



MEDICINSKA FAKULTETEN

Tillit är nyckeln: Förutsättningar att identifiera och stödja våldsutsatta kvinnor

- En litteraturstudie med fokus på sjuksköterskors upplevelser

Författare: Anna Ruukel & Emma Simonsson

Handledare: Ester Rydell

Kandidatuppsats, Litteraturstudie

Hösten 2021

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

Tillit är nyckeln: Förutsättningar att identifiera och stödja våldsutsatta kvinnor

- En litteraturstudie med fokus på sjuksköterskors upplevelser

Trust is Key: Prerequisites in Identifying and Supporting Abused Women

- A Literature Study Focusing on Nurses' Experiences

Författare: Anna Ruukel & Emma Simonsson

Handledare: Ester Rydell

Kandidatuppsats, Litteraturstudie

Hösten 2021

Abstrakt

Bakgrund: Våld mot kvinnor i nära relationer är ett globalt problem och uttrycks i fysiskt, psykiskt och emotionellt våld. Sjuksköterskor är den profession som oftast möter dessa kvinnor. För en god vårdrelation krävs det att mellanmänskliga aspekter beaktas. **Syfte:** Att beskriva sjuksköterskors upplevelser av sina förutsättningar att identifiera och stödja kvinnor som utsätts för våld i nära relationer. **Metod:** En icke-systematisk litteraturstudie bearbetades med hjälp av en integrerad analys av åtta vetenskapliga studier. **Resultat:** Att ha beredskap, Arbetsplatsens struktur och Att ha ett öppet sinne är de huvudteman som identifierats. Varje huvudtema har två underteman som beskriver sjuksköterskors upplevda förutsättningar. **Slutsats:** För att våldsutsatta kvinnor ska våga prata om våldet är en tillitsfull relation nödvändig i mötet med dessa kvinnor. Sjuksköterskor upplever att bristfälliga förutsättningar hindrar relationen och även kvinnan från att avslöja våld.

Nyckelord

Våld i nära relationer, Kvinnohälsa, Sjuksköterskor, Förutsättningar, Upplevelser

Lunds universitet

Medicinska fakulteten

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

Box 157, 221 00 LUND

Innehållsförteckning

Introduktion	3
Problemområde	3
Bakgrund	3
Våld i nära relationer	3
Normaliseringsprocessen	5
Konsekvenser av våld i nära relationer	6
Att möta våldsutsatta kvinnor	7
Personcentrerad vård	8
Sjuksköterskors förutsättningar i mötet med våldsutsatta kvinnor	9
Omvårdnadens mellanmännsliga aspekter	10
Syfte	11
Metod	11
Urval	11
Datainsamling	12
Sökschema	13
Dataanalys	14
Forskningsetiska avvägningar	15
Resultat	16
Att ha beredskap	16
Kunskap och erfarenhet	17
Organisatoriska omständigheter	18
Arbetsplatsens struktur	19
Tid	19
Integritetsskapande miljöer	20
Att ha ett öppet sinne	20
Personligt förhållningssätt	20
Relation och kommunikation	21
Diskussion	22
Diskussion av metod	22
Diskussion av framtaget resultat	24
Slutsats och kliniska implikationer	26
Författarnas arbetsfördelning	27
Referenser	28
Bilagor	35

Introduktion

Problemområde

Våld i nära relationer beskrivs av Devries et al. (2013) som ett globalt samhällsproblem och innefattar våld och kontroll mot vuxna eller barn i många olika kontexter. Globalt sett estimeras att var tredje kvinna över 15 år har utsatts för våld i nära relationer (Devries et al., 2013; World Health Organization [WHO], 2021). Detta bidrar till många konsekvenser för både den enskilda individen och för samhället. Personliga konsekvenser kan till exempel vara isolering samt olika typer av fysiska och psykiska besvär (Campbell et al., 2002; Loke et al., 2012; McCauley et al., 1998). Konsekvenserna för samhället är främst av ekonomisk karaktär i form av sjukvårdskostnader (Butchart et al., 2008). Det finns många olika typer av våld och alla våldstyper är inte synliga (Sveriges kommuner och regioner [SKR], 2021). Lundgren (2012) beskriver normaliseringsprocessen vilken förklarar hur kvinnor som utsätts för våld i nära relationer normaliserar det våld de utsätts för. Det faktum att våldsutsatta kvinnor normaliserar sin situation medför att de inte alltid ser sig själva som ett offer. Många av de våldsutsatta kvinnorna skäms för sin situation och väljer därför att inte berätta om den (Lundgren, 2012). Den primära kontakten som dessa kvinnor har med hälso- och sjukvården är oftast med en sjuksköterska eller barnmorska (Sprague et al., 2016). Vårdpersonal upplever att ett flertal faktorer påverkar mötet med våldsutsatta kvinnor såsom personlig säkerhet, riktlinjer och stigmatisering (Edin & Högberg, 2002; Sundborg et al., 2012). Hradilova Selin (2009) beskriver att våld mot kvinnor i nära relationer tenderar att eskalera och det är således enligt Socialstyrelsen (2016) viktigt att identifiera och stödja dessa kvinnor så tidigt som möjligt. Därav är det angeläget att undersöka sjuksköterskors förutsättningar samt hur dessa påverkar förmågan att identifiera och stödja våldsutsatta kvinnor.

Bakgrund

Våld i nära relationer

Enligt Socialstyrelsen (2016) definieras våld i allmänhet utifrån fyra olika typer, nämligen fysiskt, psykiskt, sexuellt våld samt försummelse. Denna breda definition kan innefatta såväl våld som resulterar i skada och död, men även handlingar som leder till en avsevärd

påfrestning hos individen, familjen, samhället och sjukvården (Socialstyrelsen, 2016). WHO (2021) definierar våld i nära relationer som ett beteende av en nuvarande eller tidigare partner som resulterar i fysisk, sexuell eller psykologisk skada. I denna definition inkluderas även sexuellt tvång, psykisk misshandel, fysisk aggressivitet samt kontrollerande beteenden. Våld i nära relationer riktas främst av män mot kvinnor (WHO, 2021). Så mycket som 27% av världens kvinnor i åldern 15-49 år har uppgett att de utsatts för våld av en partner. I Europa är motsvarande siffra 22% medan den i Amerika är 25% samt 33% i både Afrika och Sydostasien. Gällande mord på kvinnor beräknas 38% vara fall där kvinnans nuvarande eller tidigare partner är gärningsmannen (WHO, 2021). Enligt United Nations Office on Drugs and Crime (UNDOC, 2019) uppgick antalet avsiktligt mördade kvinnor till 87 000 vid år 2017, vilket innebär att omkring 30 000 kvinnor blev mördade av en nuvarande eller tidigare partner. SKR (2021) belyser att var fjärde kvinna i Sverige någon gång har utsatts för våld i nära relationer. Av alla anmälda misshandelsbrott mot kvinnor visar statistik från 2019 att 31% är i form av våld i nära relationer, som kontrast är motsvarande siffra gällande män 6%. Våld i nära relationer är alltså överrepresenterat i fall där en kvinna är offer (SKR, 2021). Resterande misshandelsbrott i ovanstående statistik antas vara utförda av en gärningsman som inte är i nära relation med offret.

Fysiskt våld kan till exempel vara att hålla fast, slå med knytnävar och dylikt. Med tanke på att det fysiska våldet kan uttrycka sig på olika sätt och i olika grad kan därmed denna typen av våld emellanåt inte vara synligt för blotta ögat. Fysiskt våld förekommer dessutom vanligtvis på kroppsdelar som skyms för utomstående. Psykiskt våld förekommer alltid vid alla typer av våld i nära relationer och karaktäriseras av att den utsatta upplever osäkerhet gällande sin egen person såväl som sin uppfattning av omgivningen. Det kan till exempel vara verbala kränkningar, hot eller manipulering (SKR, 2021). Det sexuella våldet beskriver WHO (2021) som varje försök till, alternativt, fullbordad sexuell handling som med hjälp av tvång riktas mot en annan person. En sexuell handling kan innefatta mer än bara samlag, såsom intim beröring. Det sexuella våldet inkluderar till exempel våldtäkt, våldtäktsförsök eller övrig oönskad sexuell beröring (WHO, 2021). SKR (2021) beskriver sedan försummelse som en typ av våld där gärningsmannen utnyttjar sin position av makt och kvinnans beroendeposition, genom att till exempel inte ge tillräckligt med mat eller vatten till personen i fråga. Andra typer av våld är exempelvis ekonomiskt och materiellt våld som innebär att gärningsmannen tar full kontroll över ekonomin eller att han förstör materiella ting av värde för kvinnan (SKR, 2021).

Våld i nära relation riktat mot kvinnor är ofta grövre än vad det är mot män. Att kvinnor utsätts för grövre våld medför därmed att de utsatta kvinnorna i större utsträckning också behöver söka stöd och vård av sjukvården (Brottsförebyggande rådet [BRÅ], 2020). Lundgren (2012) menar att de kvinnor som faktiskt söker vård för fysiska skador orsakade av våld i nära relationer sällan avslöjar orsaken till skadorna. Många gånger undviker den våldsutsatta kvinnan att berätta sanningen trots att frågan om våld ställs och väljer istället att beskriva en alternativ historia om skadornas uppkomst (Lundgren, 2012).

Normaliseringsprocessen

Normaliseringsprocessen är en förklaringsmodell vilken beskriver den process som pågår när våld i vardagen normaliseras från kvinnans utgångspunkt (Lundgren, 2012). Denna modell kan tillämpas för att förklara de konsekvenser som våldet för med sig såväl som dess upptrappning. Det första steget i normaliseringsprocessen är att gränser förkastas, dels avseende vilka handlingar som är acceptabla och oacceptabla i relationen samt till slut även gränsen mellan ett fredligt och våldsamt liv. Då den våldsutsatta kvinnan strävar efter att bibehålla ett "vanligt" liv tvingas gränsen mellan rollen som kvinna och rollen som misshandlad kvinna försvinna. Likaså försvinner även hennes gräns mellan en "vanlig" partner och en misshandlande partner. I takt med att hennes gränser suddas ut reduceras även hennes livsutrymme (Lundgren, 2012). Enligt Grände et al. (2014) beskrivs livsutrymme innefatta allt som ingår i en persons liv, alltså självkänsla, åsikter och relationer. Med andra ord, hela personens identitet.

Samtidigt som gränserna förskjuts anpassar sig den våldsutsatta kvinnan omedvetet till krav och önskemål från våldsutövaren om hur hon borde vara, vilket tillintetgör hennes identitet (Lundgren, 2012). Denna anpassning sker successivt och allt som oftast under en längre period, vilket innebär att anpassningen går obemärkt förbi för den våldsutsatta kvinnan. Andra steget i normaliseringsprocessen innebär att den våldsutsatta kvinnan gradvis isoleras fysiskt men även psykiskt då våldsutövaren tar kontroll över hennes sociala kontakter. Därmed blir partnern hennes enda tillgång och det existerar inte längre några kontraster mellan vad som är normalt och inte. Den våldsutsatta kvinnan intalas att hon är värdelös och därav väcks ett intresse hos henne att bevara isoleringen för att hennes omgivning inte ska veta hur värdelös hon är. Parallellt med en stegvis isolering utmanas gränsen mellan våld och värme då våldsutövaren växlar mellan våldshandlingar och handlingar av kärlek (Lundgren, 2012). Vid tillfällen då den misshandlande partnern utför handlingar av ömhet och värme

stärks kvinnans känslomässiga beroende till partnern. Till följd av det ständiga växlandet mellan våld och kärlek uppfattar kvinnan till slut partnerns våldshandlingar som uttryck för kärlek. De sparsamma tillfällena av kärlek väcker den våldsutsatta kvinnans hopp och försvårar hennes möjlighet ytterligare att förändra situationen. Således har våldsutövaren makten över kvinnans liv och död (Lundgren, 2012).

