



LUNDS UNIVERSITET

Medicinska fakulteten

Identifiera och motverka våld, vem bär ansvaret?

Operationssjuksköterskans roll i mötet med kvinnor utsatta för våld i nära relation. En enkätstudie.

Identifying and counteracting violence, who bears the responsibility?

The operating room nurses' role in meeting women exposed to domestic violence. A survey study.

Författare: Rebecka Assenhøj Attin & Louise Johnsson

Handledare: Anna-Karin Dykes

Magisteruppsats

Våren 2024

Lunds universitet

Medicinska fakulteten

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

Box 157, 221 00 LUND

Abstrakt

Bakgrund: Kvinnor som upplevt våld i nära relation (VINR) har en högre tendens att genomgå operativa ingrepp. Vikten av att identifiera tecken och symtom är avgörande för att vårdpersonal ska upptäcka våldsutsatta kvinnor. En god utbildning inom VINR ger förutsättningar för vårdpersonal att fråga om våldsutsatthet och hjälpa utsatta patienter. **Syfte:** Syftet var att beskriva operationssjuksköterskors inställning till sin roll i mötet med vuxna kvinnor utsatta för eller misstänkt utsatta för VINR. **Metod:** Kvantitativ enkätundersökning riktad till operationssjuksköterskor i Sverige via sociala medier. En bivariat analys med deskriptiv och analytisk statistik och hypotesprövning utfördes. **Resultat:** Mann-Whitney U-test 1 visade en signifikant skillnad ($p=0,008$) mellan grupperna *“Har utbildning inom våld i nära relation”* och *“Har inte utbildning inom våld i nära relation”*. Resultatet visade att operationssjuksköterskor utan utbildning inom VINR i högre grad anser att patienter inte ska frågas rutinmässigt om VINR inför och/eller i samband med operation. Mann-Whitney U-test 2 visade ingen signifikant skillnad ($p=0,851$) mellan grupperna *“Har utbildning inom våld i nära relation”* och *“Har inte utbildning inom våld i nära relation”* i hur väl förberedda operationssjuksköterskorna kände sig för att fråga patienter om VINR. Resultatet visade att båda grupperna kände sig *“Något förberedda”* att ställa frågan om VINR. **Konklusion:** Operationssjuksköterskor möter kvinnor utsatta för VINR och behöver utbildning och kunskap i ämnet för att kunna identifiera och fråga om våldsutsatthet. Det framkom bristande rutiner på arbetsplatser avseende stöd och verktyg för operationssjuksköterskor i mötet med patientgruppen, som hur dokumentation av VINR utförs.

Nyckelord

Dokumentation, Operationssjuksköterska, Utbildning & Våld i nära relation.

Innehållsförteckning

Abstrakt	1
1. Problemområde	4
2. Bakgrund	5
2.1 Perspektiv och utgångspunkter	5
2.2 Teoretiskt perspektiv- Virginia Henderson	6
2.3 Våld i nära relationer.....	6
2.4 Operationssjuksköterskans profession	9
3. Syfte	10
3.1 Specifika frågeställningar	10
3.2 Hypoteser	10
4. Metod	11
4.1 Urval	11
4.2 Instrument	11
4.3 Datainsamling	13
4.4 Analys av data.....	13
4.5 Hypotesprövning.....	14
4.6 Forskningsetiska avvägningar.....	15
5. Resultat.....	16
5.1 Presentation av deltagarna	16
5.2 Operationssjuksköterskors erfarenheter av patienter utsatta för VINR.....	17
5.3 Operationssjuksköterskans roll	19
5.4.1 Hypotesprövning 1	23
5.4.2 Hypotesprövning 2	24
6. Diskussion	26
6.1 Metoddiskussion	26
Diskussion av enkätfrågor	27
Hypotesprövning och etik.....	31
6.2 Resultatdiskussion.....	32
7. Konklusion och implikationer	34

8. Referenser.....	36
Virginia Henderson Bilaga 1 (3).....	41
Brev till studiedeltagare Bilaga 2 (3).....	42
ENKÄT Bilaga 3 (3).....	43

