår att de bär ansvar för våldsidentifiering. Region Skånes vårdprogram är ett exempel på en organisatorisk åtgärd som ska främja identifieringen av våld i nära relationer och tydliggöra när vårdpersonal ska fråga om våld.

Ett annat område som arbetsplatsen och organisationen behöver befatta sig med är frågan om avskildhet. Litteraturöversiktens resultat visade att sjuksköterskorna hade erfarenheter av svårigheter i att säkerställa avskildheten när de screenade kvinnor för våld (Ellis, 1999; Leppäkoski et al., 2010). Att säkerställa att möjligheter för avskildhet är kanske inte en uppgift som kan läggas på sjuksköterskor. Arbetsgivaren behöver hjälpa sjuksköterskor genom att säkerställa att det finns platser där samtal kan hållas i avskildhet.

En barriär som sjuksköterskorna i majoriteten av utvalda studier hade erfarenhet av var tidsbrist (Robinson, 2010; McGarry & Nairn, 2014; Ellis, 1999; Leppäkoski et al., 2010; Yonaka et al., 2007; Cho et al., 2015). De upplevde att de inte hade tid att fråga om våld eftersom det dels tog lång tid att dokumentera, men framförallt att svara på och diskutera när kvinnan väl berättade om sin våldsutsatthet. Liknande resultat med tidsbrist som barriär finns beskrivet i flera andra studier (Saber et al., 2017; Ramsden & Bonner, 2002). Dock finns även motstridiga resultat angående huruvida tidsbrist är en barriär eller inte. I en annan studie svarar 81% av sjuksköterskorna att de har tillräckligt med tid för att fråga och identifiera kvinnor som är utsatta för våld i nära relationer (DeBoer et al., 2013). Vad det beror på framkommer inte av resultatet men det öppnar upp för en fundering om tidsbristen är reell, ett passande svepskäl för att inte fråga eller kanske en kombination.

Tidsbrist och känslan av frustration visade sig i resultatet ha en nära anknytning till varandra. Tidsbrist i sig var frustrerande för sjuksköterskorna men även att kvinnor valde att stanna kvar i relationen var frustrerande (Robinson, 2010). Sambandet däremellan är inte helt klarlagt men det skulle kunna innebära en ökad frustration som då leder till att sjuksköterskor

inte frågar, eftersom de upplever att de inte får något gehör när de ägnat tid till att fråga kvinnan om våld.

Då flera studier visar att sjuksköterskor har erfarenheter av att tiden på akutmottagningar inte räcker till för att fråga om våld i nära relationer går det att föra en diskussion om vilken sjukvårdsinstans som är bäst lämpad för att fråga om våld i nära relationer. En naturlig plats är mödravårdscentraler eftersom kvinnor vid flera tillfällen träffar barnmorskorna, enligt en rapport av Svensk förening för obstetrik och gynekologi (2008). Enligt denna har barnmorskor ett allt större krav att fråga om våldsutsatthet och studier som hänvisats till i rapporten visade att uppemot 80 % av de havande kvinnorna tillfrågades om våldsutsatthet (Svensk förening för obstetrik och gynekologi, 2008). Men alla kvinnor som utsätts för våld i nära relationer är inte gravida och därför behövs frågan ställas på andra sjukvårdsinrättningar också.

En studie undersökte hälso- och sjukvårdspersonals erfarenheter av att fråga om våld i nära relationer inom primärvården (Williston & Lafreniere, 2013). Liknande erfarenheter som visats i litteraturoversiktens resultat framkom även i den studien. Erfarenheterna av att fråga kunde liknas med att öppna pandoras ask, osäkerhet inför ens egna känslor kring våldsutsatthet och bristande tid (Williston & Lafreniere, 2013). Fördelen med primärvården enligt studien var att kvinnan och hälso- och sjukvårdspersonalen hade en möjlighet till att bygga upp en förtroendefull relation vilket underlättade när kvinnan väl berättade om våldet (Williston & Lafreniere, 2013). Men även om sjuksköterskor som arbetar på andra sjukvårdsinstanser är lika eller mer lämpade att ställa frågan om våld kommer flera studier fram till att akutmottagningar är den instans som kvinnan oftast söker sig till när hon behöver vård (Dawson et al., 2019; Sprague et al., 2014). Kanske är det på grund av att det hjälpsökande fönstret, som Curnow (2007) beskriver, är öppet och kvinnans behov av sjukvård är akut. Diskussionen om vilken sjukvårdsinstans som är bäst lämpad kan vara missvisande. Författarna anser att alla instanser bör vara redo att fråga för att så många som möjligt ska kunna få hjälp. Kanske sås ett frö när en kvinna blir tillfrågad på ett akutmottagningsbesök och kanske har det rotat sig när kvinnan andra eller tredje gången tillfrågas på ett primärvårdsbesök.

