



LUNDS  
UNIVERSITET

# MEDICINSKA FAKULTETEN

## Sjuksköterskors erfarenheter av att ställa frågor om våld i nära relationer till kvinnliga patienter

Litteraturstudie

Författare: Julia Bodenhall & Anna Vu

Handledare: Gunilla Andersson

Kandidatuppsats, Litteraturstudie

Våren 2021

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

# Sjuksköterskors erfarenheter av att ställa frågor om våld i nära relationer till kvinnliga patienter

Litteraturstudie

## Nurse's experiences of asking female patients about intimate partner violence

A literature study

Författare: Julia Bodenhall & Anna Vu

Handledare: Gunilla Andersson

Kandidatuppsats, Litteraturstudie

Våren 2021

### Abstrakt

**Syfte:** beskriva sjuksköterskors erfarenheter av att fråga kvinnliga patienter om våld i nära relationer. **Bakgrund:** Våld i nära relationer är ett globalt problem för både samhället i stort och för jämställdheten. Våldet kan innebära psykiskt, fysiskt och sexuellt våld. Sjuksköterskans ansvar innefattas av att fråga om våldsutsatthet, trots detta undviker sjuksköterskor samtal om våld i nära relationer. **Metod:** En icke-systematisk litteraturstudie med 10 studier, av både kvantitativ och kvalitativ metodik. Sökningar gjordes i databaserna PubMed och CINAHL. **Resultat:** Tre huvudteman framkom av dataanalysen: *hinder, känslor och fördomar och egna erfarenheter i privatlivet*. Ytterligare, identifierades sex underkategorier: *brist på tid, brist på kunskap, närvaro av förövare, beteende hos våldsutsatta, hjälplöshet, frustration och andra känslor samt fördomar*. **Slutsats:** Det krävs ökad och återkommande utbildning för sjuksköterskestudenter och sjuksköterskor om att bemöta våldsutsatta kvinnor.

### Nyckelord

Våld i nära relationer, sjuksköterska, screening, våldsutsatta kvinnor

Lunds universitet

Medicinska fakulteten

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

Box 157, 221 00 LUND

# Innehållsförteckning

<b>Introduktion</b> .....	2
Problemområde .....	2
Bakgrund.....	3
Perspektiv och utgångspunkter.....	3
Våld i nära relationer.....	4
Sjuksköterskans <i>ansvar</i> .....	5
Sjuksköterskans roll.....	5
Lagar, föreskrifter och allmänna råd .....	6
Screening .....	6
Syfte.....	7
<b>Metod</b> .....	7
Urval.....	7
Datainsamling.....	11
Dataanalys .....	12
Forskningsetiska avvägningar .....	12
<b>Resultat</b> .....	13
Hinder.....	14
Brist på tid .....	14
Brist på kunskap .....	15
Närvaro av förövare.....	16
Beteende hos den våldsutsatta.....	16
Känslor och fördomar .....	17
Hjälplöshet, frustration och andra känslor .....	17
Fördomar.....	18
Egna erfarenheter.....	19
<b>Diskussion</b> .....	20
Diskussion av vald metod.....	20
Diskussion av framtaget resultat.....	21
Slutsats och kliniska implikationer .....	24
Författarnas arbetsfördelning.....	25
Referenser.....	26
<b>Bilaga 1 (3) Artikelmatris</b> .....	32
<b>Bilaga 2 (3) SBU:s granskningsmall</b> .....	43
<b>Bilaga 3 (3) JBI:s granskningsmall</b> .....	47

# Introduktion

## Problemområde

Både män och kvinnor drabbas av våld, men våldet visar sig på olika sätt (Socialstyrelsen, 2016). Hos kvinnor är det mer förekommande med våld i nära relationer som ter sig mer grovt och upprepat av en nuvarande eller före detta partner. Misshandel mot kvinnor utgjorde totalt 79 procent av anmälda misshandelsbrott år 2019 (Brottsförebyggande rådet, 2020). I 31 procent av fallen var gärningsmannen en partner till kvinnan. Omkring 30 procent av kvinnorna som har varit med om våld av en nuvarande eller före detta partner under år 2012, angav att de hade eller borde ha besökt en sjuksköterska, läkare eller tandläkare (Frenzel, 2014).

Våld i nära relation är ett globalt problem för samhällen i stort och för jämställdheten och kan innebära psykiskt, sexuellt eller fysiskt våld i form av bland annat: systematiskt kontroll, kränkningar, hot och isolering (Örmon, 2019). World Health Organization (WHO, 2017) lyfter fram att våld mot kvinnor är ett folkhälsoproblem som begränsar kvinnors rättigheter. Våld i nära relationer är det vanligast förekommande våldet och ungefär 30 procent av kvinnor i världen uppger att de har varit utsatt för fysisk eller sexuellt våld av en partner. Samtidigt begås globalt sett 38 procent av morderna på kvinnor av en manlig partner (WHO, 2017).

Kunskap kring våld mot kvinnor och dess konsekvenser är av stor betydelse för att yrkesgrupper som möter kvinnor, utsatta för våld i nära relationer, ska kunna bemöta den våldsutsatta kvinnan på ett bra sätt (Nationellt centrum för kvinnofrid [NCK], u.å.). Socialstyrelsen (2016) påpekar vikten av att hälso- och sjukvårdspersonal får utbildning och fortbildning inom området. En anledning till att sjuksköterskor och annan personal undviker att ställa frågor kring våld i nära relationer är på grund av att de anser sin kunskap vara bristande. Nationellt centrum för kvinnofrid (2010) framhåller att sjukvårdspersonal behöver ha kunskap om våldets utsträckning i samhället och konsekvenser för individens hälsa. Vårdpersonalen kan även bearbeta och förändra de egna attityderna och beteenden genom en ökad självinsikt. Till följd av ökad kunskap och självinsikt kan våldsutsatta kvinnor få hjälp och våga berätta samt känna tillit till vårdpersonalen. Kunskapen handlar även om rutinerna och metoder kring den fortsatta vård och behandlingen samt om samarbetet med andra myndigheter och organisationer (Nationellt Centrum för Kvinnofrid [NCK], 2010).

## Bakgrund

### *Perspektiv och utgångspunkter*

Eriksson (2014) påtalar att vårdandet och vårdprocessen bygger på vårdrelationen mellan patient och sjuksköterska. Ett utrymme skapas i relationen, som bidrar till att patienten växer och kan ge uttryck för begär, behov och problem som finns. Samtidigt baseras vårdrelationen på ömsesidighet som inte ska forceras av sjuksköterska. Vårdrelationen är en professionell relation där kunskap utgör grunden. Kontinuitet är vidare en betydelsefull del i detta och sjuksköterskans ansvar är att skapa en djup och trygg relation med patienten för att uppnå en vårdande vårdprocess.

Vårdprocessen består av tre olika faser: patientanalys, prioritering och vårdhandling. Inom dessa faser är vårdrelationen den centrala delen (Eriksson, 2014). Enligt Eriksson (2014) innebär patientanalysen en datainsamling och dataanalys av patientens hela situation. Både patient, sjuksköterska och miljö bidrar till att skapa data. Sjuksköterskan kan bland annat få fram data genom intervjuer eller observationer. Patienten kan framkalla data genom samtal eller självobservation. Vidare beskriver Eriksson (2014) att prioriteringen handlar om att bestämma vårdens inriktning, nivå och de områden som patient och sjuksköterskan ska arbeta inom. Samtidigt grundas prioriteringen på data från patientanalysen. Vårdhandling är det tredje steget i vårdprocessen som innefattas av att välja åtgärder och utföra omvårdnad.

Svensk sjuksköterskeförening (2016) framhäver att när sjuksköterskan visar öppenhet, engagemang, förtroende och pålitlighet, kan patienten uppleva mer tillit i vårdrelationen. Omvårdnad ska ske med ett gott bemötande och patienten kan exempelvis ha behov av stöd, guidning och hjälp.

För att kunna bygga upp en vårdrelation krävs det att sjuksköterskan, förutom att engagera sig patienten och har förmågan att skapa en sådan relation, har en vilja att gå patienten till mötes i patientens dilemma (Nyström, 2014). Kommunikation är av vikt för att en relation ska kunna uppstå. Utan ett samtal är det svårt för patienten att känna tillit till sjuksköterskan och för sjuksköterskan att få en förståelse för patienten. Genom att patienten känner att sjuksköterskan har en vilja att stödja patienten kan en relation skapas där ämnen som annars är svåra att ta upp blir tillåtna att prata om (Nyström, 2014).

I vårdrelationen behövs därmed tillit, kunskap och kommunikation för att kunna ställa frågor om våld i nära relationer och för att patienten ska våga svara på frågorna och berätta. Tillit mellan sjuksköterska och patient kan inte skapas om inte sjuksköterskan vågar och är villig att möta problemet som patienten har.

### *Våld i nära relationer*

Socialstyrelsen (2016) använder begreppet våld eller andra övergrepp men tillämpar våld som en förkortning. Detta innebär återkommande och systematisk misshandel eller övergrepp som faller under brottsbalken. Utsatthet som inte klassas som brott omfattas även av begreppen, exempelvis emotionell utpressning, isolering från sociala sammanhang, verbala kränkningar och ekonomiskt utnyttjande (Socialstyrelsen, 2016).

Inom begreppet närstående faller alla individer som personen anses ha en nära relation med vilket kan vara en partner, familjemedlem eller vän (Socialstyrelsen, 2016). Begreppet är inte könsdefinierat utan syftar till alla olika könsidentiteter. Däremot är det vanligare att en partner eller tidigare partner utsätter kvinnor för våld i nära relationer än att män blir utsatta. Våldet kan uttryckas på olika sätt, exempelvis som psykiskt våld, fysiskt våld och sexuellt våld. En kombination av övergrepp är inte ovanligt. Andra exempel är ekonomisk kontroll och funktionshinderrelaterat våld. Med olika typer av våld kommer också olika konsekvenser (Socialstyrelsen, 2016).

År 2014 gjorde Nationellt centrum för kvinnofrid en befolkningsundersökning med fokus på våld och hälsa. Vanliga konsekvenser av våld i nära relationer var bland annat: posttraumatiskt stressyndrom, depression och riskbruk av alkohol. Andra vanliga symtom till följd av våldet var smärta i axlar eller nacke, huvudvärk, yrsel och tarmbesvär (Nationellt centrum för kvinnofrid [NCK], 2014). Enligt Socialstyrelsen (2016) är det fyra gånger så vanligt att kvinnor avlider till följd av våld i nära relation, där förövaren är en partner eller tidigare partner, i jämförelse med män.