1. Problemområde

Våld mot kvinnor i nära relationer (VINR) är ett globalt samhälls- och folkhälsoproblem (Nationellt Centrum för Kvinnofrid [NCK], 2022) och har erkänts av World Health Organization (WHO) som en kränkning av kvinnors mänskliga rättigheter (WHO, 1996). Enligt Socialstyrelsen (2023) är ett av hälso- och sjukvårdens viktiga uppdrag att identifiera och motverka våldsutsatthet i nära relationer. Att leva ett liv fritt från våld är en grundläggande mänsklig rättighet enligt Hälso- och sjukvårdslagen (HSL, 2017). VINR kan drabba alla i samhället oavsett bakgrund. Fler kvinnor än män utsätts för grövre och mer systematiskt våld. Begreppet våld är mångfacetterat och kan ha olika definitioner. Våldet kan vara brottsligt men även innefatta handlingar som enligt lagstiftning inte definieras som brott. Våldet kan över tid trappas upp och trots att våldet inte definieras som ett brott kan det sammantagna mönstret av upprepade handlingar bidra till utsatthet för den drabbade. VINR går ofta obemärkt eftersom det ofta sker bakom stängda dörrar, som i hemmet (Socialstyrelsen, 2023). Våldet kan ta sig olika uttryck som fysiskt, sexuellt och psykiskt (social isolering, hot, tvång och kontroll). Det kan även innebära försummelse där den utsatta inte får hjälp med hygien, medicinsk vård eller adekvat nutrition. Konsekvenserna kan för den utsatta vara fysiska skador och hälsoproblem samt medföra sociala konsekvenser som sjukskrivning, arbetslöshet och isolering (Socialstyrelsen, 2023). Under år 2022 inkom 36 019 anmälningar om misshandel där den utsatta hade någon form av relation till gärningsmannen, bland brotten som gällde vuxna kvinnor var bekantskapen till gärningsmannen 80% av fallen (Brå, 2023). Bland antalet kvinnor som dödas till följd av dödligt våld i nära relationer är gärningsmannen oftast en partner eller före detta partner (Socialstyrelsen, 2023). Under åren 2018–2020 dödades årligen 13–22 kvinnor av en partner eller tidigare partner (Socialstyrelsen, 2023; Öberg & Hradilova, 2019). Socialstyrelsen (2023) belyser att bland de ärenden som utreds av Socialstyrelsen framkom det att flera av brottsoffren och gärningsmännen hade flertalet kontakter med hälso- och sjukvården innan brottet begicks.

I vårdkedjans olika delar har alla ansvar för patienten. Operationssjuksköterskans tid med patienten är ofta kort och begränsad. Operationssjuksköterskans bemötande har betydelse för patientens känsla av trygghet och integritet (Martinsen, 2012). Författarna undrade om det kunde föreligga tvivel och osäkerhet i vilken roll och vilket ansvar operationssjuksköterskan har i mötet med denna patientgrupp. Vid en pilotsökning i databaserna CINAHL och PubMed

hittades inga artiklar med syfte att belysa operationssjuksköterskans roll i mötet med våldsutsatta kvinnor. För att få fram informationen utfördes en empirisk enkätstudie riktad till verksamma operationssjuksköterskor i Sverige.

2. Bakgrund

Hälso- och sjukvårdens värdegrund och riktlinjer baseras på respekt för alla människors lika värde. Vården ska vara en säker plats för patienter, med mål att bidra med god hälsa och vård på lika villkor (Bäckström, 2012). Operationssjuksköterskor har en central roll för patientens känsla av trygghet och välmående operativt. Denna studie lyfter operationssjuksköterskans inställning till sin roll i mötet med vuxna kvinnor (>18 år) utsatta för våld i nära relation (VINR). För kvinnor utsatta för VINR är det avgörande att personal, oavsett kompetensområde, har god kunskap om ämnet och rätt verktyg för att hälso- och sjukvården ska kunna upptäcka, förhindra och bekämpa våld i nära relationer (HSLF-FS, 2022 & Socialstyrelsen, 2023).