Slutsats och kliniska implikationer

Sjuksköterskors erfarenheter av att fråga om våld i nära relationer skiljer sig åt. En del frågar alla och en del frågar bara kvinnor som visar tecken på våld i nära relationer. Vad den här litteraturöversikten har kommit fram till är att många har svårt att ställa frågan om våld i nära relationer men att de finns de som gör det oavsett hur svårt det kan vara. Eftersom våldet ofta är osynligt innebär det att kvinnorna lider i det tysta. Författarna anser därför att rutinscreening bör införas för alla sjuksköterskor inom akutsjukvården. Att ställa frågan på rutin kan öppna upp för att fler patienter får en god vård och minskat lidande. För att hjälpa sjuksköterskor att fråga måste kompetensutveckling ske kontinuerligt och det måste finnas en möjlighet till handledning för att ha utrymme att reflektera över svårigheterna i att upptäcka våldsutsatthet. Riktlinjer behöver bli uppmärksammade och lättillgängliga för sjuksköterskor att använda.

Sjuksköterskors erfarenheter av att fråga om och arbeta med våld i nära relationer är ett relativt obeforskat område. Interventionsstudier som undersöker betydelsen av en specialiserad tjänst som arbetar specifikt med våld i nära relationer kan vara en inriktning för forskningen. Det behövs även studier som undersöker hinder för att fråga om våldsutsatthet för att sedan kunna implementera kliniska åtgärder som främjar screeningen. Samverkan mellan olika samhällsinstanser som socialtjänsten och sjukvården är också ett område som behöver studeras.

Författarnas arbetsfördelning

Författarna har varit lika delaktiga under hela arbetets gång. Datainsamling, granskning och analys har gjorts gemensamt, likaså författandet av uppsatsen. Författarna har de första veckorna av arbetet suttit tillsammans och arbetat, men övergick därefter till distans via videolänk på grund av pandemin. Båda författarna har deltagit och varit aktiva på samtliga handledningstillfällen.

Referensförteckning

Björvell, C. & Thorell-Ekstrand, I. (2014). Omvårdnadsåtgärder. I A. Ehrenberg, L. Wallin & A. Edberg. (red.) *Omvårdnadens grunder Ansvar och utveckling*. (2. uppl. s.113-131) Lund

Al-Natour, A., Qandil, A., & Gillespie, G. L. (2016). Nurses' roles in screening for intimate partner violence: a phenomenological study. *International Nursing Review*, 63(3), 422–428. <https://doi.org/10.1111/inr.12302>

Anglin, D., & Sachs, C. (2003). Preventive care in the emergency department: screening for domestic violence in the emergency department. *Academic Emergency Medicine: Official Journal of the Society for Academic Emergency Medicine*, 10(10), 1118–1127. [doi.org/10.1016/S0897-1897\(97\)80215-7](https://doi.org/10.1016/S0897-1897(97)80215-7)

Beynon C.E., Gutmanis I.A., Tutty L.M, Wathen C, & MacMillan H. L. (2012). Why physicians and nurses ask (or don't) about partner violence: a qualitative analysis. *BMC Public Health*, 12(1), 473. <https://doi.org/10.1186/1471-2458-12-473>

Brottsförebyggande rådet [BRÅ]. (2014). *Brott i nära relationer - En nationell kartläggning* (Rapport 2014:8). Hämtad 2020-03-23 från: www.bra.se/download/18.9eaaede145606cc8651ff/1399015861526/2014_8_Brott_i_nara_relationer.pdf