Inom normaliseringsprocessen beskrivs internalisering där den våldsutsatta kvinnan tar över partnerns motiv för våldshandlingarna. Internaliseringen innebär att våldet blir normaliserat genom att våldsutövaren till en början ursäktar sina våldshandlingar med, enligt den våldsutsatta kvinnan, rimliga anledningar (Lundgren, 2012). Våldsutövarens orsaksförklaringar övergår med tiden till att det är kvinnan och hennes brister som är orsaken till våldet, därav ser hon sig själv genom våldsutövarens perspektiv. Strategier utformas av den våldsutsatta kvinnan för att hantera situationen hon befinner sig i. Vid de första våldshandlingarna tillämpar kvinnan protest som strategi, men med tid övergår strategierna istället till att anpassa sig efter våldet. Anpassning som strategi fortgår tills dess att våldet ses av kvinnan som normalt, i syfte för överlevnad. Därutöver beskrivs våldsutövarens perspektiv gällande sina våldshandlingar utgå från avsikten med att bibehålla kontroll, makt och upprätthålla sin uppfattning om mansrollen. Normaliseringsprocessen bidrar avslutningsvis till att det är svårt för kvinnan att lämna den destruktiva relationen. Störst sannolikhet för kvinnan att lämna relationen är därmed så tidigt som möjligt i processen, när hon fortfarande besitter en egen verklighetsbild (Lundberg, 2012).

Konsekvenser av våld i nära relationer

Våld i nära relationer medför en mängd olika konsekvenser. Våldsutsatta kvinnor intar till exempel mer läkemedel och söker mer frekvent vård för psykiska problem och kronisk smärta än vad icke-våldsutsatta kvinnor gör (Bergh Lund & Witkowski, 2019). Enligt Campbell et al. (2002) beskrivs den generella hälsan som sämre än hälsan hos icke-våldsutsatta kvinnor. Närmare hälften av kvinnorna uppger att de har huvudvärk och två femtedelar upplever ryggsmärta, vilket är en signifikant skillnad jämfört med kvinnor som inte är våldsutsatta. Fortsättningsvis är även gynekologiska besvär vanligare hos dessa kvinnor. Dessa besvär innefattar bland annat vaginala infektioner, sexuellt överförbara sjukdomar, bäckensmärta och samlagssmärta. Matsmältningsproblem, buksmärta och aptitlöshet är andra följder av våld i nära relationer (Campbell et al., 2002).

De utmärkande konsekvenserna av våld i nära relationer är att kvinnornas självkänsla försämras markant (Loke et al., 2012; McCauley et al., 1998). Kvinnorna börjar själva intala sig att de förtjänar att bli utsatta och känner stor skam inför att berätta för andra om våldet. Majoriteten av kvinnorna visar symtom på depression och kraftigt nedsatt livskvalitet. Många av kvinnorna har också svårt att se livet som meningsfullt och har därför självmordstankar. Kvinnorna lider och upplever mycket rädsla av att bo tillsammans med våldsutövaren, vilket också ger upphov till känsla av hjälplöshet. I relationer där barn förekommer känner många kvinnor en ambivalens gällande att lämna våldsutövaren då de är rädda att detta skulle påverka barnen negativt. Till följd av dessa tankar tillåter sig många kvinnor vara kvar i den destruktiva relationen (Loke et al., 2012; McCauley et al., 1998). Våld i nära relationer medför även stora konsekvenser för samhället, bland annat att den utsatta kvinnan blir isolerad, oförmögen att arbeta samt ofta får en begränsad förmåga att ta hand om sig själv och eventuella barn (WHO, 2021). Ekonomiska konsekvenser förekommer även på individnivå till följd av exempelvis ekonomiskt våld (Butchart et al., 2008). I Sverige beräknar Socialstyrelsen (2006) att samhällskostnaderna når omkring 2 695-3 300 miljoner kronor årligen, bland annat i form av sjukvård och sjukskrivningar. Denna beräkning exkluderar dessutom kostnader i form av lidande och smärta (Socialstyrelsen, 2006).

Att möta våldsutsatta kvinnor

Verksamheter inom obstetrik och gynekologi, akutmedicin tillsammans med vårdcentraler är de verksamheter som identifierar flest kvinnor som utsätts för våld i nära relationer. Sjuksköterskor är den yrkesgrupp som mest frekvent identifierar och stödjer våldsutsatta kvinnor. Därefter nämns även barnmorskor som en yrkesgrupp vilken möter många av dessa kvinnor (Sprague et al., 2016).

Rhodes et al. (2007) beskriver att flera olika kommunikationsstrategier visat sig vara gynnsamma för att den våldsutsatta kvinnan ska vilja delge vårdgivaren om våldsutsattheten i relationen. Främst påtalas användning av öppna frågor om våld i nära relationer som fördelaktigt då det dessutom bidrar till att vården blir personcentrerad. En annan framgångsrik kommunikationsstrategi är att vårdgivaren är lyhörd för patientens subtila signaler, men även visar empati för patientens situation. Detta bidrar till att patienten känner sig sedd och delar med sig av sin situation som våldsutsatt (Rhodes et al., 2007). Chang et al. (2005) förklarar att våldsutsatta kvinnor önskar att bli tillfrågade om våldsutsatthet som en

möjlighet till stöd och information. Att förklara varför frågan om våld ställs tycks kunna minska kvinnans egen stigmatisering och misstänksamhet. En säker och trygg miljö ses dessutom som positivt när frågan om våld i nära relationer kommer på tal. Slutligen upplevs det av kvinnor som viktigt att erhålla information om våld i nära relationer oberoende av om de har avslöjat våldsutsatthet eller inte (Chang et al., 2005).

I mötet med våldsutsatta personer rekommenderar Socialstyrelsen (2016) en säkerhetsplan utarbetas. Denna påbörjas genom att en sammanställd riskbedömning genomförs utifrån den våldsutsattas hela livssituation, i syfte att bedöma vilket behov av stöd- och hjälpinsatser den våldsutsatta behöver. Riskbedömningen bör även beakta om den våldsutsatta fortfarande befinner sig i den våldsamma relationen eller om hen är på väg att lämna, alternativt redan har lämnat relationen. Efter en bedömning av den våldsutsattas risker och behov bör en genomförandeplan upprättas. I denna plan bör det fastställas hur olika instanser ska handla och samverka i ärendet. Om den våldsutsattas risker och behov förändras kan det vara nödvändigt att revidera säkerhetsplanen och dess insatser (Socialstyrelsen, 2016). Att tillhandahålla psykosocialt stöd åt den våldsutsatta kvinnan är av stor vikt men också att belysa vanliga reaktioner på våldet för kvinnan (Nationellt centrum för kvinnofrid [NCK], 2017). Kvinnan bör informeras om hur hon kan få stöd eller hantera våldet. Det finns ett flertal stödinsatser som den våldsutsatta personen bör erbjudas av hälso- och sjukvården. Inledningsvis etableras ett psykosocialt stöd som kan vara i form av krisbearbetning och stödsamtal för att bygga upp kvinnans självkänsla och rekonstruera hennes nätverk. Vanligtvis krävs insatser från flera olika aktörer för att den våldsutsatta ska uppleva stöd och trygghet, därför ska stödresurser från idéburna organisationer erbjudas i form av exempelvis kvinnojourer eller kriscentrum (NCK, 2017).

Personcentrerad vård

De olika verksamheterna inom hälso- och sjukvården har en väsentlig uppgift att uppmärksamma och synliggöra våld, omhänderta och vårda våldsutsatta samt erbjuda kontakt med andra stödresurser och hjälpinsatser från andra aktörer (Socialstyrelsen, 2016). Örmon (2019) beskriver att den personcentrerade vården är en central del av omvårdnaden av kvinnor som utsätts för våld i nära relationer. Den personcentrerade vården är en av sjuksköterskans kärnkompetenser och ska präglade all omvårdnad (Svensk

sjuksköterskeförening, 2017). Det är först i den personcentrerade miljön som kvinnorna kan uppleva det stöd som behövs för att kunna reflektera över sin situation (Örmon, 2019).

Den personcentrerade vården grundar sig i en vårdrelation vilken bygger på sociala, mellanmännsliga och etiska färdigheter för att etablera en ömsesidig tillit mellan patient och vårdpersonal (Forsberg, 2016). Personcentrerad vård är essentiellt för att undvika vårdlidande där patienten kan uppleva sig förnekad sitt lidande, att inte bli sedd eller hörd. Därmed är maktlöshet, skam och isolering vanliga upplevelser. För att ernå förståelse och samsyn i den personcentrerade vården belyses vikten av kommunikationen i mötet med patienten. Kommunikationen utgör grunden för den personcentrerade vården där patienten upplever en delaktighet och ett medbestämmande som skapar tillit för att redogöra den individuella patientberättelsen (Forsberg, 2016).

Utöver ett personcentrerat förhållningssätt behöver även sjuksköterskor beakta den etiska koden. Sjuksköterskans etiska kod innebär bland annat att sjuksköterskan ansvarar för att tillhandahålla tillräcklig och lämplig information, inleder och främjar insatser som tillgodoser hälsa samt visar respekt, medkänsla och integritet (International Council of Nurses [ICN], 2012).

Sjuksköterskors förutsättningar i mötet med våldsutsatta kvinnor

Gällande sjuksköterskors förutsättningar att identifiera och stödja våldsutsatta kvinnor, påverkas dessa bland annat av de riktlinjer som tillhandahålls av olika instanser, tillgång av lämpliga resurser samt stigmatisering. Socialstyrelsen (2014) har framställt riktlinjer som innefattar att alla kvinnor som vistas inom psykiatrisk vård samt mödrahälsovård bör tillfrågas om våld. All personal inom hälso- och sjukvården rekommenderas att, av sin verksamhet, bli erbjudna utbildning och fortbildning om våld i nära relationer då detta kan öka förutsättningarna att identifiera våldsutsatta kvinnor (Socialstyrelsen, 2014). Riktlinjerna från Socialstyrelsen (2014) är rekommendationer, därav är det således upp till varje verksamhet att implementera rutiner för hur riktlinjerna ska följas. Hur väl verksamheterna följer dessa rekommendationer påverkar sjukvårdspersonalens, och däribland sjuksköterskors, förutsättningar att fråga om samt bemöta våld i nära relationer (Socialstyrelsen, 2014). Sjuksköterskor har dessutom liksom all annan vårdpersonal enligt Socialtjänstlagen (SoL, 2001) skyldighet att göra en orosanmälan till socialtjänsten om det finns misstanke om att barn far illa.

Overstreet och Quinn (2013) redogör för hur stigmatisering påverkar sjuksköterskors förutsättningar vid mötet med kvinnor som utsätts för våld i nära relationer. Stigmatisering innebär att en person kategoriseras som förkastlig baserat på en icke-önskvärd egenskap vilken skiljer personen från andra personer (Goffman, 2014). Kategoriseringen utgår från enskilda personers och samhällets uppfattningar av vilka egenskaper som är önskvärda och inte. Att ingå i en stigmatiserad grupp medför att *den förkastade* inte blir respekterad på grund av den icke-önskvärda egenskapen trots att de resterande önskvärda egenskaperna bör motivera respekt. Den uteblivna respekten skylls således, av *den förkastade*, på sin icke-önskvärda egenskap som därmed blir stigmatiserad (Goffman, 2014). Stigmatisering bidrar till att många våldsutsatta kvinnor upplever rädsla för att vårdgivare ska förakta dem som person, vilket utgör ett hinder för att söka hjälp för våldsutsattheten (Overstreet & Quinn, 2013). Fortsättningsvis förklaras social stigmatisering som samhällets dömande attityder i form av beskyllning av den våldsutsatta kvinnan som inte lämnar relationen (Overstreet & Quinn, 2013).