## ***Sjuksköterskans ansvar***

### *Sjuksköterskans roll*

Prosman et al. (2014) beskriver barriärer utsatta kvinnor upplever som hindrar dem från att söka hjälp och vård från hälso- och sjukvården. Förnekande av våld i nära relationer, bristande medvetenhet om konsekvenser av våld i nära relationer, negativa erfarenheter med professionellt stöd, rädsla för deras partner samt hämmande tankar som att det är ett problem som kvinnan själv kan lösa eller att våldet inte är tillräckligt grovt för att stöd ska vara nödvändigt (Prosman et al., 2014).

Rose et al. (2011) redogör för en kunskapsbrist hos sjuksköterskor angående symtom och tecken som patienter möjligen uppvisar i samband med våld samtidigt som sjuksköterskorna var osäkra på hur stöd skulle ges om en patient uppger utsatthet i en nära relation. Sjuksköterskorna i studien upplevde att den bristande kunskapen var till följd av obekvämheter kring våld i nära relationer, en bristande självsäkerhet angående att lyfta fram ämnet i samtal och en allmän uppfattning om att våldsutsatthet är ett komplext ämne. Därmed undviker sjuksköterskor i samtalet att prata om patientens erfarenheter av våld i nära relationer (Rose et al., 2011).

Svensk sjuksköterskeförening (2014) framhåller från ICN:s etiska kod för sjuksköterskor att sjuksköterskans huvudsakliga ansvar, beskrivs vara att främja hälsa, förebygga sjukdom, återställa hälsa och minska lidande. Ytterligare, ska sjuksköterskan på ett respektfullt sätt ge omvårdnad. Det innebär respekt för mänskliga rättigheter, värdighet och vid bemötande av individer.

Vidare lyfts det fram att "sjuksköterskan delar ansvar med samhället för att initiera och främja insatser som tillgodoser allmänhetens, och i synnerhet sårbara befolkningsgrupper, hälsa och sociala behov" (Svensk sjuksköterskeförening, 2014, s. 4). Samtidigt betonas att "sjuksköterskan uppvisar professionella värden såsom respektfullhet, lyhördhet, medkänsla, trovärdighet och integritet" (Svensk sjuksköterskeförening, 2014, s. 4).

Enligt svensk sjuksköterskeförening (2017) innefattar sjuksköterskans arbete dels att bedöma patientens subjektiva och objektiva hälsotillstånd samt omvårdnadsbehov. Vidare planera, sätta upp mål och utföra omvårdnadsåtgärder för att sedan göra en utvärdering av patientens hälsa och dokumentera detta i journalen (Svensk sjuksköterskeförening, 2017).

Vid misstanke att en patient är utsatt för våld eller övergrepp av närstående utifrån deras symtom som kan uppvisas, ska personen bli tillfrågad om detta enskilt i ett rum av vårdpersonalen (Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd om våld i nära relationer, 2014).

Om fortsatt misstanke finns, ska vårdpersonalen:

1. Ta reda på ifall familjen även består av barn
2. Om barn ingår i familjen - anmäla till socialtjänsten enligt 14 kap. 1 § socialtjänstlagen (2001:453)
3. Information om att vård och stöd finns från sjukvård, socialtjänst och frivilligorganisationer
4. Ta hänsyn till patientens psykiska och fysiska behov av vård

### *Lagar, föreskrifter och allmänna råd*

Hälso- och sjukvårdslagen (HSL, 2017), kap. 3, § 1 anger att hälso- och sjukvården har målet att åstadkomma en god hälsa och vård på lika villkor för alla individer vilket ska ske med respekt för värdigheten. De personer som har störst behov av vård, ska prioriteras i första hand (Hälso- och sjukvårdslag [HSL], 2017).

### *Screening*

Berglund och Witkowski (2019) anger att begreppet screening används när vårdpersonalen ställer frågor om våldsutsatthet på rutin och kan anses vara de medicinska undersökningar som görs för att diagnostisera sjukdomar, även om personen är symptomfri. Frågan om våldsutsatthet som en del i anamnesen kan ge en helhetsbild av patientens tillstånd och situation (Berglund & Witkowski, 2019).

Enligt Socialstyrelsen (2002) syftar screeningen vid våld mot kvinnor på identifiering av utsatthet och att ge stöd samt hjälp. Samtidigt bidrar utbildning om screening till att vårdpersonalen får ökade kunskaper om våldsutsatthet, vågar samtala om detta och kan uppmärksamma tecken. Genom att fråga kvinnorna om våldsutsatthet, bekräftar hälso- och sjukvården att våld i nära relationer är något som förekommer i samhället men inte är något



som ska tillåtas. Frågorna kan underlätta för kvinnorna att söka hjälp samtidigt som screening underlättar för sjuksköterskor att möta utsatta kvinnor (Socialstyrelsen, 2002).

## **Syfte**

Syftet med studien är att beskriva sjuksköterskors erfarenheter av att fråga kvinnliga patienter om våld i nära relationer.

## **Metod**

En icke-systematiskt litteraturstudie, innehållande 10 studier, utfördes för att besvara uppsatsens syfte. Kristensson (2014) anger att en icke-systematisk litteraturstudie inte uppnår kriterierna för en systematisk litteraturstudie men kan fortfarande bidra till betydelsefull kunskap. Polit och Beck (2018) beskriver att en litteraturstudie sammanställer resultatet av studier inom ett ämne. Litteraturstudier kan fungera som underlag för nya studier och bidra till att resultatet blir enklare att tolka för forskare (Polit & Beck, 2018). Studierna som inkluderades i resultatet analyserades med en integrerad analys. En integrerad analys innebär att resultatet som ska ingå i en litteraturstudie ställs samman vilket ger en översiktlig bild av den insamlade datan (Kristensson, 2014).

## **Urval**

Litteraturstudien bestod av sju kvalitativa vetenskapliga studier, två kvantitativa vetenskapliga studier och en studie med både kvalitativ och kvantitativ metod publicerade mellan 2010 och 2021. Urvalet bestod av studier som har kvinnliga deltagare mellan åldrarna 18 och 65 år. Studierna som inkluderades ska utgå från sjuksköterskors perspektiv. Studier som exkluderades i litteraturstudien var artiklar som inte var skrivna på engelska och som inte var peer reviewed. Inga länder exkluderades.

Sökningar genomfördes i databaserna PubMed och CINAHL. I PubMed användes MESH-termerna: domestic violence, intimate partner violence, battered women och nurses. Sökord som användes i fritext var nurse's role, nursing, screening, recognition, identification och barriers (se tabell 1). I CINAHL användes sökorden i subheadings-termerna domestic violence, intimate partner violence, battered women och nurses (se tabell 2). Sökord som användes i fritext var nurse's role, nursing, screening, recognition, identification och barriers. Sökorden kombinerades i båda sökbaser med booleska operatorer som OR och AND.

Tabell 1: Sökschema över sökningar i PubMed

Databas: PubMed Datum: 09-04-2021	Sökord	Antal träffar	Lästa abstrakt	Lästa i fulltext	Granskade	Inkluderade i resultatet
#1	"Domestic violence+" (MESH)	45 269				
#2	"Intimate partner violence" (MESH)	10 108				
#3	"Battered women" (MESH)	2 662				
#4	#1 OR #2 OR #3	48 269				
#5	"Nurse's role"	28 282				
#6	"Nurses+" (MESH)	236 477				
#7	"Nursing"	750 220				

#8	#5 OR #6 OR #7	804 785				
#9	"Screening"	26 202				
#10	"Recognition"	45 154				
#11	"Identification"	68 718				
#12	"Barriers"	152 836				
#13	#9 OR #10 OR #11 OR #12	792 186				
#14	#4 AND #8 AND #13	675				
#15	#4 AND #8 AND #13 (2010- 2021, english, female)	298	298	16	3	3

Filter: Publication year 2010-2021, English, Female

Tabell 2: Sökschema över sökningar i CINAHL

<b>Databas:</b> Cinahl <b>Datum:</b> 09-04-2021	<b>Sökord</b>	<b>Antal träffar</b>	<b>Lästa abstrakt</b>	<b>Lästa i fulltext</b>	<b>Granskade</b>	<b>Inkluderade i resultatet</b>
#1	(MH "Domestic Violence+")	42 934				
#2	(MH "Intimate Partner Violence")	10 617				
#3	(MH "Battered Women")	3932				
#4	#1 OR #2 OR #3	43 561				
#5	"Nurse's role"	28 285				
#6	(MH "Nurses+")	236 487				
#7	"Nursing"	750 260				
#8	#5 OR #6 OR #7	838 998				
#9	"Screening"	178 909				
#10	"Recognition"	67 570				
#11	"Identification"	93 813				

#12	"Barriers"	77 483				
#13	#9 OR #10 OR #11 OR #12	394 498				
#14	#4 AND #8 AND #13	747				
#15	#4 AND #8 AND #13 (2010- 2021, english, female)	164	164	17	7	7

Limits: Academic journals, Publication year 2010-2021, English, Female

## Datainsamling

Urvalet till litteraturstudien skedde stegvis enligt Kristenssons (2014) beskrivning av datainsamling. Först utfördes en sökning med de sökord som tagits fram. Därefter lästes abstrakt på alla artiklar med relevant titel igenom, för att eliminera artiklar som saknade relevans till litteraturstudiens syfte. De kvarvarande artiklarna lästes igenom i fulltext och återigen exkluderades de artiklar som saknade relevans för denna studie. Slutligen genomfördes en granskning av de artiklar som var av betydelse med hjälp av utvalda granskningsmallar där kvaliteten bedömdes. Kvalitetsgranskning ger en förståelse för vad en artikel handlar om och huruvida den är lämplig för syftet och är av bra kvalitet (Friberg 2017).

Artiklar med kvalitativ metodik, som inkluderades i uppsatsen, granskades enligt SBU:s granskningsmall för bedömning av studier med kvalitativ metodik (SBU, 2020). I SBU:s granskningsmall besvarades frågorna med ja, nej eller oklart (se bilaga 2). I kandidatuppsatsen bedömdes studier, där 70-100 procent av frågorna besvaras med ett ja, vara av en hög kvalitet och därmed inkluderas i uppsatsen. Studier med en kvantitativ metodik, granskades enligt The Joanna Briggs Institutes (2017) checklista för tvärsnittsstudier. Checklistan innehåller 8 granskningsfrågor med fyra svarsalternativ: ja, nej, oklart och icke applicerbart (se bilaga 3).

Artiklar där 70-100 procent av frågorna kunde besvaras med ett jakande svar, ansågs vara av hög kvalitet.