Brottsförebyggande rådet [BRÅ]. (2019). *Slutgiltig brottsstatistik 2018 - anmälda brott samt konstaterade fall av dödligt våld*. Hämtad 2020-12-18 från: <https://bra.se/om-bra/nytt-fran-bra/arkiv/press/2019-03-28-slutlig-brottsstatistik-2018---anmalda-brott-samt-konstaterade-fall-av-dodligt-vald.html>

Brown, S. V., & Seals, J. M. (2019). Intimate partner problems and suicide: Are we missing the violence? *Journal of Injury and Violence Research*, 11(1), 53–64.

Byrskog, U., Olsson, P., Essén, B., & Allvin, M.-K. (2015). Being a bridge: Swedish antenatal care midwives' encounters with Somali-born women and questions of violence; a qualitative study. *BMC Pregnancy and Childbirth*, 15, 1. <https://doi.org/10.1186/s12884-015-0429-z>

Cho, O.-H., Cha, K.-S., & Yoo, Y.-S. (2015). Awareness and Attitudes Towards Violence and Abuse among Emergency Nurses. *Asian Nursing Research*, 9(3), 213–218. <https://doi-org.ludwig.lub.lu.se/10.1016/j.anr.2015.03.003>

Curnow SAM. (1997). The Open Window Phase: helpseeking and reality behaviors in battered women. *Applied Nursing Research*, 10(3), 128–135.

Dawson, A. J., Rossiter, C., Doab, A., Romero, B., Fitzpatrick, L., Fry, M., & Hwang, U. (2019). The Emergency Department Response to Women Experiencing Intimate Partner Violence: Insights From Interviews With Clinicians in Australia. *Academic Emergency Medicine*, 26(9), 1052–1062. <https://doi-org.ludwig.lub.lu.se/10.1111/acem.13721>

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. <https://doi-org.ludwig.lub.lu.se/10.1097/jtn.0b013e3182a171b1>

EBSCO. (u.å) Access the Best and Most Current Nursing and Allied Health Literature. Hämtad 2020-04-19 från www.ebscohost.com/nursing/products/cinahl-databases/cinahl-complete

Ellis JM. (1999). Barriers to effective screening for domestic violence by registered nurses in the emergency department. *Critical Care Nursing Quarterly*, 22(1), 27–41. <https://doi-org.ludwig.lub.lu.se/10.1097/00002727-199905000-00005>

Förenta Nationerna [FN]. (1993). *Declaration on the Elimination of Violence against Women*, A/RES/48/104. Hämtad från undocs.org/en/A/RES/48/104.

Folkhälsomyndigheten. (2018). Hälsa för alla - för att nå de globala hållbarhetsmålen. Hämtad 2020-04-25 från <https://www.folkhalsomyndigheten.se/nyheter-och-press/nyhetsarkiv/2018/april/halsa-for-alla--for-att-na-de-globala-hallbarhetsmalen/>

Heimer, G.M., Björck, A. & Kunosson, C. (red.) (2014). *Våldsutsatta kvinnor: samhällets ansvar*. (3. uppl.) Lund: Studentlitteratur.

Higgins, D., Manhire, K., & Marshall, B. (2015). Prevalence of intimate partner violence disclosed during routine screening in a large general practice. *Journal of Primary Health Care*, 7(2), 102–108. <https://doi-org.ludwig.lub.lu.se/10.1071/hc15102>

Hälso- och sjukvårdslag (SFS 1982:763). Stockholm: Socialdepartementet.

Kirkevold, M. (2000). *Omvårdnadsteorier: analys och utvärdering*. (2., [omarb. och utvidgade] uppl.) Lund: Studentlitteratur.