Omvårdnadens mellanmännsliga aspekter

Omvårdnadsteoretikern Travelbee (2010) redogör för sin teori om omvårdnadens mellanmännsliga aspekter. Hennes människosyn beskrivs som individualistisk och varje människa anses vara alldeles unik. Vissa av livets erfarenheter förekommer dock hos alla individer men det är den enskilda individens upplevelser av dessa erfarenheter som ses som fullkomligt unika (Travelbee, 2010). Kirkevold (2000) beskriver att Travelbees människosyn förkastar de roller som finns i vårdrelationen. Patient- och sjuksköterskerollen ses som generaliserande då de endast betonar gemensamma drag som finns inom varje roll och inte de skillnader som finns mellan olika individer (Kirkevold, 2000).

Travelbees (2010) omvårdnadsteori förklarar att människan som varelse behöver uppleva en känsla av mening i form av att någon eller något behöver en för att livet ska upplevas som värdefullt. Utifrån en våldsutsatt kvinnas perspektiv är det, som nämns i normaliseringsprocessen (Lundgren, 2012), viktigt att känna sig bekräftad och uppskattad. Våldshandlingarna, vilka uppfattas som kärlek, kan tänkas förklara varför kvinnan stannar i relationen i enlighet med vad Travelbee (2010) påstår om att en individ behöver känna sig behövd. Omvårdnaden anses vara nyckeln till en etablering av den mellanmännsliga relationen (Travelbee, 2010). Sjuksköterskan är den som skapar relationen men den kan bara

upprätthållas om patienten är delaktig (Kirkevold, 2000). Den mellanmännsliga relationen bygger upp trygghet mellan parterna och därmed även sjuksköterskans möjlighet att tillgodose omvårdnad. Kvaliteten av den mellanmännsliga relationen avgör alltså således hur mycket patienten kommer dela med sig av sina tankar och upplevelser till sjuksköterskan (Kirkevold, 2000). Det är ofta svårt att identifiera våldsutsatta kvinnor, bland annat eftersom de sällan berättar om våldet utan att bli tillfrågade. Grundläggande faktorer för att dessa kvinnor ska känna att de kan berätta om våldet är trygghet och tillit i vårdrelationen (Overstreet & Quinn, 2013).

Gemensamma drag mellan personcentrerad vård och Travelbees (2010) omvårdnadsteori kan identifieras där människan är en unik individ med unika upplevelser och erfarenheter. Omvårdnadsteorin beskriver således att nyckeln som möjliggör omvårdnad och delaktighet i patientberättelsen är den mellanmännsliga relationen. Den mellanmännsliga relationen som etablerar trygghet hos de båda parterna grundas i kommunikationen (Kirkevold, 2000).

Syfte

Syftet med litteraturstudien är att beskriva sjuksköterskors upplevelser av sina förutsättningar att identifiera och stödja kvinnor som utsätts för våld i nära relationer.

Metod

Den valda metoden är en litteraturstudie. En litteraturstudie görs som en översikt av befintlig litteratur för att sammanställa denna inom ett specifikt område. En sådan sammanställning kan också genomföras för att skapa en helhetsförståelse för en viss företeelse och dess kunskapsunderlag i nuläget (Friberg, 2017).

Urval

I denna litteraturstudie eftersöktes studier som handlar om sjuksköterskors upplevelser av sina förutsättningar att identifiera och stödja våldsutsatta kvinnor inom både primär- och slutenvård. I sökningen inkluderades studier som har fokus på sjuksköterskor och barnmorskor eftersom dessa yrkesgrupper tenderar att möta kvinnor som utsätts för våld i nära relationer mer frekvent (Sprague et al., 2016). Med tanke på att våld i nära relationer är

ett globalt problem inkluderades studier oberoende på vilket land de genomförts i. Vid sökning av artiklar i databaser avsågs att inkludera artiklar som är skrivna på engelska och publicerade de senaste tio åren. Av anledning att erhålla olika aspekter samt att uppnå ett djup i studien innefattas studier med både kvantitativa och kvalitativa designer. Artiklar som är litteraturöversikter, inte för ett etiskt resonemang eller inte uppnår tillfredsställande kvalitet exkluderades.

Sökningar av artiklar genomfördes i databaserna CINAHL och PubMed. CINAHL tillhandahålls av Elton B. Stephens Company [EBSCO] och innehåller en mängd samlad litteratur från 814 fritt tillgängliga tidskrifter med inriktning på omvårdnadsområdet (EBSCO, u.å). National Library of Medicine [NLM], vilket är världens största bibliotek för biomedicinsk litteratur, har framställt databasen PubMed. I PubMed återfinns publikationer som behandlar en mängd olika områden inom hälsovetenskap (NLM, 2021).

Datainsamling

MeSH-termer och sökord i fritext relaterade till ämnesområdet tillämpades för att finna material till litteraturstudien. De sökord som användes i CINAHL respektive PubMed återfinns i *Tabell 1* samt *Tabell 2*. För att fastställa en strukturerad artikelsökning användes booleska sökoperatörer i form av OR och AND. Booleska sökoperatörer tillämpas för att specificera sökningen genom att utesluta vissa termer alternativt expandera sökningen genom att kombinera sökord eller söka på begrepp som angränsar till varandra (Kristensson, 2014).

Samtliga titlar som genererades av artikelsökningarna lästes varpå, utifrån dessa, relevanta artiklars abstrakt lästes vidare. Titlar som inte innehöll termer i enlighet med de söktermer vi använt i sökningen samt titlar som uppenbart påtalade att studien inte svarade på denna litteraturstudies syfte selekterades bort. Vid sökningen i PubMed uteslöts de elva titlar som tidigare förekommit i CINAHL då dessa redan var granskade. Totalt 23 abstrakt lästes och relevanta studier utifrån dessa lästes i fulltext. Relevanta studier var sådana med kvalitativ, kvantitativ eller mixad studiedesign och som fokuserar på sjuksköterskors, alternativt barnmorskors perspektiv på sina förutsättningar att identifiera eller stödja våldsutsatta kvinnor. I fulltext lästes 17 artiklar och därefter sorterades studier som inte svarade på litteraturstudiens syfte bort.

Sökschema

Tabell 1: Sökning i databasen CINAHL.

2021-12-01 CINAHL	Sökord	Antal träffar	Lästa titlar	Lästa abstrakt	Lästa i fulltext	Kvalitets- granskade	Utvalda till studien
#1	((MH "Nurses+") OR nurses) AND (experience OR perception) AND filter: "English, From 2011-2021"	42 146					
#2	(screening OR identify OR identification OR address OR manage OR respond) AND filter: "English, From 2011-2021"	507 447					
#3	(facilitators OR barriers OR precondition OR preparedness) AND filter: "English, From 2011-2021"	86 638					
#4	(MH "Domestic Violence+") OR (MH "Intimate Partner Violence") OR domestic violence OR intimate partner violence OR spouse abuse OR couple abuse AND filter: "English, From 2011-2021"	27 223					
#5	#1 AND #2 AND #3 AND #4	47	47	13	12	8	6

Tabell 2: Sökning i databasen PubMed.

2021-12-01 PubMed	Sökord	Antal träffar	Lästa titlar	Lästa abstrakt	Lästa i fulltext	Kvalitets- granskade	Utvalda till studien
#1	("Nurses"[Mesh] OR nurses) AND (experience OR perception) AND filter: "English, From 2011-2021"	34 168					
#2	(screening OR identify OR identification OR manage OR respond) AND filter: "English, From 2011-2021"	4 777 067					

#3	(facilitators OR barriers OR precondition OR preparedness) AND filter: "English, From 2011-2021"	545 143					
#4	("Domestic Violence"[Mesh] OR "Intimate Partner Violence"[Mesh] OR "Spouse Abuse"[Mesh] OR domestic violence OR intimate partner violence OR spouse abuse OR couple violence) AND filter: "English, From 2011-2021"	23 963					
#5	#1 AND #2 AND #3 AND #4	60	60*	10	5	2	2

*Elva av dessa hade redan påträffats i CINAHL och var således redan granskade.

Dataanalys

Litteraturstudien beskrivs som en icke-systematisk översikt och utarbetades utifrån en induktiv ansats. En induktiv ansats innebär att data i form av specifika observationer bildar en uppfattning om generella mönster (Polit & Beck, 2022). Dessa mönster redovisades med hjälp av teman.

Kristensson (2014) beskriver kvalitetsgranskning som ett tillvägagångssätt att säkerställa de kvantitativa studiernas validitet och de kvalitativa studiernas trovärdighet. Åtta artiklar från CINAHL respektive två artiklar från PubMed granskades sedan avseende deras kvalitet. De granskningsmallar som användes som stöd för att bedöma studiernas kvalitet var granskningsmall för kvalitativa studier från Statens beredning för medicinsk och social utvärdering (SBU, 2020), granskningsmall för kvantitativa tvärsnittsstudier från Joanna Briggs Institute (JBI, 2020) samt granskningsverktyget Mixed Methods Appraisal Tool [MMAT] (Hong et al., 2018) för mixade metoder. Kvalitativa studier som hade obetydliga eller mindre brister bedömdes vara av tillfredsställande kvalitet. Kvantitativa studier och studier med mixad metod bedömdes utifrån en skala med låg, medel eller hög kvalitet med stöd av passande granskningsmall. Utifrån denna skala definierades hög kvalitet som tillfredsställande och dessa studier inkluderades därmed i resultatet. Efter

kvalitetsgranskningen beslutades att sex artiklar från CINAHL och två artiklar från PubMed skulle ingå i litteraturstudien (se *Tabell 1* och *Tabell 2*).

Därefter genomfördes integrerad analys av studiernas data med hjälp av Fribergs (2017) tre analyssteg. Till en början genomfördes en noggrann läsning av de valda studiernas innehåll, vilket bidrog till en förståelse för studiernas helhet. Artiklarna lästes enskilt av varje författare och tillsammans genomfördes sedan en reduktion av resultaten där det väsentliga utifrån frågeställningen skrevs ned från varje studie. En artikelmatris för varje studie framställdes för att få en tydlig överblick av varje studie. Därefter färgkodades resultaten i studierna utifrån likheter och skillnader. Med hjälp av denna färgkodning konstruerades teman och underteman.