## **Dataanalys**

Dataanalysen skedde enligt Fribergs (2017) analysmetod. Först lästes studierna igenom enskilt av båda författarna flera gånger för att få en förståelse av studiernas innehåll och helhet. Därefter dokumenterades detta, gemensamt av författarna, i en artikelmatris (se bilaga 1) för att skapa en struktur i analysen. Likheter och skillnader mellan studierna identifierades individuellt av författarna för att sedan diskuteras mellan författarna. Materialet sorterades sedan in under olika rubriker vilket i sin tur skapade teman och kategorier.

Priebe och Landström (2012) nämner att medvetenhet kring författarens påverkan på en studie finns inom omvårdnadsvetenskapen. Två väsentliga begrepp är förståelse och reflexivitet, där förståelse handlar om erfarenheter och värderingar som författaren har utanför studier och akademiska erfarenheter. Ett reflexivt förhållningssätt bidrar till att studiens pålitlighet, som innefattar validitet, reliabilitet och objektivitet, ökar. Olika sätt som detta kan ske genom är reflektioner kring betydelsen av den egna förförståelsen. Annat exempel kan även vara att beskriva den egna förförståelsen och därmed ge möjlighet för andra att analysera (Priebe & Landström, 2012).

Författarnas tidigare erfarenheter inom ämnet är tidigare verksamhetsförlagd utbildning både inom primärvården och inom slutenvården. Ingen av författarna har varit med om att sjukvårdspersonal har ställt frågor kring våld i nära relationer i något av sammanhangen.

## **Forskningsetiska avvägningar**

Kristensson (2014) anger att forskningsetik innebär att ansvara för och respektfullt behandla deltagarna. Ansvaret inkluderar förutom att bevara deltagarnas välbefinnande, även att på ett respektfullt sätt hantera insamlad data. Enligt Sandman och Kjellström (2018) är

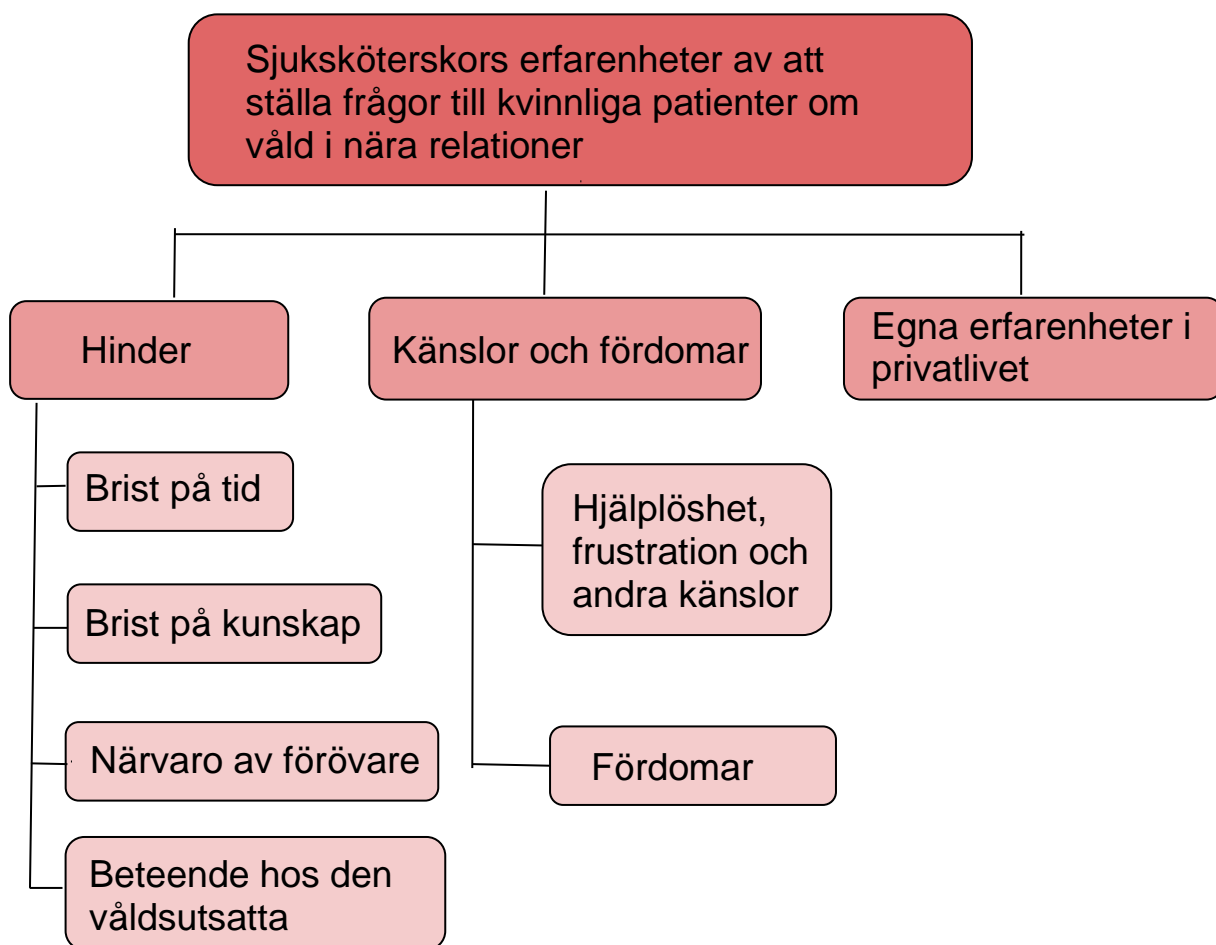
forskningsetiken betydande att ta hänsyn till eftersom detta värnar om personers grundläggande värden och rättigheter. Vidare finns det fyra forskningsetiska principer: autonomiprincipen, inte skada-principen, nyttoprincipen och rättvisepincipen (Kristensson, 2014). Autonomiprincipen handlar om att respektera personens självbestämmande i studier. Deltagandet ska vara ett frivilligt beslut och efter att information har förmedlats, kan informerat samtycke ges. Vidare innebär inte skada-principen genomförandet av studien ska ske säkert och med låg risk för skada bland annat avseende den miljön och metoder som används. Nyttoprincipen handlar istället om att undersökningen ska motiveras och dess nytta ska noga reflekteras över avseende risken för skador eller obehag. Rättvisepincipen betonas vara att studiedeltagarna behandlas rättvist och på lika villkor (Kristensson, 2014).

Studier som saknar ett etiskt resonemang exkluderades. I etiska resonemang inkluderas bland annat tidigare etisk granskning av en etisk kommitté, ett informerat samtycke mellan studiens författare och deltagare samt sekretess och hantering av insamlad data där konfidentialitet beaktades. Studier som berörde en eller flera av ovanstående punkter inkluderades.

## Resultat

Flertalet av dem inkluderade studierna hade som syfte att undersöka hinder och förekomst av screening relaterat till våld i nära relationer. En del studier syftade även till att utforska sjuksköterskors kunskap och attityd kring det egna professionella ansvaret samt om våldsutsatta kvinnorna.

Utifrån de tio valda artiklarna har tre huvudteman identifierades (se figur 1). Det första temat är *hinder* som omfattar de hinder som sjuksköterskor upplever relaterat till att ställa frågor och screena kvinnliga patienter för våld i nära relationer. Temat i sin tur består av underkategorierna *brist på tid, brist på kunskap, närvaro av förövare* och *beteende hos den våldsutsatta*. Det andra temat är *känslor och fördomar* kring screening och de våldsutsatta kvinnorna. Temat består av underkategorierna *hjälplöshet, frustration och andra känslor* samt *fördomar*. Det tredje temat är betydelsen av *sjuksköterskors egna erfarenheter i privatlivet* i samband med mötet av kvinnor utsatta av våld i nära relationer och screening.



**Figur 1:** översiktlig bild över sjuksköterskors erfarenheter, i studiernas resultat, av att ställa frågor till kvinnliga patienter om våld i nära relationer.

## Hinder

### *Brist på tid*

Ett återkommande hinder som sjuksköterskor upplever och som belyses i flertalet av studierna är brist på tid. Visentin et al. (2015) lyfter fram att tidsbrist var en begränsning vid hanterande av våldsutsatthet hos kvinnor. En hög arbetsbelastning, stressig arbetsmiljö och att våldsutsatthet är ett tidskrävande problem att hantera, ansågs av sjuksköterskorna medföra till tidsbrist (Beynon et al., 2012). Den bristande tiden leder till att adekvata åtgärder för våldsutsatta kvinnor inte vidtas vid akuta problem (Efe & Taşkın, 2012). Samtal med dessa kvinnor prioriterades inte eftersom sjuksköterskorna upplevde att de inte hade möjlighet att



vara närvarande och lyssna till kvinnornas berättelse (Leppäkoski et al., 2010). Sjuksköterskorna gav därmed inte sig möjlighet att sätta sig in i kvinnornas situationer. På samma sätt ansåg sjuksköterskor i Sundborg et al. (2015) studie att deras tid inte räckte till på grund av en hög arbetsbelastning, vilket gjorde det svårt att fråga om våld i nära relationer. Istället överlämnade sjuksköterskorna oftast ansvaret av att fråga kvinnor där det fanns misstanke om våldsutsatthet, till andra professioner, i tron om att kvinnorna snarare kunde få sina behov tillgodosedda av dem (Sundborg et al., 2015).

Till motsats av tidigare nämnda studier, visar resultatet i DeBoer et al. (2013) studie att 60 procent av de deltagande sjuksköterskorna höll med om att deras arbetsplats gav dem den möjlighet de behövde för att kunna screena för våld i nära relationer. Likaså ansåg 81,3 procent att de hade tillräckligt mycket tid för att screena patienter för våld i nära relationer.

### *Brist på kunskap*

Ett annat hinder enligt sjuksköterskor i Al-Natour et al. (2016) studie avseende screening, var bristande kunskap om våld i nära relationer och metoder för screening. Detta handlade exempelvis om otillräckligt med träning och kunskap om protokoll och andra hjälpinsatser kring våld i nära relationer. Sjuksköterskorna uppgav även att de hade brist på kunskaper gällande deras professionella roll och riktlinjer vid våld i nära relationer (Al-Natour et al., 2016). Vidare, nämnde 76,6 procent av sjuksköterskorna i studien av Efe och Taşkın (2012) att ingen träning kring våld i nära relationer har förekommit under sjuksköterskeutbildningen.