Lee, F.-H., Yang, Y.-M., Huang, J.-J., Chang, S.-C., Wang, H.-H., & Hsieh, H.-F. (2015). Clinical Competencies of Emergency Nurses Toward Violence Against Women: A Delphi Study. *Journal of Continuing Education in Nursing*, 46(6), 272–278. <https://doi-org.ludwig.lub.lu.se/10.3928/00220124-20150518-03>

Leppäkoski, T., & Paavilainen, E. (2013). Interventions for women exposed to acute intimate partner violence: emergency professionals' perspective. *Journal of Clinical Nursing (John Wiley & Sons, Inc.)*, 22(15–16), 2273–2285. <https://doi-org.ludwig.lub.lu.se/10.1111/j.1365-2702.2012.04202.x>

Leppäkoski, T., Åstedt, K. P., & Paavilainen, E. (2010). Identification of women exposed to acute physical intimate partner violence in an emergency department setting in Finland T. Leppäkoski et al. Identification of exposure of women to acute physical violence. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 24(4), 638–647. <https://doi-org.ludwig.lub.lu.se/10.1111/j.1471-6712.2009.00754.x>

Lipsky S, & Caetano R. (2007). The role of race/ethnicity in the relationship between emergency department use and intimate partner violence: findings from the 2002 National Survey on Drug Use and Health. *American Journal of Public Health*, 97(12), 2246–2252. <https://doi-org.ludwig.lub.lu.se/10.2105/AJPH.2006.091116>

McGarry, J., & Nairn, S. (2015). An exploration of the perceptions of emergency department nursing staff towards the role of a domestic abuse nurse specialist: a qualitative study. *International Emergency Nursing*, 23(2), 65–70. <https://doi-org.ludwig.lub.lu.se/10.1016/j.ienj.2014.06.003>

Morgan JE. (2003). Knowledge and experience of domestic violence. *British Journal of Midwifery*, 11(12), 741–747. <https://doi-org.ludwig.lub.lu.se/10.12968/bjom.2003.11.12.11869>

Natan MB, & Rais I. (2010). Knowledge and attitudes of nurses regarding domestic violence and their effect on the identification of battered women. *Journal of Trauma Nursing*, 17(2), 112–117. <https://doi-org.ludwig.lub.lu.se/10.1097/JTN.0b013e3181e736db>

Nationellt Centrum för Kvinnofrid. (2010). *Att fråga om våldsutsatthet som en del av anamnesen*. Hämtad från <http://kunskapsbanken.nck.uu.se/nckkb/nck/publik/fil/visa/492/nck-rapport-att-fraga-om-valdsutsatthet-som-en-del-av-anamnesen-2010-4.pdf>

Nationellt centrum för kvinnofrid [NCK]. (2014) *VÅLD OCH HÄLSA - En befolkningsundersökning om kvinnors och mäns våldsutsatthet samt kopplingen till hälsa* (NCK-rapport 2014:1). Hämtad 2020-04-23 från: www.kunskapsbanken.nck.uu.se/nckkb/nck/publik/fil/visa/418/NCK-rapport_prevalens_Vald_och_halsa_www.pdf

Nationellt centrum för kvinnofrid [NCK]. (2016) *VÅLD MOT ÄLDRE KVINNOR En forsknings- och kunskapsöversikt* (NCK-rapport 2016:1). Hämtad 2020-04-28 från: <http://kunskapsbanken.nck.uu.se/nckkb/nck/publik/fil/visa/512/nck-rapport-vald-mot-aldre-kvinnor-2016-1.pdf>

Nationellt Centrum för Kvinnofrid. (u.åb). Tecken på våld. Hämtad 2020-12-18 från: <https://nck.uu.se/kunskapsbanken/webbstod-for-varden/valdets-effekter-pa-halsan/tecken-pa-vald/>

Nationellt Centrum för Kvinnofrid. (u.åa). Våldets uttryck och mekanismer. Hämtad 2020-04-18 från <https://www.nck.uu.se/kunskapsbanken/amnesguider/vald-i-nara-relationer/valdets-uttryck-och-mekanismer/>

Polit, D.F. & Beck, C.T. (2016[2017]). *Nursing research: generating and assessing evidence for nursing practice*. (10th ed.) Wolters Kluwer.