Forskningsetiska avvägningar

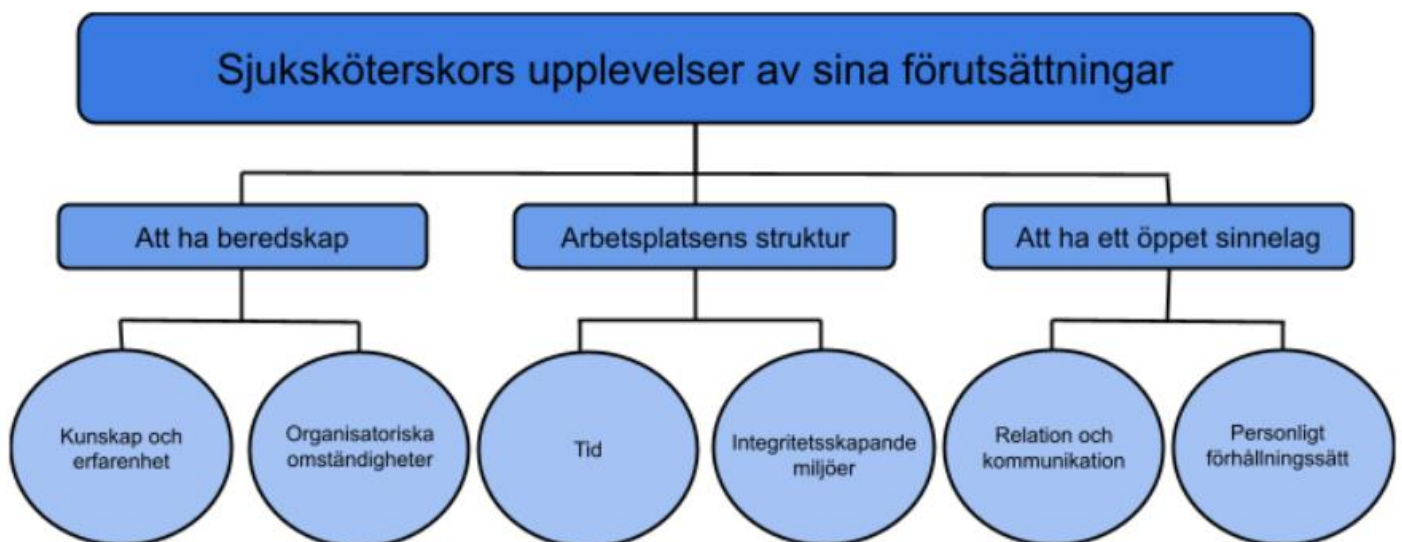
Polit och Beck (2022) belyser vikten av etiska principer i samband med forskning. För att säkerställa att forskningen genomförs med etiskt försvarbara metoder finns det olika styrdokument såsom Helsingforsdeklarationen (World Medical Association [WMA], 2018) och ICN:s (2012) etiska kod för sjuksköterskor. Polit och Beck (2022) beskriver ytterligare aspekter att beakta gällande etiska principer. En första aspekt är att bevara välmåendet bland deltagarna vilket görs genom att maximera fördelar och minimera skada och obehag i olika avseenden. Välmåendet bevaras även genom att deltagarna försäkras om att det de bidrar med till studien inte kommer utnyttjas emot dem. Fortsättningsvis är att behålla respekt för mänsklig värdighet betydelsefullt inom forskningsetik. Respekten för människovärdet innebär att deltagarna har full autonomi och själva bestämmer huruvida de vill vara med i studien såväl som rättigheten att bli fullständigt informerade om studiens innebörd, konsekvenser samt rätten till att avbryta sitt deltagande. En tredje aspekt är rättvisa, som innebär att deltagarna ska behandlas likvärdigt samt att integriteten hos deltagarna ska bevaras. För att forskarna ska kunna säkerställa att dessa aspekter tas i beaktning kan de utföra diverse procedurer för att skydda studiedeltagarna. Dessa procedurer är till exempel att genomföra en bedömning gällande risker kontra fördelar med studien, att inhämta informerat samtycke från samtliga deltagare, att bibehålla deltagarnas anonymitet samt erbjuda stöd om samtal kring känsliga ämnen förekommer. Om sårbara grupper inkluderas i studien bör även detta beaktas väl. För att garantera deltagarnas mänskliga rättigheter måste forskarna även få

godkännande av utomstående aktör (Polit & Beck, 2022). Genom att exkludera studier som inte har fört ett etiskt resonemang från denna litteraturstudie säkerställs att litteraturstudien är etiskt försvarbar. Artiklarna som ingick i studien genomgick en etisk granskning med stöd av riktlinjer från Polit och Beck (2022).

Resultat

Resultatet i litteraturstudien grundar sig i åtta olika studier (se *Bilaga 1*) som på olika sätt behandlar sjuksköterskors upplevelser av sina förutsättningar att identifiera och stödja kvinnor som utsätts för våld i nära relationer. Under analysen identifierades tre övergripande huvudteman: *Att ha beredskap*, *Arbetsplatsens struktur* och *Att ha ett öppet sinnelag* med respektive underteman (se *Figur 1*).

Figur 1: Framställda teman med underteman.



Att ha beredskap

Att ha beredskap identifierades som ett huvudtema och anses som nödvändigt i mötet med kvinnor som utsätts för våld i nära relationer. Eustace et al. (2016) belyser dessutom att brist på förberedelse ger upphov till en känsla av rädsla och ångest hos sjuksköterskor som

identifierar våldsutsatta kvinnor. Temat beskrivs närmare i undertemana *Kunskap och erfarenhet* samt *Organisatoriska omständigheter*.

Kunskap och erfarenhet

Resultatet visar att det finns en upplevelse av otillräcklig kunskap och erfarenhet inom området för att kunna påtala frågan om våld i nära relationer (Alhalal, 2020; Beynon et al., 2012; Eustace et al., 2016; Finnbogadóttir & Dykes, 2012; Guillery et al., 2012; Poreddi et al., 2020; Sundborg et al., 2017; Wyatt et al., 2019). Sjuksköterskor upplever bristfällig utbildning och ser bristfällig kunskap som en försvårande förutsättning gällande identifiering och stödande med kvinnor som utsätts för våld i nära relationer (Beynon et al., 2012; Eustace et al., 2016; Finnbogadóttir & Dykes, 2012; Guillery et al., 2012; Sundborg et al., 2017). Dessutom framkommer det att sjuksköterskor inte upplever sig vara säkra på att den kunskap de faktiskt besitter inom området är korrekt (Finnbogadóttir & Dykes, 2012; Wyatt et al., 2019). Den bristfälliga kunskapen uttrycker sig i form av okunskap avseende vilka tecken som framkommer vid våld i nära relationer, hur frågan om våldsutsatthet bör ställas samt vilka interventioner som är lämpliga som stöd (Alhalal, 2020; Eustace et al., 2016; Sundborg et al., 2017). Utbildning inom området upplevs öka kunskap och förståelse samt minska tveksamheten vid identifiering av kvinnor som utsätts för våld i nära relationer (Alhalal, 2020; Beynon et al., 2012; Finnbogadóttir & Dykes, 2012; Poreddi et al., 2020; Sundborg et al., 2017). Att samtala med kvinnor som tidigare varit våldsutsatta samt att få möjlighet att öva i simulerade samtal är exempel på metoder som upplevs kunna öka sjuksköterskornas kunskap (Beynon et al., 2012; Wyatt et al., 2019).

Begränsad erfarenhet av att identifiera och stödja kvinnor som utsätts för våld i nära relationer, såväl inom utbildning som i kliniskt arbete, upplevs av sjuksköterskor som ytterligare en försvårande faktor (Finnbogadóttir & Dykes, 2012; Poreddi et al., 2020; Wyatt et al., 2019). Professionell erfarenhet upplevs som en betydelsefull del i att utveckla en intuition för att identifiera subtila tecken på våld, såsom avvikande kroppsspråk (Beynon et al., 2012; Finnbogadóttir & Dykes, 2012; Sundborg et al., 2017). Sjuksköterskor som har personliga erfarenheter av våld i nära relationer upplever även att dessa kan vara en resurs vid identifiering och stödande av våldsutsatta kvinnor (Beynon et al., 2012; Sundborg et al., 2017). Resultatet visar att sjuksköterskor upplever att både professionell och personlig erfarenhet skapar en intuition och insikt om vilka tecken som förekommer vid våld i nära

relationer vilket gynnar identifiering av dessa kvinnor (Beynon et al., 2012; Finnbogadóttir & Dykes, 2012; Poreddi et al., 2020; Sundborg et al., 2017; Wyatt et al., 2019). Avslutningsvis lyfter Wyatt et al. (2019) att sjuksköterskor upplever att deras förmåga att identifiera våld i nära relationer ökar i förhållande till längre erfarenhet.

Organisatoriska omständigheter

Att ha beredskap handlar också om hur en arbetsplats är organiserad, avseende det stöd som sjuksköterskor får från verksamheten. Ytterligare organisatoriska omständigheter som upplevs påverka förutsättningarna att identifiera och stödja våldsutsatta kvinnor är anmälningsskyldighet gentemot socialtjänst samt oklar ansvarsfördelning (Alhalal, 2020; Beynon et al., 2012; Eustace et al., 2016; Finnbogadóttir & Dykes, 2012; Sundborg et al., 2017; Wyatt et al., 2019). Stöd från arbetsplatsen och kollegor samt samarbete med socialtjänst och övriga professioner inom hälso- och sjukvård upplevs av sjuksköterskor som resurser vid mötet med våldsutsatta kvinnor (Beynon et al., 2012; Finnbogadóttir & Dykes, 2012; Poreddi et al., 2020; Sundborg et al., 2017). Sjuksköterskor upplevde att kvinnor inte svarar ärligt på frågan om våld i nära relationer eftersom de känner rädsla relaterat till lagar om anmälningsskyldighet till socialtjänst då barn far illa (Beynon et al., 2012; Eustace et al., 2016). Ett annat framträdande dilemma är sjuksköterskors upplevelse av rädsla gentemot våldsutövaren för sin egen del, vilket förhindrar arbetet med de våldsutsatta kvinnorna (Beynon et al., 2012; Finnbogadóttir & Dykes, 2012). Resultatet visar ytterligare en försvårande faktor i form av geografiskt läge, då de sjuksköterskor som arbetar på mer avlägsna platser upplever avsaknad av sociala resurser, stöd och interventioner för de kvinnor som utsätts för våld i nära relationer (Beynon et al., 2012; Eustace et al., 2016).

Tydliga riktlinjer upplevs som en resurs inför att möta kvinnor då det bidrar till en konkret struktur avseende när, hur och vem som bör tillfrågas om våld i nära relationer (Beynon et al., 2012; Finnbogadóttir & Dykes, 2012; Sundborg et al., 2017). Rutinmässig screening är en typ av riktlinje som innebär att samtliga kvinnor tillfrågas om våld, däremot finns det bland sjuksköterskor skilda uppfattningar kring huruvida denna riktlinje är nödvändig (Beynon et al., 2012; Eustace et al., 2016; Finnbogadóttir & Dykes, 2012; Sundborg et al., 2017). Trots att riktlinjer upplevs som underlättande vid identifiering och stödjande av våldsutsatta kvinnor tenderar dessa att vara otydliga från arbetsledningens håll. Bristfälliga riktlinjer

försvårar mötet eftersom sjuksköterskan blir osäker på hur hen ska gå till väga (Guillery et al., 2012; Poreddi et al., 2020; Sundborg et al., 2017).

Att använda verktyg och interventioner vid identifiering och stödjande av kvinnor som utsätts för våld i nära relationer upplevs som centralt, däremot upplevs det som oklart vilka olika interventioner som kan tillämpas, vilket försvårar mötet (Eustace et al., 2016; Guillery et al., 2012). De verktyg som sjuksköterskor upplever vara gynnsamma är att erbjuda emotionellt stöd, tillhandahålla information om samhällsresurser samt att tillämpa visuellt material i form av bilder som föreställer våld när språkliga skillnader förekommer mellan parterna (Poreddi et al., 2020; Guillery et al., 2012).

Arbetsplatsens struktur

Utformandet av arbetsplatsen har betydelse för vilka förutsättningar som sjuksköterskor får avseende att identifiera och stödja våldsutsatta kvinnor. Temat beskrivs närmare i undertemana *Tid* och *Integritetskapande miljöer*.