En del sjuksköterskor uttryckte att standardiserade frågor kring våld i nära relationer var sällan förekommande på deras akutmottagning och en del var omedvetna om att det fanns någon typ av standardisering gällande screening av våld i nära relationer (Dawson et al., 2019). Majoriteten av deltagarna var omedvetna om policy, riktlinjer och direktiv gällande våld i nära relationer, detta trots att det fanns att tillgå på en webbsida som samtliga deltagare hade tillgång till. Deltagarna uttrycker att det vanligaste sättet för sjukvårdspersonal att hantera våld i nära relationer är att direkt hänvisa till en socialarbetare efter att den våldsutsatta berättat att hon utsätts för våld i en nära relation. På motsvarande sätt ansåg 40 procent av de deltagande sjuksköterskorna att omhändertagande av våldsutsatta offer var psykiatriker och socialarbeters ansvar och inte sjuksköterskans (Efe & Taşkın, 2012). Beynon et al. (2012) framför i sin studie att 20,9 procent av sjuksköterskorna upplevde att de saknade träning och kunskap inom

området. Detta ledde till en rädsla i att bemöta våldsutsatta kvinnor av rädsla för att förolämpa dem, inte veta när och hur frågor ska ställas och hur svaret ska hanteras och vad som ska ske därefter. Däremot visar DeBoer et al. (2013) på att 55,5 procent av sjuksköterskorna i studien höll med om att de hade blivit tillräckligt tränade i att identifiera tecken och symtom på våld i nära relationer. Trots tillräcklig träning tyckte 56,1 procent att det var svårt att identifiera patienter som utsätts för våld.

### *Närvaro av förövare*

Ett hinder för att ställa frågor till utsatta kvinnor är att förövaren följer med och är närvarande vid hälsobesöket (Leppäkoski et al., 2010). Sjukvårdspersonalen har en viktig roll när det kommer till att den utsatta kvinnan möter sjukvården på ett säkert sätt, vilket innebär att förövaren inte befinner sig tillsammans med kvinnan under besöket (Dawson et al., 2019). Deltagarna uppgav att det finns olika strategier för att få tillfälle att i enrum kommunicera med den utsatta kvinnan, som att erbjuda att hon får komma tillbaka om hon vid ett senare tillfälle behöver stöd eller hjälp. Exempel på detta var när förövaren är på sitt arbete eller barnen är i skolan vilket ger sjuksköterskan en möjlighet att samtala med kvinnan i enrum. Även Beynon et al. (2012) visar att sjuksköterskor upplever närvaro av förövare som ett hinder till screening. Detta medförde att det var svårt och utmanande att samtala med kvinnan i enrum, vilket var något som upplevdes inte endast på sjukhus utan även vid hembesök, akutmottagning, mödravårdscentralen och vid födsel av barn.

### *Beteende hos den våldsutsatta*

Beynon et al. (2012) beskriver ett annat hinder som sjuksköterskor upplever inför att fråga om våld i nära relationer var våldsutsatta kvinnors beteende. Deltagare uttryckte att de inte kunde förstå hur utsatta kvinnor fortfarande kunde älska sina förövare och stanna kvar i förhållandet om det fanns barn med i bilden. Sjuksköterskorna upplevde att kvinnorna ofta skyddade förövaren och inte tog emot den hjälp som erbjöds. På samma sätt talade en del kvinnor inte om utsattheten och vägrade göra något åt situationen. Sjuksköterskor uttryckte även att de enligt lag måste göra en anmälan om barn riskerar att fara illa, vilket kan leda till att de utsatta kvinnorna inte vågar berätta om våldet. Det finns även en risk att sjuksköterskor blir rädda för hur den våldsutsatta kvinnan kommer att reagera om det måste ske en anmälan och därmed undviker en del sjuksköterskor att ställa frågor kring våld i nära relationer (Beynon et al., 2012). I en av studierna genomförd i Jordanien, framkommer det att kulturen i landet försvårar för

manliga sjuksköterskor att screena kvinnliga offer eftersom det uppfattas som olämpligt (Al-Natour et al., 2016). Sjuksköterskor uttryckte ytterligare att det fanns en skillnad mellan vilken profession kvinnorna kände sig tryggast i att berätta om sin utsatthet för våld. En del kvinnor föredrog att berätta för en sjuksköterska medan andra föredrog en läkare (Dawson et al., 2019). Beteende hos kvinnor utsatta för våld i nära relationer, kunde även visa sig som symptom av autismspektrumtillstånd till följd av en akut trauma på grund av våldsutsatthet. Deltagarna beskriver att kvinnor ofta inte vill prata kring våldet som de utsätts för av den anledningen eller inte kan förklara sina skador (Leppäkoski et al., 2010)

## **Känslor och fördomar**

### *Hjälplöshet, frustration och andra känslor*

Al-Natour et al. (2016) belyser i sin studie att sjuksköterskor upplevde glädje och tillfredsställelse efter att ha screenat för våld i nära relationer. Sjuksköterskorna kände motivation för att screena när de tänkte på att även deras närstående skulle kunna vara utsatta för våld i nära relationer. Däremot, när sjuksköterskorna inte screenade, uppkom känslor av bland annat hjälplöshet, förtvivlan, skyldighet och depression (Al-Natour et al., 2016). Sjuksköterskor uttryckte att de kände hjälplöshet av att samma utsatta kvinnor regelbundet återkom till akutmottagningen (Leppäkoski et al., 2010). Detta förekom även i situationer där kvinnor hade en historia med våld i nära relationer men inte gjorde något åt situationen, särskilt när det var barn inblandade.

Sjuksköterskor upplevde även frustration om kvinnorna återgick till en våldsam relation och att våldsutsatthet inte är möjligt att åtgärda under besök på akutmottagningen (Robinson, 2010). Känslor av frustration påverkade sjuksköterskornas screening för våld i nära relationer, och kunde medföra till att ingen screening genomfördes.

Utöver de tidigare nämnda upplevelserna, uttrycker sjuksköterskor i Dawson et al. (2019) studie att det i en del situationer är svårt att kontrollera och hantera sina egna känslor och värderingar relaterat till de utsatta kvinnorna och deras förövare. Däremot uppgav 76,7 procent av sjuksköterskorna i studie, genomförd av DeBoer et al. (2013), sig vara bekväma i att fråga och screena för våld i nära relationer.

Vidare, beskriver sjuksköterskorna att de upplevde en rädsla av att lyssna på de våldsutsatta kvinnornas historia eftersom detta innebar en risk för att de själva skulle reagera känslösamt (Sundborg et al., 2015). Rädslan gjorde att sjuksköterskorna försökte skydda sig själva och därmed inte frågade om våldsutsatthet. Sjuksköterskorna kände även en rädsla för att själva bli inblandade och skuldbelade därför offren (Robinson, 2010).

### *Fördomar*

Sjuksköterskorna i studie, ansåg att kvinnor beroende på kulturell bakgrund samt ålder, hade olika syn på våld i nära relationer. Kvinnor med en viss kulturell bakgrund antogs se våld som normalt och ett sätt att uppfostra kvinnan. På samma sätt ansåg sjuksköterskorna att äldre kvinnor, på grund av sin uppväxt, inte såg våld som något ovanligt. Vidare, antogs kvinnor med alkoholmissbruk inte se våld i nära relationer som ett allvarligt problem. Dessa antagande tillsammans med sjuksköterskornas uppfattning om att kvinnor som blev tillfrågade om våld i nära relationer skulle känna sig generad eller förlägen, resulterade i att sjuksköterskorna undvek att fråga om våldsutsatthet (Sundborgs et al., 2015).

Andra fördomar som belystes av Robinson (2010) var: att våldsutsatta kvinnor inte lyssnade till och följde de råd som sjuksköterskor gav, att våld i nära relationer inte är ett hälsoproblem utan ett socialt problem och uppfattningen om att våldsutsatta kvinnor inte talar sanning. Precis som tidigare nämnt beskrev sjuksköterskorna att de trodde att utsatta kvinnor skulle bli obekväma och förlägna om frågan om våld i nära relationer skulle lyftas fram.

Majoriteten av sjuksköterskorna höll inte med om att kvinnor i övre samhällsklassen inte blir utsatta för våld i nära relationer (DeBoer et al., 2013). Däremot ansåg sjuksköterskorna att de personer med högst risk för att bli utsatt för våld i nära relationer var kvinnor som levde i fattigdom, kvinnor med missbruk samt gravida kvinnor. Därefter ansågs barn från ett tidigare förhållande och tillhörighet till ett minoritetsfolk utgöra en stor risk för våld i nära relationer. Utöver det, ansåg 92 procent av sjuksköterskorna deltagande i studien att kvinnor bör bli screenade för våld i nära relationer vid andra tillfällen än endast vid kontakt med vården till följd av en fysisk skada. 95 procent ansåg även att det är rätt att bli involverad om en kvinna utsätts för våld, 90,4 procent ansåg att screening för våld i nära relationer är viktigt för deras

profession och yrkesutövning och 93,2 procent trodde inte att de genom screening för våld i nära relationer skulle skada patientens förtroende för sjuksköterskan (DeBoer et al., 2013)

Deltagarna ansåg inte att våld är något som utsatta kvinnor själva har ansvaret över och de höll inte heller med om att det existerar våld i varje normal familj och förhållande (DeBoer et al., 2013). Däremot, höll 72 procent av de jordanska sjuksköterskorna i Al-Natour et al. (2014) studie, med om våld i nära relationer beror på offrens personligheter och 52,4 procent av deltagarna höll med om att vara offer för våld i nära relation, är ett eget beslut.

### **Egna erfarenheter**

En del deltagare hade egna personliga erfarenheter av våld i nära relationer i deras privatliv och uttryckte att de vid tillfällen blivit särskilt påverkade av kvinnornas situationer (Dawson et al., 2019). Samtidigt beskrev deltagarna att de egna personliga erfarenheter av våld i nära relationer gjorde det enklare för dem att arbeta med våldsutsatta kvinnor, medan de som inte hade erfarenhet av våld i nära relationer tog hjälp av kollegor med dessa erfarenheter (Beynon et al., 2012). 7,2 procent av sjuksköterskorna i Beynon et al. (2012) uppgav att de hade erfarenhet av våld i nära relationer i sitt privatliv och det gav dem trygghet i bemötandet av utsatta kvinnor, medvetenhet om hur systemet fungerar, en vilja att hjälpa till samt gjorde det enklare att identifiera våldsutsatta kvinnor. Däremot, visar resultatet i Leppäkoski et al. (2010) studie att deltagare med tidigare historia av våld i nära relationer hade det svårare att identifiera våldsutsatthet till skillnad från de med ingen historia av detta.