Ramsden C, & Bonner M. (2002). A realistic view of domestic violence screening in an emergency department. *Accident & Emergency Nursing*, 10(1), 31–39

Region Skåne (2018) *Våld i nära relationer - Regionalt vårdprogram*. Hämtad 2020-04-23 från vardgivare.skane.se/siteassets/1.-vardriktlinjer/regionala-vardprogram---fillistning/valdnara-relationer-vardprogram.pdf

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

Saberi, E., Eather, N., Pascoe, S., McFadzean, M.-L., Doran, F., & Hutchinson, M. (2017). Ready, willing and able? A survey of clinicians' perceptions about domestic violence screening in a regional hospital emergency department. *Australasian Emergency Nursing Journal*, 20(2), 82–86. <https://doi-org.ludwig.lub.lu.se/10.1016/j.aenj.2017.02.001>

Socialstyrelsen. (2019). *Plan för utökad samverkan för förbättrad upptäckt av våld i nära relationer* (Artikelnummer 2019-05-24). Hämtad från: www.socialstyrelsen.se/globalassets/sharepoint-dokument/artikelkatalog/ovrigt/2019-5-24.pdf

Socialstyrelsen. (2002). *“Tack för att ni frågar” - Screening om våld mot kvinnor*. (Artikelnummer 2002-124-7) Hämtad från http://kvinnofrid.nu/PDF/Referenslitteratur/Tack_for_att_ni_fragar.pdf

Socialstyrelsen. (2016). *Våld Handbok om socialtjänstens och hälso- och sjukvårdens arbete med våld i nära relationer* (Artikelnummer 2016-6-37). Hämtad 2020-04-23 från: www.socialstyrelsen.se/globalassets/sharepoint-dokument/artikelkatalog/handbocker/2016-6-37.pdf

Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd om våld i nära relationer (SOSFS 2014:4)
hämtad 2020-04-23 från: www.socialstyrelsen.se/regler-och-riktlinjer/foreskrifter-och-allmanna-rad/konsoliderade-foreskrifter/20144-om-vald-i-nara-relationer/

Spangaro, J., Koziol-McLain, J., Rutherford, A., & Zwi, A. B. (2020). "Made Me Feel Connected": A Qualitative Comparative Analysis of Intimate Partner Violence Routine Screening Pathways to Impact. *Violence Against Women*, 26(3/4), 334–358. <https://doi-org.ludwig.lub.lu.se/10.1177/1077801219830250>

Sprague, S., Goslings, J. C., Hogentoren, C., de Milliano, S., Simunovic, N., Madden, K., & Bhandari, M. (2014). Prevalence of intimate partner violence across medical and surgical health care settings: A systematic review. *Violence Against Women*, 20(1), 118–136. <https://doi.org/10.1177/1077801213520574>

Svensk sjuksköterskeförening. (2012). *ICN:s etiska kod för sjuksköterskor*. [Broschyr]. Hämtad från https://www.swenurse.se/globalassets/01-svensk-sjukskoterskeforening/publikationer-svensk-sjukskoterskeforening/etik-publikationer/sjukskoterskornas_etiska_kod_2017.pdf

Statens beredning för medicinsk och social utvärdering (2017). *Utvärdering av metoder i hälso- och sjukvården och insatser i socialtjänsten. En handbok [Internet]*. (3. rev. uppl.). Hämtad från <https://www.sbu.se/globalassets/ebm/metodbok/sbushandbok.pdf>

Stöckl, H., Devries, K., Rotstein, A., Abrahams, N., Campbell, J., Watts, C., & Moreno, C. G. (2013). The global prevalence of intimate partner homicide: a systematic review. *The Lancet*, 382(9895), 859–865. [https://doi-org.ludwig.lub.lu.se/10.1016/S0140-6736\(13\)61030-2](https://doi-org.ludwig.lub.lu.se/10.1016/S0140-6736(13)61030-2)

Svensk förening för obstetrik och gynekologi (2008). *Mödrahälsovård, Sexuell och Reproduktiv Hälsa*. (Rapport nr 76) <https://www.sfog.se/natupplaga/ARG76web4a328b70-0d76-474e-840e-31f70a89eae9.pdf>

Svensk sjuksköterskeförening. (2017). *Kompetensbeskrivning för legitimerad sjuksköterska*. [Broschyr]. Hämtad från

<https://www.swenurse.se/globalassets/01-svensk-sjukskoterskeforening/publikationer-svensk-sjukskoterskeforening/kompetensbeskrivningar-publikationer/kompetensbeskrivning-legitimerad-sjukskoterska-2017-for-webb.pdf>

Svensk sjuksköterskeförening. (2010). *Värdegrund för omvårdnad*. [Broschyr]. Hämtad från https://www.swenurse.se/globalassets/01-svensk-sjukskoterskeforening/publikationer-svensk-sjukskoterskeforening/etik-publikationer/vardegrund.for.omvardnad_reviderad_2016.pdf

Travelbee, J. (2014). *Mellemmenneskelige aspekter i sygepleje* (2. utg.). Munksgaard.