Tid

Resultatet visar att en nödvändig förutsättning för att identifiera och stödja våldsutsatta kvinnor, upplevs av sjuksköterskor vara tidsresurser eftersom det möjliggör tillfälle att lyssna på kvinnan och skapa en tillitsfull relation (Beynon et al., 2012; Eustace et al., 2016). Tidsresurser medför även tillfälle för en kontinuerlig kontakt med kvinnan vilket gynnar relationen och möjligheten att identifiera och stödja henne (Eustace et al., 2016). Enligt Alhalal (2020) upplever sjuksköterskor att de besitter tillräckligt med tid för att identifiera och stödja kvinnor som utsätts för våld i nära relationer. Resultatet påvisar däremot också att tidsbrist är en väsentligt försvårande faktor i frågan om att hantera våld i nära relationer (Alhalal, 2020; Beynon et al., 2012; Eustace et al., 2016; Finnbogadóttir & Dykes, 2012; Poreddi et al., 2020; Sundborg et al., 2017; Wyatt et al., 2019). Tidsbristen grundas i flera fall av arbetsplatsrelaterade faktorer såsom hög arbetsbelastning (Beynon et al., 2012; Finnbogadóttir & Dykes, 2012; Poreddi et al., 2020; Wyatt et al., 2019). Det uppmärksammas att sjuksköterskor upplever frustration och överväldigande känslor relaterat till tidsbrist i förhållande till att kunna skapa en relation med kvinnan innan det är lämpligt att ställa frågan om våldsutsatthet (Eustace et al., 2016; Wyatt et al., 2019).

Integritetsskapande miljöer

Integritetsskapande miljöer upplevs som ytterligare en förutsättning för sjuksköterskor som möter kvinnor som utsätts för våld i nära relationer. Brist på dessa miljöer upplevs som en barriär vid identifiering och stödjande av våldsutsatta kvinnor (Beynon et al., 2012; Guillery et al., 2012; Poreddi et al., 2020). Identitetsskapande miljöer kan exempelvis vara avskilda rum där sjuksköterskan kan samtala med kvinnan utan att störas av närstående eller andra patienter. Utöver avsaknad av integritetsskapande miljö upplevs att närvaro av anhöriga och andra patienter upplevs leda till att identifieringen av kvinnor som utsätts för våld i nära relationer försvåras och brister i sekretess uppkommer. Särskilt angeläget ansågs närvaro av kvinnans partner vara en försvårande faktor vid identifieringen (Beynon et al., 2012; Finnbogadóttir & Dykes, 2012).

Att ha ett öppet sinnelag

Att ha ett öppet sinnelag har identifierats som en väsentlig förutsättning avseende sjuksköterskors hantering av att möta kvinnor som utsätts för våld i nära relationer.

Temat beskrivs närmare i följande två underteman: *Personligt förhållningssätt* och *Relation och kommunikation*.

Personligt förhållningssätt

Resultatet visar att sjuksköterskors personliga förhållningssätt påverkar identifieringen och stödandet av våldsutsatta kvinnor. Däribland upplever sjuksköterskor starka känslor i samband med att de identifierar våld i nära relationer, men även skuld relaterat till att de inte identifierar alla våldsutsatta kvinnor samt oförmågan att stödja dessa kvinnor (Finnbogadóttir & Dykes, 2012; Poreddi et al., 2020; Sundborg et al., 2017). Sjuksköterskors obekvämheter, egna negativa fördomar och attityder avseende våld i nära relationer upplevs som försvårande i mötet med våldsutsatta kvinnor (Alhalal, 2020; Beynon et al., 2012; Finnbogadóttir & Dykes, 2012; Wyatt et al., 2019). En annan faktor i det personliga förhållningssättet är att sjuksköterskor upplever det som bekvämt att undvika frågan om våld i nära relationer då de inte vill bli för involverade och hantera följderna av svaret (Eustace et al., 2016; Finnbogadóttir & Dykes, 2012; Sundborg et al., 2017).

Resultatet påvisar att sjuksköterskor upplever att stigmatisering av våld i nära relationer försvårar identifieringen av våldsutsatta kvinnor. Stigmatiseringen bidrar till att sjuksköterskan undviker att fråga kvinnan om våld av hänsyn till eventuella skamkänslor (Beynon et al., 2012; Sundborg et al., 2017; Wyatt et al., 2019). Till följd av kvinnans rädsla för stigmatisering upplever sjuksköterskor att våldsutsatta kvinnor är motvilliga till att avslöja sin våldsutsatthet vilket förhindrar en förändring av situationen. Det fysiska våldet upplevs föregå av en lång process där våldsutövaren mentalt bryter ned kvinnans självkänsla vilket antyds vara en förklaring till problematiken avseende att våldsutsatta kvinnor upplever skam och därmed undviker att söka stöd. Å andra sidan upplever sjuksköterskor att våldsutsatta kvinnor, trots insikt, har bekymmer med att överge situationen relaterat till hennes rädsla för våldsutövaren (Finnbogadóttir & Dykes, 2012).

Relation och kommunikation

Resultatet visar att sjuksköterskor upplever att en tillitsfull relation är betydelsefull i mötet med våldsutsatta kvinnor eftersom det ökar sannolikheten att kvinnan svarar ärligt på frågan om våld. Förutsättningen för att en sådan relation ska kunna etableras är god kommunikation. En kontinuerlig relation medför att sjuksköterskan kan observera förändrat eller avvikande beteende hos kvinnan, däremot är det tidskrävande att skapa en sådan relation (Eustace et al., 2016; Poreddi et al., 2020; Sundborg et al., 2017). Att ha strategier såsom att vara närvarande, uppmärksam samt lyssnar på den våldsutsatta kvinnans berättelse upplevs av sjuksköterskor som en underlättande faktor för identifiering och stödjande av kvinnan (Finnbogadóttir & Dykes, 2012; Poreddi et al., 2020; Sundborg et al., 2017).

Språkliga och kulturella skillnader är en försvårande faktor avseende kommunikation i mötet med kvinnor som utsätts för våld i nära relationer (Beynon et al., 2012; Finnbogadóttir & Dykes, 2012; Guillery et al., 2012). Resultatet visar att utöver språkkomplikationer är det svårt att nå fram till immigrerade kvinnor relaterat till kulturella skillnader i det sociala nätverket (Finnbogadóttir & Dykes, 2012; Guillery et al., 2012). Oftast är kvinnans partner den enda sociala och ekonomiska tryggheten vilket försvårar för kvinnan att avslöja våldsutsatthet oberoende av partners medverkan i mötet. Resurser vid språkskillnader upplevs av sjuksköterskor förslagsvis vara att inkludera en professionell tolk i mötet (Guillery et al., 2012).

Diskussion

Diskussion av metod

Syftet med studien var att undersöka sjuksköterskors upplevelser, trots det inkluderades även studier med fokus på barnmorskors upplevelser (Eustace et al., 2016; Finnbogadóttir & Dykes, 2012) i urvalet. Detta ansågs relevant då barnmorskor är en av de yrkesgrupper som mest frekvent identifierar våld mot kvinnor i nära relationer (Sprague et al., 2016). Vidare inkluderades studier som genomförts i sex olika länder vilket skulle kunna tänkas försvåra analysen med tanke på skillnader i de olika ländernas kultur och normer. Däremot identifierades trots dessa kulturella och normativa skillnader likartade resultat i studierna oberoende av vilka länder studierna genomfördes i, vilket kan tyda på att det finns en generaliserbarhet av resultatet. Generaliserbarhet innebär att urvalet i en studie kan överföras till populationen (Kristensson, 2014). Med tanke på att våld mot kvinnor i nära relationer, enligt Devries et al. (2003), är ett globalt folkhälsoproblem ansågs det vara en styrka i litteraturstudien att inkludera studier från olika geografiska platser eftersom det ger ett globalt perspektiv även i resultatet.

I denna litteraturstudie inkluderades dessutom studier med både kvalitativ, kvantitativ och mixad metod vilket skulle kunna ses som en svaghet då det kan uppfattas som svårt att identifiera likheter respektive skillnader mellan studier utförda med olika studiedesign. Det ansågs värdefullt då en mångfald av studiedesigner kunde bidra med olika aspekter och ett annat typ av djup i analysen som inte upplevdes kunna erhållas vid endast en typ av studiedesign. Generellt sett är kvalitativa studiedesigner att föredra vid undersökning av upplevelser, men gällande detta ämnesområde ansåg författarna att även kvantitativa studier bidrog med förståelse för fenomenet. Dessutom undersöker kvantitativa studier ofta ett större urval och kan bidra till generaliserbarhet av resultatet. Studier som exkluderades var sådana skrivna på ett annat språk än engelska samt studier som sammanställts för mer än 10 år sedan. Denna typ av kriterier begränsade givetvis urvalet till viss del men ansågs som nödvändiga, dels för att ingen av författarna behärskar fler språk än svenska och engelska samt för att litteraturstudien syftar till att sammanställa så dagsaktuell forskning som möjligt.

Strukturerade sökningar av artiklar genomfördes med hjälp av booleska termer i två omfattande databaser. Nackdelen med att använda endast två databaser är att det kan finnas studier i andra databaser vilka hade kunnat bidra med nya resultat till litteraturstudien. Fördelen med att endast söka i två databaser är däremot att mängden data begränsas och anpassas efter tidsramen för litteraturstudiens utarbetande. Synonyma sökord och MeSH-termer användes i samma sökblock, till exempel *intimate partner violence* och *domestic abuse*, då vissa studier använt sig av det ena istället för det andra. Att utforma sökningen på detta sätt är fördelaktigt för att inte gå miste om relevanta studier. Vid behov av att begränsa sökningen från vissa irrelevanta studier hade nyttjande av den booleska söktermen NOT kunnat tillämpas. Att tillämpa denna term ansågs däremot inte vara nödvändig i de aktuella sökningarna. En brist i sökmetoden skulle kunna utgöras av att det fanns ytterligare relevanta sökord vilka inte lyckades identifieras. Om fler, för syftet, passande sökord identifierats är det troligt att sökningen kunnat breddas och ytterligare studier med nya perspektiv hade kunnat inkluderas i resultatet.

En styrka i urvalsprocessen är att de studier som inkluderats i resultatet, i stor utsträckning, behandlar samma vårdområden vilka identifierats som de där våld i nära relationer mest frekvent bemöts. Av de studier som ingår i litteraturstudien inriktar sig flertalet på verksamheter inom mödrahälsovård, psykiatri eller primärvård. Dessa verksamheter överensstämmer med de verksamheter som i bakgrunden lyfts fram som centrala avseende att identifiera och stödja kvinnor som utsätts för våld i nära relationer (Socialstyrelsen, 2014; Sprague et al., 2016).

En systematisk litteraturstudie innebär att undersöka, granska och utvärdera all relevant litteratur inom ett specifikt problemområde (Kristensson, 2014). I denna litteraturstudie inkluderades *inte alla* relevanta studier inom området, därmed uppfylls inte kriterierna för en systematisk översikt och studien kan således kallas för en icke-systematisk litteraturstudie. Om istället en systematisk litteraturstudie hade genomförts hade troligen ett annat resultat utarbetats då fler perspektiv analyserats. Således hade en systematisk litteraturstudie bidragit till ett mer nyanserat resultat. Att genomföra en systematisk litteraturstudie är ett omfattande arbete och kräver mycket tid, därav fanns det i detta fall inte möjlighet att genomföra en sådan studie relaterat till begränsade tidsramar. En icke-systematisk litteraturstudie är då ett mer rimligt tillvägagångssätt och bibehåller även mer eller mindre systematik i arbetsgången.

I denna litteraturstudie gjordes en analys utifrån Fribergs (2017) tre steg. Analysen bedömdes som lämplig med tanke på att syftet med studien. Således var det fördelaktigt att använda en metod som innebär framställande av teman då det underlättar identifiering av likheter och skillnader mellan studierna (Friberg, 2017). En svaghet med dataanalysen skulle kunna vara att relevant information från studierna eventuellt och obemärkt gått förlorad då teman för litteraturstudien förändrades under arbetets gång.