2.1 Perspektiv och utgångspunkter

Internationellt har “personcentrering” (person-centredness) inom vård och omsorg blivit mer och mer välkänt och implementerat i varierande omfattning utifrån den kliniska verksamhetens struktur. Personcentrering är ett förhållningssätt i praktiken vars grund baseras på respekt för personen, rätt till självbestämmande och ömsesidig respekt och förståelse (McCance & McCormack, 2015). Enligt Bergbom (2015) och Svensk sjuksköterskeförening (2024) beskrivs personcentrerad vård utifrån ett humanistiskt perspektiv, som innebär att människan består av kropp, själ och ande. Detta betyder att det inte enbart är patientens fysiska behov som behöver tillgodoses utan även psykiska, sociala, andliga och existentiella behov. Författarna till denna uppsats valde att utgå från ett humanistiskt perspektiv för att belysa operationssjuksköterskans behov av ett holistiskt synsätt på begreppet patient. Operationssjuksköterskan bör se till hela patienten och dennes individuella behov, inte enbart se patienten som ett operativt ingrepp.

2.2 Teoretiskt perspektiv- Virginia Henderson

Virginia Hendersons omvårdnadsteori bygger på perspektivet att människan är en person sammansatt av flera olika komponenter. Enligt Henderson har människan 14 grundläggande behov, se Bilaga 1. Hur dessa behov kan tillfredsställas är unikt för varje människa. I omvårdnadsteorin är ett av de grundläggande behoven att sjuksköterskan ska hjälpa genom att skydda patienten mot faror i omgivningen såsom smittor, infektioner och våldshandlingar (Gustin & Lindwall, 2012). Att skydda patienten mot faror är det behovet utifrån Hendersons teori som författarna valde att ha som grundläggande teoretiskt perspektiv för studien. Sjuksköterskan ska främja hälsa och utifrån omvårdnad ha fokus på patientens individuella behov. För att nå detta mål behöver sjuksköterskan skapa en relation till patienten vilket uppnås genom en god empatisk förmåga. Henderson menar att sjuksköterskan genom aktivt lyssnande, ödmjukhet, inlevelse och observation kan anpassa sin omvårdnad för att skydda patienten mot skador (Willman, 2022). Operationssjuksköterskan har i sin värdegrund att skydda patienten mot onödigt lidande och skador (Riksföreningen för operationssjukvård [RFOP], 2020). Patienter som utsätts för våld i nära relationer är i behov av ett gott empatisk bemötande där trygghet och integritet bevaras i mötet (Socialstyrelsen, 2023). Hendersons teori menar att målet med omvårdnaden är att hjälpa patienten tillgodose sina behov, samt identifiera vilka behov patienten har och hjälpa denne att på egen hand klara av att tillgodose sina behov (Gustin & Lindwall, 2012). Detta ligger i linje med operationssjuksköterskans värdegrund i att integrera patienten i omvårdnaden och skydda patienter i utsatta situationer (RFOP, 2020).

2.3 Våld i nära relationer

Våld mot kvinnor och våld i nära relationer är ett globalt samhälls- och folkhälsoproblem och erkänns idag som en kränkning av kvinnors mänskliga rättigheter (NCK, 2022). WHO har gjort flera satsningar på att uppmärksamma och arbeta för att motverka våld mot kvinnor. Enligt WHO (2013) har globalt en av tre (30%) kvinnor som varit i en relation utsatts för fysiskt och/eller sexuellt våld av deras partner. I vissa globala regioner är det så mycket som 38% av kvinnorna som har utsatts för våld i nära relation (WHO, 2013). I Sverige har regeringen beslutat om en nationell strategi för att förebygga och bekämpa mäns våld mot kvinnor (Regeringskansliet, 2016). Utifrån detta regeringsbeslut har kliniska riktlinjer och vårdprogram för alla administrativa regioner i Sverige utformats för att uppfylla målet.