UN Women Sverige. (u.å). Kvinnokonventionen. Hämtad 2020-04-21 från <https://www.unwomen.se/kvinnokonventionen/>

UN Women. (u.å). Sweden. Hämtad 2020-04-26 <https://evaw-global-database.unwomen.org/en/countries/europe/sweden>

van der Wath, A., van Wyk, N., & Janse van Rensburg, E. (2013). Emergency nurses' experiences of caring for survivors of intimate partner violence. *Journal of Advanced Nursing* (John Wiley & Sons, Inc.), 69(10), 2242–2252. doi-org.ludwig.lub.lu.se/10.1111/jan.12099

Varcoe C. (2001). Abuse obscured: an ethnographic account of emergency nursing in relation to violence against women. *Canadian Journal of Nursing Research*, 32(4), 95–115.

Världshälsoorganisationen [WHO]. (2013). *Global and regional estimates of violence against women: prevalence and health effects of intimate partner violence and non-partner sexual violence*. Hämtad från apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/85239/9789241564625_eng.pdf;jsessionid=E957B921701900A07CFC3706CEE2D035?sequence=1a

Världshälsoorganisationen [WHO]. (1997). *Violence against women: a priority health issue*. [Internet] Hämtad från https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/63553/WHO_FRH_WHD_97.8.pdf

Världshälsoorganisationen [WHO]. (2017). Violence against women. Hämtad 2020-04-17 från

<https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/violence-against-women>

Walker, L. E. A. (2007). *The battered woman syndrome* (3. uppl.). ProQuest Ebook Central

National Library of Medicine. (u.å). *PubMed Overview*.

<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/about/>

Williams, J. R., Halstead, V., Salani, D., & Koermer, N. (2017). An exploration of screening protocols for intimate partner violence in healthcare facilities: a qualitative study. *Journal of Clinical Nursing (John Wiley & Sons, Inc.)*, 26(15–16), 2192–2201. <https://doi-org.ludwig.lub.lu.se/10.1111/jocn.13353>

World Medical Association [WMA]. (2018). *WMA Declaration of Helsinki - Ethical Principles for Medical Research Involving Human Subjects*. Hämtad 2020-04-28 från www.wma.net/policies-post/wma-declaration-of-helsinki-ethical-principles-for-medical-research-involving-human-subjects/

Yonaka L, Yoder MK, Darrow JB, & Sherck JP. (2007). Barriers to screening for domestic violence in the emergency department. *Journal of Continuing Education in Nursing*, 38(1), 37–45.