Författarna hade ringa förförståelse inom området inför arbetets start. Förförståelsen utgjordes endast av ett par föreläsningar samt egenstudier inom området. En låg grad av förförståelse kan utgöra en svaghet med tanke på att det krävs mer tidsåtgång avseende att erhålla kunskap inom området. Denna kunskap har behövts för att avgöra vilka aspekter som är relevanta för sjuksköterskans ansvarsområde. Å andra sidan kan en lägre grad av förförståelse utgöra en styrka med tanke på att samtliga aspekter inom området studerats och därmed reducerat risken för att betydelsefulla aspekter förbisets. Dessutom kan hög grad av förförståelse påverka analysen och göra den mindre objektiv.

Diskussion av framtaget resultat

Betydelsen av en tillitsfull relation mellan sjuksköterska och kvinna belyses i resultatet. Vårdrelationen ses som främjande avseende ärlig kommunikation och i takt med att parterna utvecklar tillit gentemot varandra gynnas samtalet om våld i nära relationer (Eustace et al., 2016; Poreddi et al., 2020; Sundborg et al., 2017). Travelbee (2010) menar dessutom att omvårdnad grundar sig i den mellanmännsliga relationen, varpå det är en del av sjuksköterskans ansvarsområde att upprätta relationen. Den mellanmännsliga relationen ses av sjuksköterskor som en väsentlig förutsättning i bemötandet av våldsutsatta kvinnor (Eustace et al., 2016; Poreddi et al., 2020; Sundborg et al., 2017). För att kunna etablera en tillitsfull relation är det av vikt att sjuksköterskor beaktar omvårdnadsteorin om mellanmännsliga aspekter. Travelbees omvårdnadsteori (Kirkevold, 2000) belyser kvaliteten av relationen som avgörande i vilken grad patienten, i denna kontext *kvinnan*, delar med sig av våldserfarenheter. Relationens kvalitet avgörs av hur villig sjuksköterskan är att ta till sig *kvinnans* berättelser och personlighet men också av huruvida sjuksköterskan visar omtanke gentemot *kvinnan* (Travelbee, 2010). Att relationens kvalitet har betydelse i mötet med våldsutsatta kvinnor samstämmer med de upplevelser sjuksköterskor har avseende en tillitsfull relation (Eustace et al., 2016; Poreddi et al., 2020; Sundborg et al., 2017). Vad som

kan problematiseras är att *kvinnan* måste vara delaktig i relationen för att denna ska kunna bibehållas, vilket Kirkevold (2000) belyser i Travelbees omvårdnadsteori. Att våld mot kvinnor i nära relationer är socialt stigmatiserat kan vara en förklaring av varför dessa kvinnor upplever rädsla för att vara delaktiga i vårdrelationen. Således kompliceras upprätthållandet av relationen mellan sjuksköterska och *kvinnna*. Att bibehålla en relation är förstuds komplext med tanke på att en välfungerande relation är beroende av delaktighet från samtliga parter.

En förutsättning som sjuksköterskor upplever inte uppfylls vid mötet med våldsutsatta kvinnor är tid, med andra ord förekommer det tidsbrist i verksamheten (Beynon et al., 2012; Eustace et al., 2016; Finnbogadóttir & Dykes, 2012; Poreddi et al., 2020; Sundborg et al., 2017; Wyatt et al., 2019). Att ha tid till att ställa frågan om våld samt att besitta tid till att stödja de kvinnor som utsätts för våld är grunden i mötet. Således ses tidsbrist som en försvårande förutsättning även avseende att etablera den tillitsfulla relationen, eftersom etablerandet av relationen grundar sig i kommunikation. Svensk sjuksköterskeförening (2020) har initierat en undersökning avseende sjuksköterskors tidsbrist i allmänhet, varpå det visar sig att sjuksköterskor med anledning av tidsbrist avstår från att vidta vissa omvårdnadsåtgärder. I kontext av våld i nära relationer kan uteblivna omvårdnadsåtgärder innebära att kvinnor inte blir tillfrågade om våldsutsatthet men också avsaknad av stöd och interventioner vid fall av våld. Tidsbristen visar sig också orsaka brister i sjuksköterskors förmåga att följa den etiska koden (Svensk sjuksköterskeförening, 2020). Relaterat till att våld i nära relationer är en stigmatiserad företeelse är det etiska förhållningssättet väsentligt. Därav är tidsbrist en avsevärd begränsning i mötet när den utgör hinder för sjuksköterskor att följa den etiska koden. Eustace et al. (2016) och Wyatt et al. (2019) uppmärksammar i resultatet att sjuksköterskor upplever överväldigande känslor till följd av att de inte hinner rätta till för våldsutsatta kvinnor. Dessa känslor kan tänka orsakas av att sjuksköterskorna inte lever upp till den etiska koden så som de strävar efter.

Organisatoriska omständigheter i form av bristfälliga riktlinjer upplevs av sjuksköterskorna försvåra identifieringen och stödande av våldsutsatta kvinnor (Guillery et al., 2012; Poreddi et al., 2020; Sundborg et al., 2017). Riktlinjer kan bidra till utveckling av en självsäkerhet hos sjuksköterskan där frågan om våldsutsatthet inte blir lika abstrakt och obekvämt, utan snarare tillför en tydlighet gällande vilka kvinnor som ska tillfrågas samt hur och när. Socialstyrelsen (2014) och WHO (2013) har utformat riktlinjer omfattande identifiering såväl som

interventioner vid våld i nära relationer, vars användning är en rekommendation. Således är det verksamhetens ansvar att införa dessa riktlinjer som standardiserat tillvägagångssätt vid omvårdnad av kvinnor. Med tanke på att varje enskild verksamhet ansvarar för implementering av riktlinjerna kan *inte* antas att alla verksamheter *faktiskt har* implementerat dessa. Därav påverkas sjuksköterskors förutsättningar för identifiering av våld i nära relationer beroende på vilka ärenden som prioriteras på arbetsplatsen. WHO (2013) rekommenderar inte att *alla* kvinnliga patienter ska tillfrågas om våldsutsatthet. Däremot belyses att kvinnor med bland annat gastrointestinal, reproduktiv och psykisk ohälsa bör tillfrågas om våld i nära relationer (WHO, 2013). Således stämmer dessa globala riktlinjer delvis överens med Socialstyrelsens (2014) riktlinjer om att i Sverige tillfråga alla kvinnliga patienter inom psykiatri och mödravården om våld i nära relationer. Enligt Socialstyrelsen (2016) är det hälso- och sjukvårdens ansvar att upprätthålla god hälsa och vård på lika villkor för sina patienter, såväl som att hänvisa de patienter som behöver ytterligare stöd vidare till andra sektorer som besitter den kompetens och resurser specifikt för ärendet. Likaså instämmer WHO (2013) med att våldsutsatta kvinnor bör informeras om och få hjälp att kontakta andra stödorganisationer och sektorer i samhället.

Slutsats och kliniska implikationer

Sjuksköterskor upplever en mängd olika förutsättningar vid identifiering och stödande av kvinnor som utsätts för våld i nära relationer. De mest centrala är kunskap och erfarenhet, tid samt personligt förhållningssätt. Sjuksköterskor upplever att de har bristfällig kunskap avseende våld i nära relationer men dessbättre är många sjuksköterskor villiga att utöka sin kunskap. Denna litteraturstudie kommer fram till att bristfällig kunskap och erfarenhet, tidsbrist samt bristande organisation och negativt personligt förhållningssätt, däribland stigmatisering, är försvårande förutsättningar vid identifiering och stödande av våldsutsatta kvinnor. En framträdande, gynnande förutsättning visar sig vara etablerandet av en tillitsfull och kontinuerlig relation mellan sjuksköterska och kvinna. En sådan relation kräver dock både kunskap, tid och positivt förhållningssätt, således leder dessa brister till att mötet försvåras men även till att relationen inte kan etableras. En tillitsfull relation är väsentlig för att våldsutsatta kvinnor ska vara villiga att berätta om sin situation som offer för våld i nära relationer. Om en tillitsfull relation uteblir är det nästintill omöjligt för sjuksköterskor att identifiera och stödja våldsutsatta kvinnor på ett konstruktivt sätt.

Fortsatt forskning om sjuksköterskors förutsättningar att identifiera och stödja kvinnor som utsätts för våld i nära relationer är nödvändigt för att kunna finna de ursprungliga orsakerna till bristfälliga förutsättningar. Således kan åtgärder gentemot de centrala orsakerna utformas och genom interventionsstudier undersökas avseende dess effektivitet. Likaså kan gynnsamma förutsättningar identifieras som på olika sätt kan främjas. Denna litteraturstudie har identifierat ett antal väsentliga förutsättningar vilka, i klinisk praxis, kan beaktas för att underlätta sjuksköterskors möten med kvinnor som utsätts för våld i nära relationer.

Författarnas arbetsfördelning

Vid utarbetandet av denna litteraturstudie har båda författarna varit jämlikt delaktiga i samtliga delar av arbetsprocessen. En diskussion har kontinuerligt förts över uppsatsens delar vilket resulterat i att båda författarna bidragit med sina perspektiv och synpunkter. Författandet av litteraturstudien har, med endast ett fåtal undantag, skett med båda parter på samma fysiska plats för att främja samarbete och diskussion.

Referenser

Alhalal E. (2020). Nurses' knowledge, attitudes and preparedness to manage women with intimate partner violence. *International nursing review*, 67(2), 265–274.

<https://doi.org/10.1111/inr.12584>

Berglund, A., & Witkowski, Å. (2019). Vårdens ansvar. I G. Heimer, A. Björck, U. Albért & Y. Haraldsdotter (Red.), *Våldsutsatta kvinnor - samhällets ansvar*, (4. uppl., s. 165-192).

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 (BRÅ). (2020-05-20). *Våld i nära relationer*.

<https://www.bra.se/statistik/statistik-utifran-brottstyper/vald-i-nara-relationer.html>

Butchart, A., Brown, D., Khanh-Huynh, A., Corso, P., Florquin, N., & Muggah, R. (2008). *Manual for estimating the economic costs of injuries due to interpersonal and self-directed violence*. World Health Organization, Department of Health and Human Services, Centers for Disease Control and Prevention.

https://www.endvawnow.org/uploads/browser/files/manual_costing_ipv_who_2008.pdf

Campbell, J., Jones, A. S., Dienemann, J., Kub, J., Schollenberger, J., O'Campo, P., Gielen, A. C., & Wynne, C. (2002). Intimate partner violence and physical health consequences. *Archives of internal medicine*, 162(10), 1157–1163.

<https://doi.org/10.1001/archinte.162.10.1157>

Chang, J. C., Decker, M. R., Moracco, K. E., Martin, S. L., Petersen, R., & Frasier, P. Y. (2005). Asking about intimate partner violence: advice from female survivors to health care providers. *Patient education and counseling*, 59(2), 141–147.

<https://doi.org/10.1016/j.pec.2004.10.008>

Devries, K. M., Mak, J. Y., García-Moreno, C., Petzold, M., Child, J. C., Falder, G., Lim, S., Bacchus, L. J., Engell, R. E., Rosenfeld, L., Pallitto, C., Vos, T., Abrahams, N., & Watts, C. H. (2013). Global health. The global prevalence of intimate partner violence against women. *Science (New York, N.Y.)*, 340(6140), 1527–1528. <https://doi.org/10.1126/science.1240937>

EBSCO. (u.å). CINAHL database. <https://www.ebsco.com/products/research-databases/cinahl-database>

Edin, K. E., & Högberg, U. (2002). Violence against pregnant women will remain hidden as long as no direct questions are asked. *Midwifery*, 18(4), 268–278. <https://doi.org/10.1054/midw.2002.0318>

Eustace, J., Baird, K., Saito, A. S., & Creedy, D. K. (2016). Midwives' experiences of routine enquiry for intimate partner violence in pregnancy. *Women and birth : journal of the Australian College of Midwives*, 29(6), 503–510. <https://doi.org/10.1016/j.wombi.2016.04.010>

Finnbogadóttir, H., & Dykes, A. K. (2012). Midwives' awareness and experiences regarding domestic violence among pregnant women in southern Sweden. *Midwifery*, 28(2), 181–189. <https://doi.org/10.1016/j.midw.2010.11.010>

Forsberg, A. (2016). *Omvårdnad på akademisk grund: att utvecklas och ta ansvar*. Natur & kultur.