# Diskussion

## Diskussion av vald metod

Syftet med studien var att beskriva sjuksköterskors erfarenheter av att ställa frågor om våld i nära relationer till kvinnliga patienter. Därmed genomfördes en litteraturstudie för att svara på syftet med studien. I en litteraturstudie görs en sammanfattning av evidens inom ett visst område, kring det som redan är känt och inte känt (Polit & Beck, 2018). Nackdelar i litteraturöversikter anses vara att det inkluderar begränsad mängd med ny och relevant forskning samt en risk för att urvalet blir selektivt, där främst studier som stödjer författarnas synpunkter, inkluderas i litteraturöversikten (Friberg, 2017). Således sammanfattar resultatet av denna studie evidens om våld i nära relationer. Vidare har urvalet av studierna påverkats av författarnas egna uppfattningar, vilket i sin tur har en inverkan på litteraturstudiens resultat.

Sökningarna som genomfördes resulterade i kvalitativa studier, kvantitativa studier och studier av mixad metod. Artiklar av hög relevans för att besvara denna litteraturstudiens syfte, valdes därefter ut. I detta urval ingick tio studier där sju var kvalitativa studier, två var kvantitativa studier och en av mixad metod. Författarna valde att inte endast inkludera studier med kvalitativ metod eftersom även studier med annan metod ansågs vara till nytta och relevanta för litteraturstudien.

Eftersom studiens syfte var inriktat på sjuksköterskors möte med våldsutsatta kvinnor valdes enbart studier som inkluderade sjuksköterskor och våldsutsatta kvinnor. Våld i nära relationer sker i både heterosexuella och HBTQ-förhållanden, men det är mer förekommande att kvinnor utsätts för våld av en manlig partner eller före detta partner (Jämställdhetsmyndigheten, 2021). Däremot exkluderades inte transpersoner eller kvinnor i icke-heterosexuella förhållanden i denna litteraturstudie.

Artiklar som valdes ut har blivit granskade av en etisk kommitté och/eller behandlat etiska aspekter som informerat samtycke givet, sekretess, hantering av insamlad data och även kontakt med författare eller annan person efter genomförd studie om detta skulle önskas. Detta inkluderar konfidentialitet. Polit och Beck (2012) lyfter fram att etiska dilemman vid studier

innehållande människor är utmanande och kan leda till konflikter. Av den anledningen är det av vikt att som författare till en studie måste vidta åtgärder för att skydda deltagarna. För att detta ska vara möjligt ska risken som deltagarna utsätts för var mindre än nyttan som studien medför. Tre delar som tas upp är: informerat samtycke där deltagarna får information om studien och även samtycker till att delta och konfidentialitet samt erbjudande av stöd efter deltagande i studien (Polit & Beck, 2012).

Vid kvalitetsgranskning användes SBU:s granskningsmall för kvalitativ metodik och The Joanna Briggs Institute's checklista för tvärsnittsstudier. Två granskningsmallar användes eftersom SBU inte hade en tillräckligt applicerbar granskningsmall anpassad till tvärsnittsstudier. En av de utvalda artiklarna av Leppäkoski et al. (2010), angav att de hade både kvalitativ och kvantitativ metod. Granskningen för denna studie gjordes med hjälp av granskningsmallen för både kvalitativ och kvantitativ metodik. Genom kvalitetsgranskning av studier lyfts studiens styrkor och svagheter fram (Polit & Beck, 2012).

Till följd av att granskningsmallarna kom från två skilda källor, finns det en ökad risk att studiernas kvalitet som framkom efter granskning inte är likvärdig med varandra. Samma dilemma dyker upp vid granskning av studier med mixad metod, där helheten endast går att se vid en anpassad mall för mixad metod, vilket var svårt att finna. Vid användning av två olika mallar riskerar helhetsbilden att försvinna och att studiens kvalitet därmed anses vara låg. I litteraturstudien togs beslutet att använda de två olika mallarna som använts för de övriga studierna. Jämfört med kvaliteten på övriga studier som inkluderades i litteraturstudien bedömdes studien med mixad metod trots den tidigare nämnda risk, som likvärdig kvalitet.

## **Diskussion av framtaget resultat**

Syftet med litteraturstudien var att beskriva sjuksköterskors erfarenhet av att ställa frågor till kvinnor om våld i nära relationer. Eriksson (2014) påtalar att en vårdrelation är grunden till ett vårdande och vårdprocessen. En fas i vårdprocessen är patientanalys som innefattar insamling av information kring patienten och tolkning av den situation som patienten befinner sig i. Detta kan sjuksköterskan göra genom intervju eller observationer. Nyström (2014) betonar att kommunikation är betydelsefullt för att en relation med patienten skapas. I samband med detta

krävs det att sjuksköterskan engagerar sig i patienten och vill möta patienten i situationen (Svensk sjuksköterskeförening, 2014).

Samtidigt visar flertalet av de inkluderade studierna att sjuksköterskor saknar tid för att samtala med kvinnor utsatta för våld i nära relationer. Denna tidsbrist berodde på hög arbetsbelastning och stressig arbetsmiljö (Efe & Taşkın, 2012). Enligt Leppäkoski et al. (2010) har inte sjuksköterskorna tid att vara närvarande och lyssna till de utsatta kvinnorna och därför blev dessa samtal inte prioriterade. Till skillnad från majoriteten av de utvalda studierna påstår DeBoer et al. (2013) att deltagarna i deras studie hade tillräckligt mycket tid för screena och att tid inte var något som sjuksköterskorna upplevde som ett hinder för screening av våld i nära relationer. Vårdpersonal ska enligt Region Skåne (2020) lyssna, ställa frågor och hantera patientens berättelse på allvar. Samtidigt är det av vikt att patienten bemöts och blir tillfrågade i enrum, vilket bör ske omgående.

Trots studiernas spridning över länder och kultur, syns tydliga likheter mellan deras resultat. Både gällande de deltagande sjuksköterskornas upplevelser och känslor men även rutiner och riktlinjer som gällde i de olika länderna. Sjuksköterskorna i alla studier förutom en, saknade medvetenhet kring deras egen roll i att screena för våld i nära relationer trots att deras arbetsplats hade rutiner för hur screening skulle ske och vem som skulle utföra det. Enligt Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd om våld i nära relationer (2014) ska hälso- och sjukvårdspersonal ställa frågor om våld i nära relationer när det finns en misstanke om våldsutsatthet. Frågorna är centrerade kring symptom och tecken. Vid fortsatt misstanke om våldsutsatthet undersöks det om barn finns i patientens närhet, vilket ska anmälas till socialtjänsten. Stöd och information ska erbjudas från hälso- och sjukvården, socialtjänsten eller ideella organisationer som patienten kan vända sig till. Vårdpersonal ska även vara uppmärksam kring vilka behov den våldsutsatta har, både fysisk och psykiskt. (Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd om våld i nära relationer, 2014). Enligt Europarådet (2011) har yrkesgrupper som möter våldsutsatta eller våldsutövare rätt till utbildning kring jämställdhet, förebyggande och upptäckande av våld, våldsutsattas behov och rättigheter samt sekundär viktimisering. Till skillnad från deltagarna i de andra studierna, uppgav sjuksköterskorna i Deboer et al. (2013) studie att screening var en viktig del av deras profession och att de hade ansvaret för att screena och identifiera våldsutsatthet.



Majoriteten av studierna beskrev att sjuksköterskorna upplevde liknande känslor i samband med screening. Känslor av hjälplöshet och frustration var två av dessa känslor. Sjuksköterskor upplevde att de utsatta kvinnorna ofta skyddade förövarna och därmed inte ville tala samt ta emot om den hjälp som erbjöds. På samma sätt betonar Berglund och Witkowski (2019) att sjukvårdspersonal känner frustration när våldsutsatta kvinnor förnekar våld i nära relationer trots tydliga symtom som indikerar på detta.

Ytterligare hinder som sjuksköterskorna deltagande i studierna beskrev var närvaro av närstående. Detta eftersom sjuksköterskorna kände att samtal med den utsatta kvinnan inte kunde ske i enrum. Enligt Region Skåne (2020) kan medföljande sällskap till patienten, som vän eller närstående eller partner, vara våldsutövaren. Vidare, påpekar Socialstyrelsen att vårdgivaren har ansvar att möjliggöra för hälso- och sjukvårdspersonal att samtala med misstänkt utsatta för våld i nära relationer i avskildhet i ett eget rum (Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd om våld i nära relationer, 2014).

Diskrimineringslagen (SFS 2008:567), är avsedd att motverka diskriminering, oberoende av könstillhörighet, könsöverskridande identitet eller uttryck, etnisk tillhörighet, religion eller annan trosuppfattning, funktionsnedsättning, sexuell läggning eller ålder.

Trots detta visade flertalet av studierna på att sjuksköterskor har fördomar kring vilka kvinnor som har en högre risk för att bli utsatta för våld i nära relationer. Dessa fördomar ledde till att sjuksköterskor inte frågade alla kvinnliga patienter, utan endast de kvinnor som sjuksköterskorna ansåg hade en förhöjd risk för att bli utsatta för våld.

Flertalet studier undersöker sambandet mellan sjuksköterskornas egna erfarenheter av våld i nära relationer och att bemöta, identifiera samt arbeta med våldsutsatta kvinnor. Däremot uppvisar studierna motsägande resultat. En del studier påvisar att deltagarnas egna personliga erfarenheter av att bli utsatt för våld i nära relationer gjorde det enklare för dem att identifiera och bemöta våldsutsatta kvinnor. I Leppäkoski et al. (2010) studie framkom det istället att sjuksköterskor med tidigare erfarenhet av våld i nära relationer, upplevde att det var svårare med identifiering av våldsutsatthet. Berglund och Witkowski (2019) lyfter fram att sjukvårdspersonal med egen erfarenhet om våldsutsatthet kan uppleva rädsla och sårbarhet i möte med patienter utsatta för våld i nära relationer. Dessa känslor kan utgöra ett hinder i

kommunikationen om stöd inte givits för att hantera och bearbeta de egna erfarenheterna, inte endast för offren utan även för förövare.

Resultatet av studien visar på att vidare forskning krävs för att undersöka metoder för att öka medvetenhet och kunskap kring screening av våld i nära relationer och bemötande av kvinnor utsatta för våld i nära relationer. Även kontinuerliga studier behövs efter inventioner satts in, för att förbättra vården av våldsutsatta kvinnor. Ytterligare, kan även studier kring sjuksköterskestudenters kunskap och tankar inför mötet med kvinnor utsatta för våld i nära relationer vara av stor betydelse för vidare forskning.