Wemrell et al. (2023) undersökte implementeringen av kliniska riktlinjer och vårdprogram i en av regionerna i Sverige. Studien visade att det fanns brister i implementeringen och kännedomen av vårdprogrammen. Det framgick att vårdpersonal kände sig osäkra i tillvägagångssättet att dokumentera och formulera osynliga journalanteckningar om våld. Detta ledde till att dokumentation av våldsutsatthet ofta undveks. Vårdpersonal betonade betydelsen av ledningsstöd i implementering och utförande av kliniska riktlinjer och vårdprogram, vilket framkom var bristande. Vårdprogrammen grundar sig i Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd om våld i nära relationer (HSLF-FS, 2022:39). Enligt HSLF-FS (2022:39) bör personal inom hälso- och sjukvård besitta kunskap om våld och andra övergrepp för att ge god vård till utsatta patienter. Vårdpersonalen bör ha rätt verktyg för att tillämpa kunskapen i klinisk praxis och vid misstanke om våldsutsatthet hos vuxna patienter ska vårdpersonal fråga patienten i enrum om orsaken till symtom eller tecken. I en studie gjord av Bacchus (2003) framkom att kvinnor som tillfrågades om orsak till deras skador eller symtom med partner närvarande valde att avstå från att berätta om våldet på grund av partnerns medverkan i samtalet (Bacchus, 2003). Enligt svensk lag ska en patientjournal innehålla de uppgifter som behövs för att kunna utöva en god och säker vård för patienten (Patientdatalagen, 2014). All vårdpersonal omfattas av sekretess och tystnadsplikten, sekretessen regleras av offentlighets- och sekretesslagen (SFS 2009:400) och innebär att personalen inte får lov att röja eller berätta uppgifter om patienten till annan obehörig personal. Lagen finns till för att försäkra patienten om att integriteten respekteras och för att patienten ska våga berätta eventuellt viktig men känslig information för vårdpersonal, information som kan vara avgörande och-eller påverka patientens vårdbehov (Källberg & Öhrn, 2019). Bacchus (2003) styrker vikten av att alltid fråga patienter i enrum när det föreligger tecken eller symtom som väcker misstanke för våld i nära relation. Vikten av att kunna identifiera tecken och symtom är avgörande för att upptäcka våldsutsatta kvinnor.

Studier visar att en god utbildning inom VINR ger förutsättningar för vårdpersonal att fråga och därefter hjälpa patienter som utsatts. Vårdpersonal behöver en multidisciplinär utbildning och realistiska riktlinjer för att hantera situationer och hjälpa kvinnor utsatta för våld i nära relation mer effektivt (Bacchus, 2003; Hastings & Kantor, 2003; Smith, 2008). Hastings och Kantor (2003) belyser vidare att det finns ett tydligt samband mellan god utbildning inom våld i nära relationer och hur villiga personalen är att ta tag i och utföra interventioner för patienter som är utsatta. I studien av Bacchus (2003) intervjuades kvinnor som utsatts för

brott. Enligt kvinnorna var bemötandet och vårdpersonalens svar på de uppgifter kvinnorna delade med sig av en stor faktor för deras vilja att öppna upp sig om sina erfarenheter. Det var av stor vikt att vårdpersonal hade ett finkänsligt handlag i frågan om VINR och hade kunskap och verktyg för att bemöta uppgifterna (Bacchus, 2003).