Friberg, F. (2017). Att göra en litteraturoversikt. I F. Friberg (Red.), *Dags för uppsats: vägledning för litteraturbaserade examensarbeten* (3. uppl., s. 141-151). Studentlitteratur.

Goffman, E. (2014). *Stigma: den avvikandes roll och identitet* (4. uppl.). Studentlitteratur.

Grände, J., Lundberg, L. & Eriksson, M. (2014). *I arbete med våldsutsatta kvinnor: handbok för yrkesverksamma* (3. uppl.). Gothia Fortbildning.

Guillery, M. E., Benzies, K. M., Mannion, C., & Evans, S. (2012). Postpartum nurses' perceptions of barriers to screening for intimate partner violence: a cross-sectional survey. *BMC Nursing*, *11*(1), 1–8. <https://doi.org/10.1186/1472-6955-11-2>

Hong et al. (1 augusti 2018). *Mixed Methods Appraisal Tool*. McGill: Department of Family Medicine.
http://mixedmethodsappraisaltoolpublic.pbworks.com/w/file/attach/146002140/MMAT_2018_criteria-manual_2018-08-08c.pdf

Hradilova Selin, K. (2009). *Våld mot kvinnor och män i nära relationer – Våldets karaktär och offrens erfarenheter av kontakter med rättsväsendet* (Rapport 2009:12). Brottsförebyggande rådet.

Institute of Medicine (US) Committee on the Health Professions Education Summit, Greiner, A. C., & Knebel, E. (Eds.). (2003). *Health Professions Education: A Bridge to Quality*. National Academies Press (US).

International Council of Nurses. (2012). *The ICN Code of Ethics for Nurses* [Broschyr]. International Council of Nurses. https://www.icn.ch/sites/default/files/inline-files/2012_ICN_Codeofethicsfornurses_%20eng.pdf

Joanna Briggs Institute. (2020). *Checklist for analytical cross sectional studies*. <https://jbi.global/critical-appraisal-tools>

Kirkevold, M. (2000). *Omvårdnadsteorier - analys och utvärdering* (2. uppl.). Studentlitteratur.

Kristensson, J. (2014). *Handbok i uppsatsskrivande och forskningsmetodik för studenter inom hälso- och vårdvetenskap* (1. uppl.). Natur & Kultur.

Loke, A. Y., Wan, M. L., & Hayter, M. (2012). The lived experience of women victims of intimate partner violence. *Journal of clinical nursing*, *21*(15-16), 2336–2346.
<https://doi.org/10.1111/j.1365-2702.2012.04159.x>

Lundgren, E. (2012). *Våldets normalisering och andra våldsförståelser*. Riksorganisationen för kvinnojourer och tjejjourer i Sverige (ROKS).

McCauley, J., Kern, D. E., Kolodner, K., Derogatis, L. R., & Bass, E. B. (1998). Relation of low-severity violence to women's health. *Journal of general internal medicine*, *13*(10), 687–691. <https://doi.org/10.1046/j.1525-1497.1998.00205.x>

National Library of Medicine [NLM]. (2021). Welcome to NLM. <https://www.nlm.nih.gov/virtualltour/index.html>

Nationellt centrum för kvinnofrid (2017). *Uppsalamodellen: att möta våldsutsatta kvinnor inom hälso- och sjukvården*. Nationellt centrum för kvinnofrid (NCK), Uppsala universitet.

Overstreet, N. M., & Quinn, D. M. (2013). The Intimate Partner Violence Stigmatization Model and Barriers to Help-Seeking. *Basic and applied social psychology*, *35*(1), 109–122. <https://doi.org/10.1080/01973533.2012.746599>

Polit, D.F., & Beck, C.T. (2022). *Essentials of nursing research: appraising evidence for nursing practice* (10. uppl.). Lippincott Williams & Wilkins.

Poreddi, V., Gandhi, S., S, S., Palaniappan, M., & BadaMath, S. (2020). Violence against women with mental illness and routine screening: Nurses' knowledge, confidence, barriers and learning needs. *Archives of psychiatric nursing*, *34*(5), 398–404. <https://doi.org/10.1016/j.apnu.2020.07.015>

Quality and Safety Education for Nurses. (u.å). *QSEN Institute Competencies*. <https://qsen.org/competencies/>

Rhodes, K. V., Frankel, R. M., Levinthal, N., Prenoveau, E., Bailey, J., & Levinson, W. (2007). "You're not a victim of domestic violence, are you?" Provider patient communication about domestic violence. *Annals of internal medicine*, *147*(9), 620–627. <https://doi.org/10.7326/0003-4819-147-9-200711060-00006>

Socialstyrelsen. (2006). *Kostnader för våld mot kvinnor: En samhällsekonomisk analys*. (Rapport 2006-131-34).

https://kunskapsbanken.nck.uu.se/nckkb/nck/publik/fil/visa/711/2006-131-34_rev.pdf

Socialstyrelsen. (2014). *Att vilja se, vilja veta och våga fråga. Vägledning för att öka förutsättningarna att upptäcka våldsutsatthet*. (Artikelnummer 2014-10-30).

<https://www.socialstyrelsen.se/globalassets/sharepoint-dokument/artikelkatalog/vagledning/2014-10-30.pdf>

Socialstyrelsen. (2016). *Våld. Handbok om socialtjänsten 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>

Socialtjänstlag (SFS 2001:453). Socialdepartementet.

https://www.riksdagen.se/sv/dokument-lagar/dokument/svensk-forfattningssamling/socialtjanstlag-2001453_sfs-2001-453

Sprague, S., Slobogean, G. P., Spurr, H., McKay, P., Scott, T., Arseneau, E., Memon, M., Bhandari, M., & Swaminathan, A. (2016). A Scoping Review of Intimate Partner Violence Screening Programs for Health Care Professionals. *PloS one*, *11*(12), e0168502.

<https://doi.org/10.1371/journal.pone.0168502>

Statens beredning för medicinsk och social utvärdering. (6 oktober 2020). *Bedömning av studier med kvalitativ metodik*.

https://www.sbu.se/globalassets/ebm/bedomning_studier_kvalitativ_metodik.pdf

Sundborg, E. M., Saleh-Stattin, N., Wändell, P., & Törnkvist, L. (2012). Nurses' preparedness to care for women exposed to Intimate Partner Violence: a quantitative study in primary health care. *BMC nursing*, *11*, 1. <https://doi.org/10.1186/1472-6955-11-1>

Sundborg, E., Törnkvist, L., Saleh-Stattin, 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*, 26(15-16), 2256–2265.

<https://doi.org/10.1111/jocn.12992>

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

<https://swenurse.se/download/18.9f73344170c003062317be/1584025404390/kompetensbeskrivning%20legitimerad%20sjuksk%C3%B6terska%202017.pdf>

Svensk sjuksköterskeförening. (2020-06-25). *För lite tid för omvårdnad*.

<https://swenurse.se/omvardnadsmagasinet/tidigare-nummer/omvardnadsmagasinet-nr-3---2019/for-lite-tid-for-omvardnad>

Sveriges kommuner och regioner. (2021-03-08). *Vad är våld i nära relationer?*.

<https://skr.se/skr/arbetsgivarekollektivavtal/arbetsmiljo/valdinararelationstodfordigsomchef/adarvaldinararelationer.35439.html>

Travelbee, J. (2010). *Mellemmenneskelige aspekter i sygepleje* (A. E. Overgaard & A. Schou, Övers.; 2. uppl.). Munksgaard. (Originalutgåvan publicerad 1971)

United Nations Office on Drugs and Crime. (2019). *Global study on homicide: Gender-related killing of women and girls* [Broschyr]. United Nations.

https://www.unodc.org/documents/data-and-analysis/gsh/Booklet_5.pdf

World Health Organization. (2013). *Responding to intimate partner violence and sexual violence against women: WHO clinical and policy guidelines* [Broschyr]. World Health Organization.

https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/85240/9789241548595_eng.pdf;jsessionid=BFA407753FE580218320431C44D16D27?sequence=1

World Health Organization. (2021-03-09). *Violence against women*.

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

World Medical Association. (2018-09-07). WMA Declaration of Helsinki – Ethical principles for medical research involving human subjects. <https://www.wma.net/policies-post/wma-declaration-of-helsinki-ethical-principles-for-medical-research-involving-human-subjects/>

Wyatt, T., McClelland, M. L., & Spangaro, J. (2019). Readiness of newly licensed associated degree registered nurses to screen for domestic violence. *Nurse education in practice*, 35, 75–82. <https://doi.org/10.1016/j.nepr.2018.12.010>

Örmon, K. (2019). Våld i nära relationer och psykisk ohälsa. I I. Skärsäter & L. Wiklund Gustin (Red.), *Omvårdnad vid psykisk ohälsa: på grundnivå* (3. uppl., s. 435-447). Studentlitteratur.

Bilagor

Bilaga 1: Artikelmatris över studier som ingår i resultatet.

Författare, år, land	Syfte	Urval	Datainsamling	Dataanalys	Resultat	Kvalitet
Alhalal, 2020, Saudiarabien	Att undersöka sjuksköterskors kunskap, attityder och rutiner relaterat till IPV bland kvinnor i Saudiarabien.	Bekvämlighetsurval från två olika sjukhus. Urvalet bestod av 114 ssk.	Frågeformulär som besvaras självständigt.	Deskriptiv statistik. Framställande av en multipel linjär regression.	<ul style="list-style-type: none"> - <i>Faktiska</i> kunskaper om IPV korrelerade inte med de <i>upplevda</i> förberedelserna och kunskaperna om IPV. - 52% upplever att de inte kan hjälpa kvinnor som utsätts för IPV på grund av otillräcklig utbildning. - 66% upplever att de inte blivit uppmuntrade av sin arbetsplats att adressera IPV. - 72% kände sig obekväma med att diskutera IPV. - 33% upplevde att de var tillräckligt kunniga för att identifiera IPV. - 86,8% upplever sig osäkra på att skapa en säkerhetsplan. - Majoriteten upplever att det finns tid till att adressera IPV. - Utbildningstimmar om IPV förbättrar upplevd förberedelse, kunskap och förståelse förståelsen för våldsutsatta kvinnorna och arbetsplatsens rutiner. 	Utifrån granskningsmall för kvantitativa tvärsnittsstudier utformad av JBI bedöms studien uppnå hög kvalitet.
Beynon et al., 2012, Kanada	Att 1) utforska läkares och sjuksköterskors personliga och professionella erfarenheter	Obundet slumpmässigt urval. <u>Kvantitativ del:</u> Urvalet bestod av 328 läkare och 597 ssk.	Mixad design. Frågeformulär som besvaras självständigt. 41 slutna frågor	<u>Kvantitativ del:</u> Analytisk statistik. Matematisk analys av urvalets respons. <u>Kvalitativ del:</u>	<u>Kvantitativ del:</u> <ul style="list-style-type: none"> - De främsta barriärerna upplevs vara tidsbrist, brist på utbildning, uppfattning kring våldsutsatta kvinnors beteende, närvaro av partner samt språkliga och kulturella skillnader mellan parterna. 	Utifrån granskningsmall för mixade studiemetoder utformad av MMAT bedöms studien uppnå hög kvalitet.