### **Slutsats och kliniska implikationer**

Litteraturstudien påvisar på att sjuksköterskor upplever att det är svårt att fråga och samtala om våld i nära relationer med kvinnliga patienter. Det framkom flera faktorer som hindrade sjuksköterskorna från att ställa frågor om våldsutsatthet. Bristande tid var en återkommande faktor tillsammans med brist på kunskap, närvaro av förövare och beteende hos den våldsutsatta. Sjuksköterskorna kände olika känslor både inför screening, under samtalen med patienter och efter att ha screenat för våld i nära relationer. Sambandet mellan sjuksköterskors egna erfarenheter av våld i nära relationer i privatlivet och hur sjuksköterskorna screenade för våldsutsatthet lyftes fram i flertalet studier. Resultaten varierade mellan studierna och det går därför inte att dra någon sådan slutsats i den här litteraturstudien.

Litteraturstudien belyser sjuksköterskans omedvetenhet om sitt professionella ansvar och arbetsplatsens befintliga rutiner och riktlinjer, bristande kunskap om våld i nära relationer och osäkerhet i att delta i svåra samtal med patienter. Utifrån egna erfarenheter av ämnet våld i nära relationer på sjuksköterskeprogrammet, är undervisningen inte tillräckligt omfattande och återkommer inte under den senare delen av utbildningen. Sjuksköterskestudenter i slutet av utbildningen är därmed inte tillräckligt förberedda på att bemöta och omhänderta våldsutsatta kvinnor. Således, krävs ökad och återkommande utbildning och diskussion om sjuksköterskans ansvar i samband med våld i nära relationer både på sjuksköterskeutbildningen och ute i den kliniska verksamheten. På detta sätt möjliggörs en normalisering och minskning av stigma kring screening, för att i större utsträckning kunna identifiera och tidigt sätta in adekvata åtgärder för kvinnor utsatta för våld i nära relationer.

Om inga frågor ställs, ges inga svar.

### **Författarnas arbetsfördelning**

Genom arbetet har båda författare varit likvärdigt delaktiga. Delar av arbetet har genomförts tillsammans och andra delar individuellt för att effektivisera arbetet och öka tillförlitlighet av resultatet. Sökorden valdes ut tillsammans av båda författarna. Sökningen gjordes därefter gemensamt. Artiklarna som framkom av sökningen lästes igenom och granskades individuellt. Därefter diskuterades studiernas innehåll mellan författarna och artikelmatris skapades. Skrivandet av uppsatsens samtliga delar genomfördes tillsammans.

## Referenser

Al-Natour, A., Gillespie, G. L., Felblinger, D., & Wang, L. L. (2014). Jordanian nurses' barriers to screening for intimate partner violence. *Violence against women*, 20(12), 1473–1488. <https://doi.org/10.1177/1077801214559057>

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>

Berglund, A., & Witkowski, A. (2019). Vårdens ansvar. I G. Heimer, A. Björk, U. Albert & Y. Haraldsdotter (Red.), *Våldsutsatta kvinnor – samhällets ansvar* (4 uppl., s. 165-198). Studentlitteratur

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. <https://doi.org/10.1186/1471-2458-12-473>

Brottsförebyggande rådet. (20 maj 2020). *Våld i nära relationer*. <https://www.bra.se/statistik/statistik-utifran-brottstyper/vald-i-nara-relationer.html>

Dawson, A. J., Rossiter, C., Doab, A., Romero, B., Fitzpatrick, L., & Fry, M. (2019). The Emergency Department Response to Women Experiencing Intimate Partner Violence: Insights From Interviews With Clinicians in Australia. *Academic emergency medicine : official journal of the Society for Academic Emergency Medicine*, 26(9), 1052–1062. <https://doi.org/10.1111/acem.13721>

DeBoer, M. I., Kothari, R., Kothari, C., Koestner, A. L., & Rohs, T., Jr (2013). What are barriers to nurses screening for intimate partner violence?. *Journal of trauma nursing : the official journal of the Society of Trauma Nurses*, 20(3), 155–162. <https://doi.org/10.1097/JTN.0b013e3182a171b1>

*Diskrimineringslagen* (SFS 2008:567). Arbetsmarknadsdepartementet MRB. [https://www.riksdagen.se/sv/dokument-lagar/dokument/svensk-forfattningssamling/diskrimineringslag-2008567\\_sfs-2008-567](https://www.riksdagen.se/sv/dokument-lagar/dokument/svensk-forfattningssamling/diskrimineringslag-2008567_sfs-2008-567)

Eriksson, K. (2014). *Vårdprocessen*. Liber.

Europarådet (2011). Europarådets konvention om förebyggande och bekämpning av våld mot kvinnor och av våld i hemmet. Europarådet. <https://rm.coe.int/1680462544>

Frenzel, A. (2014). *Brott i nära relationer – en nationell kartläggning*. Brottsförebyggande rådet (BRÅ).

[https://www.bra.se/download/18.9eaaede145606cc8651ff/1399015861526/2014\\_8\\_Brott\\_i\\_nara\\_relationer.pdf](https://www.bra.se/download/18.9eaaede145606cc8651ff/1399015861526/2014_8_Brott_i_nara_relationer.pdf)

Friberg, F. (2017). Att göra en litteraturoversikt. I F. Friberg (Red.), *Dags för uppsats - vägledning för litteraturbaserade examensarbeten* (3 uppl., s. 141-152). Studentlitteratur.

*Hälso- och sjukvårdslag* (SFS 2017:30). Socialdepartementet.

[https://www.riksdagen.se/sv/dokument-lagar/dokument/svensk-forfattningssamling/halso--och-sjukvardslag\\_sfs-2017-30](https://www.riksdagen.se/sv/dokument-lagar/dokument/svensk-forfattningssamling/halso--och-sjukvardslag_sfs-2017-30)

Joanna Briggs Institute (2020). *Checklist for analytical cross sectional studies*.

<https://jbi.global/critical-appraisal-tools>

Jämställdhetsmyndigheten. (2 februari 2021). *Information om våldsutsatthet*.

<https://www.jamstalldhetsmyndigheten.se/mans-vald-mot-kvinnor/covid-19/informationomvaldsutsatthet>

Kristensson, J. (2014). *Handbok i uppsatsskrivande och forskningsmetodik: För studenter inom hälso- och vårdvetenskap*. Natur & Kultur

Leppäkoski, T., Astedt-Kurki, P., & Paavilainen, E. (2010). Identification of women exposed to acute physical intimate partner violence in an emergency department setting in Finland. *Scandinavian journal of caring sciences*, 24(4), 638–647. <https://doi.org/10.1111/j.1471-6712.2009.00754.x>

Nationellt centrum för kvinnofrid (2010). *Att fråga om våldsutsatthet som en del av anamnesen*. <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. (2014). *Befolkningsundersökningen Våld och hälsa*. <https://nck.uu.se/kunskapsbanken/amnesguider/att-mata-vald/befolkningsundersokningen-vald-och-halsa/>

Nationellt centrum för kvinnofrid. (u.å.). *Kunskap viktigt i mötet med våldsutsatta*. <https://nck.uu.se/kunskapsbanken/webbstod-for-kommuner/utbildning-moter-valdsutsatta/kunskap-viktigt-i-motet-med-valdsutsatta/>

Nyström, M. (2014). Vårdrelationer – en empirisk belysning. I F. Friberg., & J. Öhlén (Red.). *Omvårdnadens grunder – perspektiv och förhållningssätt*. (2 uppl., s.467-484). Studentlitteratur.

Polit, D.F. & Beck, C.T. (2012). *Nursing research: generating and assessing evidence for nursing practice*. (9.uppl.). Wolters Kluwer Health/Lippincott Williams & Wilkins.

Polit, D. F., & Beck, C. T. (2018). *Essentials of nursing research: appraising evidence for nursing practice* (9 uppl.). Wolters Kluwer.

Priebe, G., & Landström, C. (2014). Den vetenskapliga kunskapens möjligheter och begränsningar- grundläggande vetenskapsteori. I M. Henricson (Red.), *Vetenskaplig teori och metod- från idé till examination inom omvårdnad* (s. 31-50). Studentlitteratur.

Prosman, G.-J., Lo Fo Wong, S. H., & Lagro-Janssen, A. L. M. (2014). Why abused women do not seek professional help: a qualitative study. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 28(1), 3–11. <https://doi-org.ludwig.lub.lu.se/10.1111/scs.12025>

Region Skåne (2020). *Regionalt vårdprogram mot våld i nära relationer*. <https://vardgivare.skane.se/siteassets/1.-vardriktlinjer/regionala-varldprogram---fillistning/vald-nara-relationer-varldprogram.pdf>

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

Rose, D., Trevillion, K., Woodall, A., Morgan, C., Feder, G., & Howard, L. (2011). Barriers and facilitators of disclosures of domestic violence by mental health service users: qualitative study. *The British journal of psychiatry: the journal of mental science*, 198(3), 189–194. <https://doi.org/10.1192/bjp.bp.109.072389>

Sandman, L., & Kjellström, S. (2018). *Etikboken: etik för vårdande yrken* (2 uppl.). Studentlitteratur.

Socialstyrelsen (2002). "Tack för att ni frågar" – Screening om våld mot kvinnor (Artikelnummer: 2002-124-7). [http://kvinnofrid.nu/PDF/Referenslitteratur/Tack\\_for\\_att\\_ni\\_fragar.pdf](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). <https://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). Socialstyrelsen. <https://www.socialstyrelsen.se/globalassets/sharepoint-dokument/artikelkatalog/foreskrifter-och-allmanna-rad/2014-5-7.pdf>

Statens beredning för medicinsk och social utvärdering (2020). *Bedömning av studier med kvalitativ metodik* [Internet]. [https://www.sbu.se/globalassets/ebm/bedomning\\_studier\\_kvalitativ\\_metodik.pdf](https://www.sbu.se/globalassets/ebm/bedomning_studier_kvalitativ_metodik.pdf)

Sundborg, E., Törnkvist, L., Saleh, S. N., Wändell, P., & Hylander, I. (2017). To ask, or not to ask: the hesitation process described by district nurses encountering women exposed to intimate partner violence. *Journal of Clinical Nursing (John Wiley & Sons, Inc.)*, 26(15–16), 2256–2265. <https://doi-org.ludwig.lub.lu.se/10.1111/jocn.12992>

Svensk sjuksköterskeförening. (2014). *ICN:S etiska kod för sjuksköterskor* [Broschyr].

Svensk sjuksköterskeförening. [https://www.swenurse.se/globalassets/01-svensk-sjukskoterskeforening/publikationer-svensk-sjukskoterskeforening/etik-publikationer/sjukskoterskornas\\_etiska\\_kod\\_2017.pdf](https://www.swenurse.se/globalassets/01-svensk-sjukskoterskeforening/publikationer-svensk-sjukskoterskeforening/etik-publikationer/sjukskoterskornas_etiska_kod_2017.pdf)

Svensk sjuksköterskeförening. (2016). *Värdegrund för omvårdnad* [Broschyr]. Svensk sjuksköterskeförening.