Bilaga 1. Matris till litteraturöversikt

<i>Författare</i>	<i>Land/år</i>	<i>Design</i>	<i>Population/inklusions- och exklusionskriterier</i>	<i>Urval/bortfall</i>	<i>Metod</i>	<i>Resultat</i>	<i>Gradering</i>
Cho Ok-Hee, Cha Kyeong-Sook & Yoo Yang-Sook	Sydkorea/ 2015	Kvanitativ design	137 sjuksköterskor anställda på akutmottagningar på 5 sjukhus baserade i Seol och Gyeonggi-do.	Bekvämlighetsurval Av 137- var det 131 svar som gick att använda En powerberäkning hade gjorts där 128 deltagare ansågs vara minimum.	Deskriptiv metod. Dataanalysen presenterades med frekvens, procent, medelvärde och standardavvikelser. Sjuksköterskornas medvetenhet, juridiska kunskap och attityder presenterades med frekvens och procent.	Anmälde inte pga ej tydliga skador eller bevis, kunskapsbrist, tidsbrist eller ansåg det vara en privat fråga. Över hälften visste ej var de skulle rapportera.	Låg risk för snedvridning av resultatet
June Mary Ellis	USA/ 1999	Kvantitativ design	40 sjuksköterskor anställda på ett stort "level 1 trauma center". Valde platsen och populationen pga det höga antalet och mångfalden av patienter	Strategiskt urval/ bekvämlighetsurval 101 enkäter skickades ut och totalt skickades 40 svar in. Ett externt bortfall på 61 potentiella deltagare.	Anonym enkätstudie Analyserades med hjälp av dataprogrammet The Statistical Program for the Social Sciences (SPSS) 7.5 version. Chi-square test användes för att analysera om det statistiskt signifikanta skillnader i demografin.	Barriärer: "Lack of privacy", "not enough time to ask", "not knowing how to ask" 57.5% av populationen med egna erfarenheter av våld i nära relationer 35 % av ovanstående population ansåg att slag ej utgjorde våld i nära relationer.	Låg risk för snedvridning av resultatet

Tuija Leppäkoski & Eija Paavilainen	Finland/2012	Kvantitativ design	488 sjuksköterskor, "practical nurses" och "emergency medical technicians" från 28 olika akutmottagningar i Finland deltog.	Bekvämlighetsurval Internt bortfall: 8st enkäter valdes bort pga ofullständiga svar	Deskriptiv tvärsnittsstudie Dataanalys gjordes med ett dataanalyssystem (SPSS, version 12.0) Icke-parametriska analyser med chi-square användes för att påvisa statistisk signifikans Studien utgör en del av en större studie.	45% har alltid, ofta eller ibland inte frågat om IPV om ej kvinnan tagit upp ämnet. Kunskap om ämnet resulterade i högre grad att sjuksköterskorna frågade om våld, och således kunde hjälpa till.	Låg risk för snedvridning av resultatet
-------------------------------------	--------------	--------------------	---	--	--	---	---

Tuija Leppäkoski, Päivi Åstedt-Kurki & Eija Paavilainen	Finland/2010	Mixed-method. Både kvantitativ och kvalitativ design	Enkät från 72 anställda sjuksköterskor, "practical nurses" och "emergency medical technicians" på 4 olika akutmottagningar Telefonintervjuer med 16 av dessa anställda pga har ej råd att intervjua alla 72	Bekvämlighetsurval	Sekventiell triangulering och simultan triangulering användes för att samla in datan	En tredjedel av deltagarna hade utbildning i ämnet En femtedel hade egen erfarenhet av våld i nära relationer Det identifierades olika tecken på hur våld kan uppmärksammas samt vilka problem som finns när våldet ska uppmärksammas.	Låg risk för snedvridning av resultatet
---	--------------	--	--	--------------------	--	--	---

Julie McGarry & Stuart Nairn	Storbritannien/ 2015	Kvalitativ design	15 sjuksköterskor och en undersköterska anställda på en akutmottagning i Storbritannien	Strategiskt urval	Semistrukturerade intervjuer. Teman framtagna med Analytic Hierarchy Model	3 teman: "Time constraints", "Education and training" och "Professional and personal support"	Hög
Ruthie Robinson	USA/ 2010	Fenomenologisk kvalitativ design	13 sjuksköterskor anställda på akutmottagning	Bekvämlighetsurval	Strukturerad intervju med öppna frågor. 7-stegsmetoden för dataanalys av Colaizzi	4 teman: "Myths, stereotypes and fears", "demeanor", "frustrations", and safety benefits	Hög
Lisa Yonaka, Marian K. Yoder, Janet B. Darrow & John P. Sherck	USA/ 2007	Kvantitativ design	33 sjuksköterskor anställda på akutmottagning ansvariga för att screena för våld i nära relationer	Bekvämlighetsurval	Administrerade en anonym enkät. Datan var analyserad enligt icke-parametriska dataanalysmetoder	Barriärer: "Language barriers", "personal or family history of abuse", "lack of training in how to deal with abuse", och "time constraints". Sjuksköterskor verkar screena utvalda patienter	Låg risk för snedvridning av resultatet