	<p>gällande att fråga om IPV; 2) bedöma skillnaden mellan läkare och sjuksköterskor; och 3) identifiera konsekvenser för utövande, arbetsplatspolicy samt läroplansutveckling.</p>	<p><u>Kvalitativ del:</u> Urvalet bestod 238 läkare och 527 ssk.</p>	<p>och två öppna frågor.</p>	<p>Induktiv innehållsanalys.</p>	<ul style="list-style-type: none"> - 27,3% upplever tidsbrist som en av de största barriärerna. - Endast 4,7% upplever personlig obekvämheter som en barriär. - De främsta resurserna upplevs vara utbildning, samhällsresurser, riktlinjer, rutinmässig screening och tidigare erfarenhet av IPV i professionella likväl som personliga sammanhang. <p><u>Kvalitativ del:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - Tidsresurser upplevs som nödvändigt för att lyssna på den våldsutsatta. - Tidsbrist upplevs medföra att tillräckligt stöd inte kan erbjudas. - Frustration upplevs relaterat till de våldsutsatta kvinnornas beteende. - Upplevelse av dilemma i förhållande till lagen om orosanmälan gällande de våldsutsatta kvinnornas barn. - Upplevelse av att otillräcklig utbildning leder till omedvetenhet kring hur frågan om våld kan tas upp utan att kränka kvinnan. - Upplevelse av att närvaro av partner och brist på integritetskapande miljöer utgör hinder. - Upplevelse av kulturella barriärer. - Upplevelse av bristande stöd från arbetsgivaren. - Spridda upplevelser kring huruvida rutinmässig screening bör införas. - Upplevelse av att personliga erfarenhet som en resurs. 	
--	--	--	------------------------------	----------------------------------	--	--

<p>Eustace et al., 2016, Australien</p>	<p>Att undersöka barnmorskors erfarenheter av rutinmässig screening, uppfattning om resurser och barriärer samt föreslagna strategier för att förbättra det kliniska arbetet.</p>	<p>Strategiskt urval. Urvalet bestod av 21 barnmorskor.</p>	<p>Telefonintervju med öppna frågor.</p>	<p>Material transkriberas från ljudinspelningar. Tematisk analys med induktiv ansats.</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Upplevelse av att rutinmässig screening är en resurs. - Upplevelse av att relationsutveckling är nödvändig men tidskrävande. - Upplevelse av otillräckligt stöd från organisationen - Upplevelse av ekonomiska hinder. - Upplevelse av att bli för involverade. - Upplevelse av rädsla och ångest relaterat till oförberedelse och uteblivet stöd. - Upplevelse av okunskap om interventioner. - Upplevelse av frustration relaterat till att rättfärdiga tidsåtgången. - Upplever ångest relaterat till anmälningsskyldighet då detta kan leda till att kvinnorna inte svarar ärligt. - Upplevelse av att anmälningsskyldigheten påverkar relationen. - Upplevelse av otillräcklig förberedelse och utbildning. - Tillitsfull relation upplevs som en resurs. - Kontinuerlig kontakt med kvinnan upplevs som en resurs. - Upplevelse av att en god relation till patienten ökar sannolikheten för ett ärligt svar. - Relationsutveckling är en resurs då det underlättar identifiering av förändrat beteende hos patienten. 	<p>Utifrån granskningsmall för kvalitativa studier utformad av SBU har studien obetydliga eller mindre metodologiska brister.</p>
---	---	---	--	---	--	---

<p>Finnbogadóttir, 2012, Sverige</p>	<p>Att undersöka barnmorskors medvetenhet och klinisk erfarenhet gällande våld i hemmet bland gravida kvinnor i södra Sverige.</p>	<p>Strategiskt urval kompletterat med snöbollsurval. Urvalet bestod av 16 barnmorskor uppdelade i fyra fokusgrupper.</p>	<p>Intervjuer i fokusgrupper.</p>	<p>Material transkriberas från ljudinspelningar. Kvalitativ innehållsanalys med induktiv ansats.</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Normaliseringsprocessen upplevs som förhindrande. - Rädsla för att förlora barnen är upplevs som hinder. - Immigranter upplevs som svårare att nå fram till relaterat till socialt nätverk och språkkomplikationer. - Barnmorskan själv kan ses som en barriär avseende erfarenhet, kunskap, fördomar och attityder. - Närvaro av kvinnans partner upplevs som en barriär. - Rädsla relaterat till anmälningsskyldighet är en barriär. - Upplevelse av bristande kunskap och utbildning. - Rädsla för våldsutövaren. - Rädsla för att kvinnan ska få en negativ uppfattning av barnmorskan. - Partners närvaro upplevs som hindrande. - Utbildning och erfarenhet upplevs som en resurs. - Anmälningsskyldighet upplevs som ett dilemma. - Kvinnors ovilja att förändra situationen upplevs hindrande. - Upplevelse av att tydliga riktlinjer är en resurs. - Konsultation av kollegor upplevs som en resurs för att minska press på den enskilda. - Upplevs obekvämt att ta upp frågan. - Det krävs mod för att ställa frågan. 	<p>Utifrån granskningsmall för kvalitativa studier utformad av SBU har studien obetydliga eller mindre metodologiska brister.</p>
--------------------------------------	--	--	-----------------------------------	--	---	---

					<ul style="list-style-type: none"> - Upplevelse av okunskap gällande hur anmälningsskyldigheten ter sig. - Upplever bristfälligt stöd och säkerhet efter att en anmälan har gjorts. - Upplever bristfällig gällande anmälningsskyldighet. - Avsaknad av information om nya riktlinjer. - Upplevelse av frustration, ilska och sorg relaterat till personlig risk för våldsutsatthet. 	
Guillery et al., 2012, Kanada	Att identifiera a) frekvensen av screening för IPV, b) de viktigaste barriärerna för screening, c) förhållandet mellan barriärerna och frekvensen av screening för de olika våldstyperna, och d) andra faktorer som bidrar till frekvensen av screening för IPV.	Bekvämlighetsurval från tre olika sjukhus som erbjuder mödravård. Urvalet bestod av 96 ssk.	Frågeformulär.	Deskriptiv statistik. Framställande av linjär regression.	<ul style="list-style-type: none"> - 88,5% uppger att de aldrig eller endast ibland utför screening av sexuellt våld. - 33,4% uppger att de ofta eller alltid utför screening av fysiskt våld. - 36,5% uppger att de ofta eller alltid utför screening av emotionellt våld. - 37,6% uppger att bristande kunskap var den främsta barriären vid screening av IPV. - 29% uppger att systematiska brister som den näst främsta barriären vid IPV. - Bristande kunskap upplevs tillsammans med rädsla som en signifikant barriär. - Det finns ett negativt samband mellan barriärernas omfattning och frekvens av screening. - Språkkunskaper påverkar frekvensen av screening. 	Utifrån granskningsmall för kvantitativa tvärsnittsstudier utformad av JBI bedöms studien uppnå hög kvalitet.
Poreddi et al., 2020, Indien	Att undersöka sjuksköterskors behov av kunskap och	Avsiktligt urval. Urvalet bestod av 21 deltagare.	Semi-strukturerad intervju bestående av 16	Material transkriberas från ljudinspelningar.	<ul style="list-style-type: none"> - Upplevelse av att våldet accepteras av den våldsutsattas familj. - Majoriteten upplever att våldet avslöjas endast om frågan om våld ställs. 	Utifrån granskningsmall för kvalitativa studier utformad av SBU har

	självförtroende för att identifiera och bemöta kvinnor med psykisk ohälsa som utsätts för våld.		frågor utförs i gruppdiskussion	Kvalitativ innehållsanalys med induktiv ansats.	<ul style="list-style-type: none"> - Upplevelser om att fysiskt våld är enklast att identifiera. Psykiskt våld kan till viss del vara enkelt att identifiera. - Upplevelse av att det krävs en tillitsfull relation för att alla typer av våld ska identifieras. - Att kontakta läkare och socialtjänst, dokumentera, lyssna, erbjuda stöd samt information upplevs som resurser. - Upplevelse av skuld när hjälp inte kan ges till kvinnorna. - Arbetsplatsrelaterade barriärer upplevs vara tidsbrist, bristande engagemang, hög arbetsbelastning brist på integritetskapande miljöer. - Riktlinjerna upplevs som bristfälliga men nödvändiga. - Upplevelse av otillräcklig utbildning inom området. - Ämnet väcker starka känslor bland deltagarna. - Deltagarna uppger att de är villiga att lära sig om fenomenet och hur de ska adressera det. 	studien obetydliga eller mindre metodologiska brister.
Sundborg et al., 2017, Sverige	Att utöka förståelsen för distriktssköterskors erfarenheter av att möta kvinnor som utsätts för IPV.	Bekvämlighetsurval. Urvalet bestod av 11 distriktssk.	Djupintervjuer med öppna frågor.	Materialet transkriberades från ljudinspelningar. Analys med Grounded Theory.	<ul style="list-style-type: none"> - Upplevda barriärer är tidsbrist, hög arbetsbelastning, oklar ansvarsfördelning och emotionella reaktioner. - Kulturella skillnader upplevs som en barriär. - Skamkänslor hos kvinnan är en barriär. - Upplevda resurser är förtroende från kvinnans håll, kunskap om screening 	Utifrån granskningsmall för kvalitativa studier utformad av SBU har studien obetydliga eller mindre metodologiska brister.

					<p>adressering av IPV samt stöd från verksamheten.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Tydliga och fysiska tecken på våld minskar tveksamheten kring att fråga om IPV. - Psykologiska tecken ses som uppenbara tecken på IPV. - Subtila tecken i form av intuition och kroppsspråk kräver mer erfarenhet för att upptäckas. - Kvinnornas förtroende etableras när hon visas intresse, närvaro och blir uppmärksam. - Riktlinjer upplevs kunna tydliggöra när, hur och vem som bör tillfrågas om IPV. - Upplever att det är lämpligt att tillfråga samtliga kvinnor de möter om IPV. - Vetskap om vilka interventioner som kan erbjudas till kvinnorna utsatta av IPV upplevs minska tveksamheten kring att ställa frågan. - Personliga erfarenheter av IPV upplevs minska tveksamheten kring att fråga om IPV. - Utbildning upplevs minska tveksamheten kring att fråga om IPV. 	
Wyatt et al., 2019, USA	Att identifiera hur väl förberedda nyexaminerade sjuksköterskor är för att identifiera IPV, hur screeningen	Bekvämlighetsurval. Urvalet bestod av 16 ssk.	Intervjuer med öppna frågor över telefon.	Materialet transkriberades från ljudinspelningar. Kvalitativ innehållsanalys	<ul style="list-style-type: none"> - Endast en av deltagarna har erfarenhet av att ha sett en kollega utföra screening av IPV. - Upplevelse av otillräcklig utbildning. - Förslag om träning med simulerade situationer som kan uppstå vid hantering 	Utifrån granskningsmall för kvalitativa studier utformad av SBU har studien obetydliga eller mindre metodologiska brister.

	utförs, vilka patienter som ingår i screeningen samt hur tidigare utbildning och aktuell arbetsplatsträning påverkar beslut och beteenden gällande screening av IPV.			med induktiv ansats.	<p>av IPV. Föreläsning av tidigare våldsoffer föreslås.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Upplevelse av att det blir enklare att adressera IPV över tid. - IPV upplevs som tabubelagt. - Upplevelse av överväldigande känslor kring att inte kunna stödja våldsutsatta kvinnor på det sätt de önskar. - Upplevelse av att det som lärs ut inte stämmer överens med situationen i verkligheten. - Trots medvetenhet kring otillräcklig utbildning bland deltagarna upplever de ändå sig själva som självsäkra. 	
--	--	--	--	----------------------	---	--