Hastings och Kantor (2003) belyser att ca 25–50% av alla kvinnor som söker akutsjukvård är relaterade till våld i nära relationer, det kan vara både fysiska skador och skador som indirekt härstammar från psykisk påfrestning såsom oförklarliga återkommande buksmärtor. Studien lyfter att kvinnor som utsätts för eller har utsatts för våld i nära relation har högre tendens att genomgå operativa ingrepp. Utsatta kvinnor tenderar att drabbas av kroniska och/eller akuta sjukdomar och söka vård i högre utsträckning jämfört med kvinnor som inte upplevt våld i nära relation (Hastings & Kantor, 2003). Leite et al. (2022) tittade på sambandet mellan kvinnor som genomgått en mastektomi som följd av bröstcancer och om de upplevt våld i nära relation efteråt. Flertalet kvinnor i studien beskrev att förhållandet med partnern förändrades efter att de fick diagnosen bröstcancer. Studien belyser därför betydelsen av att vårdpersonal är uppmärksamma och vågar fråga om våld i nära relation då flera av kvinnorna upplevt psykiskt, fysiskt och/eller sexuellt våld efter diagnosen. Våldet ökade som mest när kvinnorna var som mest sårbara under sin behandling (Leite et al., 2022). I enkätstudien gjord av Smith (2008) tillfrågades sjuksköterskor om vilka barriärer de upplevde som hindrade dem från att göra en anmälan vid misstanke om våld i nära relationer. Det framkom bland de 184 deltagare som svarade på enkäten att 49 (27%) av deltagarna inte gjort en anmälan trots misstankar om misshandel. Den mest frekventa barriären (32,1%) för att inte göra anmälan var ”inte tillräckliga bevis”. En annan vanlig barriär (16,51%) enligt deltagarna var att ”offret inte ville att en anmälan skulle göras”. Enligt Leite et al., (2022) väljer kvinnor utsatta för våld i nära relation ofta att inte själva anmäla våldet då det finns en föreställning om att de inte har rätt till ett självbestämmande över sina egna liv. Den föreställningen är ofta ett resultat av en känsla av skam över att själva känna sig skyldig till våldet (Leite et al. 2022). Enligt Hastings & Kantor (2003) skulle ett tidigt fastställande av kvinnans historia av våld och därmed bakomliggande orsak till patientens kontakt med vården, eventuellt kunna leda till en mer konservativ behandling. Det kan då undvikas flertalet kirurgiska interventioner som till exempel diagnostiska laparoskopier för utredning av oförklarliga återkommande buksmärtor. Genom en god anamnesupptagning skulle bakomliggande orsaker kunna identifieras och kunna bespara kvinnan onödigt lidande (Hastings & Kantor, 2003).

2.4 Operationssjuksköterskans profession

Operationssjuksköterskan ska främja hälsa och välbefinnande hos patienten genom ett lyhört, medkänsligt, trovärdigt och integritetsfrämjande förhållningssätt. Omvårdnaden kan säkerställas genom att operationssjuksköterskan förhåller sig till de sex kärnkompetenserna; personcentrerad vård, samverkan i team, evidensbaserad vård, förbättringskunskap och kvalitetsutveckling, säker vård och informatik (RFOP, 2020). Inför operationen ska operationssjuksköterskan förbereda patienten inför det planerade ingreppet, detta kräver kunskap och ett professionellt bemötande. I operationssjuksköterskans roll ingår även ledarskap, kommunikation och samarbete, detta är inte enbart under operation utan inkluderar samverkan med vårdenheter och vårdare utanför operationsavdelningen.

Operationssjuksköterskan ska ha insikt och kunskap om vilka aspekter som behöver följas postoperativt. Uppföljning och utvärdering postoperativt är en förutsättning för vidareutveckling i den perioperativa vården och tillgodoser vårdkontinuiteten för patienten (Bäckström, 2012). Enligt RFOP (2020) ska operationssjuksköterskan eftersträva att inge ett lugnt, tryggt bemötande för att främja patientens välbefinnande och känsla av omhändertagande. Ett operativt ingrepp kräver att patienten släpper kontrollen och överlämnar sig till vårdpersonalens händer. Det är därmed viktigt att operationssjuksköterskan tillämpar kompetensområdena för att säkerställa att komplikationer och onödigt patientlidande på grund av det operativa ingreppet undviks i högsta möjliga mån (RFOP, 2020). Enligt Bäckström (2012) fokuserar den behandlande funktionen på att kompensera för patientens bristande möjlighet att ta hand om sig själv under den perioperativa fasen. Vilket innefattar att planera, genomföra, dokumentera och följa upp omvårdnadsåtgärder. Operationssjuksköterskans lindrande funktion grundas i att minimera den påfrestning som det innebär att vara kirurgisk patient. Det görs genom att hålla en god kommunikation med patienten och genom information och vägledning se till att patienten känner sig trygg och stärka patientens känsla av autonomi. Återhämtningen postoperativt står i relation till hur de andra funktionerna har korrelerat med varandra perioperativt (Bäckström, 2012).