<https://www.swenurse.se/download/18.9f73344170c003062314be/1584005152878/v%C3%A4rdegrund%20f%C3%B6r%20omv%C3%A5rdnad%20reviderad%202016.pdf>

Svensk sjuksköterskeförening. (2017). *Kompetensbeskrivning för legitimerad sjuksköterska*

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

Visentin, F., Becker Vieira, L., Trevisan, I., Lorenzini, E., & da Silva, E. F. (2015). Women's primary care nursing in situations of gender violence. *Investigacion y educacion en enfermeria*, 33(3), 556–564. <https://doi-org.ludwig.lub.lu.se/10.17533/udea.iee.v33n3a20>

World Health Organization. (29 November 2017). *Violence against women*.

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

Örmon, K. (2019). Våld i nära relationer och psykisk ohälsa. I I. Skärsäter & L. Wiklund.

(Red.), *Omvårdnad vid psykisk ohälsa - på grundnivå* (3 uppl., s. 435–449). Studentlitteratur.





## Bilaga 1 (3) Artikelmatris

Författare/Titel/Land/Publiceringsår	Syfte	Metod/Urval	Resultat	Kvalitet
<p>Al-Natour, A., Qandil, A., &amp; Gillespie, G. L.</p> <p><i>Nurses' roles in screening for intimate partner violence: a phenomenological study.</i></p> <p>Jordanien, 2016</p>	<p>Syftet var att beskriva jordanska sjuksköterskor roller och metoder relaterat till screening för våld i nära relationer.</p>	<p>Deskriptiv fenomenologisk metod.</p> <p><b><u>Urval:</u></b> 6 kvinnliga och 6 manliga jordanska sjuksköterskor från ett universitetssjukhus i norra Jordanien.</p> <p><b><u>Datainsamling:</u></b> Semistrukturerade intervjuer.</p> <p><b><u>Dataanalys:</u></b> Colaizzi's fenomenologiska metod användes för att analysera datan.</p>	<p>Resultatet visade att deltagarna inte screenade för våld i nära relationer även om deltagarna misstänkte våld.</p> <p>Deltagarna betonar för- och nackdelar avseende screening.</p> <p>Hinder för screening var bl.a. bristande kunskap om den egna rollen och screening samt oro gällande sin egen säkerhet.</p> <p>Deltagarna kände glädje och tillfredsställelse efter att de hade screenat och kunnat stödja utsatta kvinnor. Däremot upplevde deltagarna hjälplöshet, förtvivlan och skyldighet av att inte screena för våld.</p>	<p>Hög</p>

<p>Al-Natour, A., Gillespie, G. L., Felblinger, D., &amp; Wang, L. L.</p> <p><i>Jordanian nurses' barriers to screening for intimate partner violence.</i></p> <p>Jordanien, 2014</p>	<p>Syftet var undersöka för screening för våld i nära relationer och hinder för screening hos jordanska sjuksköterskor</p>	<p>Beskrivande tvärsnittsstudie</p> <p><b><u>Urval:</u></b></p> <p>Genom stratifierat slumpmässigt urval, valdes 125 sjuksköterskor, från tre sjukhus och 10 vårdcentraler.</p> <p><b><u>Datainsamling:</u></b></p> <p>Frågeformulär med 5 svarsalternativ från håller med till håller inte med.</p> <p><b><u>Dataanalys:</u></b></p> <p>SPSS 19 (Chicago, IL) programvara för att analysera beskrivande statistik. Z-test användes för jämförelse mellan jordanska sjuksköterskor och amerikanska sjuksköterskors screeningsfrekvens.</p>	<p>Resultatet visar att frekvensen av screening hos jordanska sjuksköterskor var lägre jämfört med screeningsfrekvensen hos amerikanska sjuksköterskor.</p> <p>72% av deltagarna ansåg att de inte hade tillgång till information kring våld i nära relationer, 61,6% kände sig inte trygga med att hänvisa våldsutsatta kvinnor och 72% ansåg att de utsatta kvinnornas personlighet medförde utsatthet för våld i nära relationer.</p> <p>Skillnad på screeningsfrekvens hos sjuksköterskor med egen erfarenhet av våld i nära relationer och de utan egen erfarenhet, undersöktes.</p>	<p>Hög</p>
---	--	--	---	------------

<p>Beynon, C. E., Gutmanis, I. A., Tutty, L. M., Wathen, C. N., &amp; MacMillan, H. L.</p> <p><i>Why physicians and nurses ask (or don't) about partner violence: a qualitative analysis</i></p> <p>Kanada, 2012</p>	<p>Syftet var att identifiera vad som hindrar och vad som underlättar för sjuksköterskor och läkare till att fråga patienter om våld i nära relationer.</p>	<p>Kvalitativ innehållsanalys med induktiv ansats</p> <p><b><u>Urval:</u></b> 931 deltagare (varav 597 sjuksköterskor).</p> <p><b><u>Datainsamling:</u></b> Frågeformulär med två öppna frågor, skickades slumpmässigt till 1000 läkare och 1000 sjuksköterskor via mejl.</p> <p><b><u>Dataanalys:</u></b> Svaren skrevs in i ett ordbehandlande dokument. De transkriberade svaren granskades. En kvalitativ innehållsanalys gjordes och Fisher's Exact Test användes för jämförelse mellan sjuksköterskor och läkares svar.</p>	<p>Deltagarna uppger att de svåraste problemen för att fråga om våld i nära relationer var: brist på tid, beteende hos den våldsutsatta, brist på träning, närvaro av partner samt språkliga och kulturella skillnader.</p> <p>Faktorer som underlättar till att ställa frågor om våld i nära relationer var: träning, stöd och tillgång till resurser och professionella verktyg /protokoll /riktlinjer.</p>	<p>Hög</p>
--	---	---	---	------------

<p>Dawson, A. J., Rossiter, C., Doab, A., Romero, B., Fitzpatrick, L., &amp; Fry, M.</p> <p><i>The Emergency Department Response to Women Experiencing Intimate Partner Violence: Insights From Interviews With Clinicians in Australia.</i></p> <p>Australien, 2019</p>	<p>Syftet var att undersöka kunskap, åsikter och motivation för beslutsfattande och skapande av team på akutmottagningar, för omhändertagande av kvinnor utsatta för våld i nära relationer.</p>	<p>Beskrivande, kvalitativ design.</p> <p><b><u>Urval:</u></b> 35 socialarbetare, sjuksköterskor, läkare på två olika akutmottagningar.</p> <p><b><u>Datainsamling:</u></b> 14 semistrukturerade intervjuer och 5 gruppdiskussioner (varav 21 sjuksköterskor).</p> <p><b><u>Dataanalys:</u></b> Tematisk analys, Kategorierna som framkom diskuterades av alla författare.</p>	<p>Resultatet visar på svårigheter att identifiera våldsutsatta kvinnor pga osäkerhet i professionen, obehag och rädsla för konsekvenser hos de utsatta kvinnorna.</p> <p>Efter medicinsk behandling beskrev deltagarna en rutinmässig överlämning till socialarbetare, vilket kräver gott teamarbete.</p> <p>Deltagarna beskrev även svårigheter att vara icke dömande mot de utsatta kvinnorna samt att hantera sina egna känslor. Speciellt deltagare som hade egen erfarenhet av våld i nära relationer.</p>	<p>Hög</p>
<p>DeBoer, M. I., Kothari, R., Kothari, C., Koestner, A. L., &amp; Rohs, T., Jr.</p>	<p>Syftet var att identifiera sjuksköterskors attityder och hinder</p>	<p>Anonym tvärsnittsstudie</p> <p><b><u>Urval:</u></b> 156 deltagare</p>	<p>82,6 % av deltagarna uppgav att de hade vårdat två eller färre offer för våld i relationer det senaste året.</p>	<p>Hög</p>

<p><i>What are barriers to nurses screening for intimate partner violence?</i></p> <p>USA, 2013</p>	<p>för screening hos patienter utsatta för våld i nära relationer.</p>	<p><b><u>Datainsamling:</u></b></p> <p>494 deltagare valdes ut genom avdelningsmöten och intranät/e-mail system.</p> <p><b><u>Dataanalys:</u></b></p> <p>Data fördes över till Excelfiler och formaterades till SPSS-format (SPSS version 18.0) för att analyseras. Jämförelser gjordes m.h.a. <math>\chi^2</math> och t-test. För att finna korrelation användes Spearmans test och Pearsons test.</p>	<p>81% höll med om att dem hade tillräckligt mycket tid för att screena patienter för våldsutsatthet.</p> <p>43% av deltagarna höll med om att det var svårt att identifiera offer.</p> <p>75,3% ansåg fattigdom utgör en riskfaktor för våld i nära relationer samtidigt som 66,4% ansåg missbruk vara en riskfaktor.</p>	
<p>Efe, Ş., &amp; Taşkın, L.</p> <p><i>Emergency Nurses' Barriers to Intervention of Domestic Violence in Turkey: A Qualitative Study.</i></p>	<p>Syftet var att beskriva faktorer som hindrar adekvat omvårdnad av kvinnor utsatta för våld i nära</p>	<p>Kvalitativ metod</p> <p><b><u>Urval:</u></b></p> <p>Maximalt urval. 30 sjuksköterskor med arbetserfarenhet av akutmottagning i minst 1 år.</p>	<p>Resultatet visade att sjuksköterskorna inte ansåg sig ha rätt kunskap eller vara rätt profession för att samtala och ingripa för utsatta kvinnor.</p> <p>Samtidigt uppgav sjuksköterskorna sig arbeta</p>	<p>Medelhög</p>

<p>Turkiet, 2012</p>	<p>relationer.</p>	<p><b><u>Datainsamling:</u></b> Djupintervjuer, tog hjälp av tre specialister inför intervjuerna.</p> <p><b><u>Dataanalys:</u></b> Transkriberade intervjuer jämfördes med en observatörs anteckningar, som gjordes under intervjuerna. Efter att alla intervjuer lästes igenom ytterligare grupperades likheter ihop till koder och teman, dvs en kvalitativ beskrivande analys.</p>	<p>i en stressig miljö med bristande tid för att kunna bemöta och vidta rätt åtgärder kvinnor utsatta för våld i nära relationer.</p> <p>En del sjuksköterskor ansåg att våld i nära relationer är något som ska stanna inom familjen samt att kvinnorna trots allt kommer att återvända till familjen, dvs att det inte fanns någon lösning som sjuksköterskorna kände att de kunde erbjuda.</p>	
<p>Leppäkoski, T., Åstedt, K. P., &amp; Paavilainen, E.</p> <p><i>Identification of women exposed to acute physical intimate partner violence in an</i></p>	<p>Syftet var att undersöka besöksfrekvensen, av kvinnor utsatta för våld i nära relationer, enligt</p>	<p>Beskrivande tvärsnittsstudie. Multicenterstudie.</p> <p><b><u>Urval:</u></b> Bekvämlighetsurval från 28 akutmottagningar.</p>	<p>Resultatet visade att 48% av deltagarna möter minst en kvinna varje månad, utsatta för våld i nära relationer.</p> <p>20% av deltagarna uppgav att de träffat samma våldsutsatta kvinnor flera gånger pga</p>	<p>Hög</p>

<p><i>emergency department setting in Finland.</i></p> <p>Finland, 2010</p>	<p>sjukvårdspersonal. Även identifiering av akut våld i nära relationer.</p>	<p><b><u>Datainsamling:</u></b></p> <p>Utfört i två steg. Första steget var ett kvantitativt och kvalitativt frågeformulär, strukturerade flervalsfrågor och ett fåtal öppna frågor, med 488 deltagare.</p> <p>Den andra delen var semistrukturerad telefonintervju med 16 deltagare. Intervjuerna blev inspelade, senare transkriberade, och intervjuaren gjorde anteckningar efter varje intervju.</p> <p><b><u>Dataanalys:</u></b></p> <p>Frågeformulär: Statistisk analys. Chi-kvadrat test, pga att resultatet inte var normalfördelat.</p>	<p>fysiska skador relaterat till våld i nära relationer.</p> <p>Majoriteten av deltagarna ansåg det vara svårt att identifiera våldsutsatta kvinnor.</p> <p>Sjukvårdspersonal med träning uppger att de oftare identifierar kvinnor som är utsatta.</p>	
---	--	--	---	--



		<p>Telefonintervju:</p> <p>Data bestod av transkriberade intervjuer samt kommentarer i fritext. Kvantitativ innehållsanalys, där kvalitativ data omformateras till kvantitativ data och sen analyseras som kvantitativ data.</p>		
<p>Robinson R.</p> <p><i>Myths and Stereotypes: How Registered Nurses Screen for Intimate Partner Violence.</i></p> <p>USA, 2010</p>	<p>Att identifiera hur sjuksköterskor screenar för våld i nära relationer på akutmottagning, barriärerna för screening, resurser som finns och behövs.</p> <p>Sjuksköterskors</p>	<p>Fenomenologisk kvalitativ metod.</p> <p><b><u>Urval:</u></b></p> <p>13 sjuksköterskor på akutmottagningar.</p> <p><b><u>Datainsamling:</u></b></p> <p>Strukturerade intervjuer med 10 öppna frågor.</p>	<p>Resultatet visar fyra huvudteman:</p> <p>Myter, stereotyper och rädslor hos sjuksköterskorna relaterat till våld i nära relationer.</p> <p>Sjuksköterskor uppfattning kring våldsutsattas beteenden och uppträdande.</p> <p>Sjuksköterskornas känsla av frustration och hjälplöshet.</p>	<p>Hög</p>

	uppfattningar om offren och deras egen roll av att hjälpa våldsutsatta.	<p><b><u>Dataanalys:</u></b></p> <p>Dataanalysen utfördes under datainsamling. Colaizzi's 7-steps-metod användes för att skapa teman.</p>	Känslor hos sjuksköterskor efter screening och/eller åtgärder.	
<p>Sundborg, E., Törnkvist, L., Saleh, S. N., Wändell, P., &amp; Hylander, I.</p> <p><i>To ask, or not to ask: the hesitation process described by district nurses encountering women exposed to intimate partner violence.</i></p> <p>Sverige, 2017</p>	Öka förståelsen för distriktsjuksköterskors erfarenheter av att möta kvinnor utsatta för våld i nära relationer.	<p>Konstruktivistisk grundad teori</p> <p><b><u>Urval:</u></b></p> <p>Från 20 utav 202 olika vårdcentraler i Stockholm, valdes slumpmässigt en distriktssjuksköterska ut från varje vårdcentral. 11 av dessa deltog i studien.</p> <p><b><u>Datainsamling:</u></b></p> <p>11 individuella öppna djupintervjuer. Data spelades in</p>	Utifrån resultatet relaterat till våld i nära relationer där tveksamheten inför att ställa frågor om våldsutsatthet var ett övergripande hinder. Tillsammans med okunskap kring det egna professionella ansvaret var, avsaknad av strategier och kunskap relaterat till att fråga om våldsutsatthet och att kunna stödja utsatta kvinnor.	Hög

		<p>och transkriberades ordagrant.</p> <p><b><u>Dataanalys:</u></b></p> <p>Insamlingen av data och analysen genomfördes parallellt.</p> <p>Genomläsning av intervjuerna, öppen kodning och fokuserad kodning.</p>		
<p>Visentin, F., Becker Vieira, L., Trevisan, I., Lorenzini, E., &amp; da Silva, E. F.</p> <p><i>Women's primary care nursing in situations of gender violence.</i></p> <p>Brasilien, 2015</p>	<p>Identifiera sjuksköterskor inom primärvården insatser för kvinnor utsatta för våld i nära relationer.</p>	<p>Explorativ beskrivande studie. Kvalitativ metod.</p> <p><b><u>Urval:</u></b></p> <p>17 slumpmässigt utvalda sjuksköterskor från 10 primärvårdsenheter, med minst tre månaders arbetserfarenhet inom primärvård.</p> <p><b><u>Datainsamling:</u></b></p>	<p>Sjuksköterskorna beskriver olika faktorer och strategier för att upptäcka och motverka våld i nära relationer. Exempelvis acceptans, empati och ett utvecklat förtroende.</p> <p>Faktorer som upplevdes som begränsningar för sjuksköterskorna var bl.a. brist på träning relaterat till våldsutsatthet, brist på tid och svårighet att identifiera och hantera våldsutsatthet.</p>	<p>Hög</p>

		<p>Semistrukturerade intervjuer. Intervjuerna spelades in för att senare transkriberas.</p> <p><b><u>Dataanalys:</u></b> Analysen av data innefattade tre steg: föranalys, utforskning av material och behandling av resultat, slutsatser och tolkning.</p>		
--	--	---	--	--

## Bilaga 2 (3) SBU:s granskningsmall

Mall för bedömning av studier med kvalitativ metodik (SBU, 2020).

# Bedömning av studier med kvalitativ metodik

UPPDATERAD 2020-10-06

Författare: \_\_\_\_\_ År: \_\_\_\_\_

Granskare: \_\_\_\_\_

### Sammanvägd bedömning av metodologiska brister:

Obetydliga eller mindre

Måttliga

Stora brister, studien ingår inte i syntesen

Kommentarer:

### 1. Överensstämmelse mellan filosofisk hållning/teori och urval och metodik | studien\*

Vilken teori eller filosofisk hållning utgick författarna från?

Hänger syfte och fråga ihop med teori/filosofisk hållning?	Ja	Nej	Oklart
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Kommentarer:

### 2. Deltagare

Hur gjordes urvalet?

<b>Stödfrågor för bedömning av brister i urvalsförfarandet:</b>	Ja	Nej	Oklart
Är urvalet lämpligt för att besvara frågan?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Är rekryteringsmetoden lämpligt vald och genomförd?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Finns det allvarliga brister som kan påverka tillförlitligheten?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Kommentarer:

### 3. Datainsamling

Vilka metoder användes för datainsamling?

Finns det allvarliga brister i datainsamlingen som kan påverka tillförlitligheten?	Ja	Nej	Oklart
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Kommentarer:

#### 4. Analys

Vilka metoder användes för analys?

<b>Stödfrågor för bedömning av brister i analyssteget:</b>	<b>Ja</b>	<b>Nej</b>	<b>Oklart</b>
Är vald analysmetod lämplig och genomförd på ett lämpligt sätt?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Var forskarna reflexiva vid tolkning av data?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Validerades tolkningarna?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Finns det allvariga brister i analysen som kan påverka tillförlitligheten?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Kommentarer:

#### 5. Forskaren

Vilken bakgrund och kompetens hade forskarna?

<b>Stödfrågor för bedömning av brister:</b>	<b>Ja</b>	<b>Nej</b>	<b>Oklart</b>
Har forskarna någon relation till studiedeltagarna som kan påverka datainsamlingen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Har forskarna hanterat sin förståelse på ett acceptabelt sätt?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Var forskarna oberoende av finansiella eller andra förutsättningar som kunde påverka analysen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Finns det allvariga brister som kan påverka tillförlitligheten?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Kommentarer:

## 6. Relevans

Studien är relevant	<input type="checkbox"/>
Studien har partiell relevans	<input type="checkbox"/>
Studien har indirekt relevans	<input type="checkbox"/>
Relevansen går inte att bedöma	<input type="checkbox"/>

Kommentarer:

## 7. Koherens

Stödfrågor:	Ja	Nej	Oklart
Användes huvuddelen av data i analysen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hanterades motstridiga data på ett lämpligt sätt?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Underbyggde insamlade data resultatet?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sammantaget, finns det allvarliga svagheter som kan leda till bristande koherens i det sammanvägda vetenskapliga underlaget?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Kommentarer:

## 8. Tillräckliga data

Stödfrågor:	Ja	Nej	Oklart
Var antalet studiedeltagare tillräckligt stort? (t.ex. om mättnad uppnåtts)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Har formen för datainsamling varit sådan att den medger möjlighet till rika data?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Kommentarer:



# Bilaga 3 (3) JBI:s granskningsmall

Mall för bedömning av studier med kvantitativ metodik (JBI, 2020).

## JBI CRITICAL APPRAISAL CHECKLIST FOR ANALYTICAL CROSS SECTIONAL STUDIES

Reviewer \_\_\_\_\_ Date \_\_\_\_\_

Author \_\_\_\_\_ Year \_\_\_\_\_ Record Number \_\_\_\_\_

	Yes	No	Unclear	Not applicable
1. Were the criteria for inclusion in the sample clearly defined?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Were the study subjects and the setting described in detail?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Was the exposure measured in a valid and reliable way?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Were objective, standard criteria used for measurement of the condition?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Were confounding factors identified?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. Were strategies to deal with confounding factors stated?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. Were the outcomes measured in a valid and reliable way?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. Was appropriate statistical analysis used?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Overall appraisal: Include  Exclude  Seek further info

Comments (including reason for exclusion)

---

---

---