Det övergripande målet för den perioperativa omvårdnaden är en professionell och individualiserad omvårdnad. Ett verktyg för säker patientvård är tydlig och informativ journalföring. Operationsavdelningen är en del i vårdkedjan och att integrera medarbetare utanför operationsavdelningen är ett medel för att patienten ska kunna förberedas inför operation och följas postoperativt med syfte att erbjuda en god professionell omvårdnad. Det

ligger på operationssjuksköterskan att utföra omvårdnadsåtgärder som är grundade på etiska reflektioner tillsammans med klinisk och beprövad erfarenhet. Operationssjuksköterskan behöver kunna integrera intellektuella och känslomässiga kunskaper för att utföra omvårdnadsåtgärder som lämpar sig för stunden (Bäckström, 2012).

3. Syfte

Syftet var att beskriva operationssjuksköterskors inställning till sin roll i mötet med vuxna kvinnor utsatta för eller misstänkt utsatta för våld i nära relation.

3.1 Specifika frågeställningar

- Vilken inställning har operationssjuksköterskor, med eller utan utbildning inom VINR, för att bemöta patientgruppen.
- Vilken kunskap och vilka verktyg har operationssjuksköterskor att tillgå för att bemöta patientgruppen?

3.2 Hypoteser

Hypotes 1

Utbildning inom VINR jämfört med att inte ha utbildning inom ämnet har betydelse för operationssjuksköterskors inställning till om patienter rutinmässigt bör tillfrågas om VINR i samband med eller inför operation.

Hypotes 2

Operationssjuksköterskor med utbildning inom ämnet VINR känner sig mer förberedda att ställa frågor om VINR till patienter jämfört med operationssjuksköterskor utan utbildning i ämnet.

4. Metod

Studien var en kvantitativ, empirisk enkätundersökning som riktades till verksamma operationssjuksköterskor i Sverige med målsättningen att besvara syftet, de specifika frågeställningarna och utföra hypotesprövning. En kvantitativ studiedesign syftar till att få fram resultat som kan generaliseras på en bredare publik. Det görs genom att i förväg bestämma hur deltagarna kommer att väljas ut samt hur många som ska inkluderas (Polit & Beck, 2020).

4.1 Urval

Urvalet bestod av verksamma operationssjuksköterskor med svensk sjuksköterskelegitimation. Författarna valde att tillämpa ett representativt urval, vilket innebär att samtliga medlemmar i populationen har lika möjlighet att delta och inkluderas i studien (Banerjee & Chaudhury, 2010). Operationssjuksköterskorna i studien var representativa för sin grupp och yrke med målsättning att resultatet skulle leda till generaliserbara slutsatser. Enligt Kristensson (2014) ska kvantitativa studier ha ett representativt urval och vara ett rättvisande stickprov ur populationen för att kunna dra säkra generaliserbara slutsatser. Det var frivilligt att medverka i studien och alla svar anonymiserades. Det slutgiltiga urvalet blev 40 enkätsvar och inga bortfall förekom enligt inklusions- och exklusionskriterierna. Inklusionskriterier var operationssjuksköterskor med svensk sjuksköterskelegitimation och rätt att verka som operationssjuksköterska samt givet samtycke. Exklusionskriterierna var avsaknad av svensk sjuksköterskelegitimation med rätt att verka som operationssjuksköterska eller ett nekat samtycke. Enkäten inkluderade ett brev till studiedeltagare där deltagarna ombads kryssa i om de gav sitt samtycke till att delta i studien, se Bilaga 2. Enkäten publicerades av författarna via ett inlägg i den slutna svenska Facebook-gruppen: *Operationssjuksköterskor*. För att få fler svar på enkäten kontaktades Riksföreningen för operationssjukvård (RFOP) vars redaktör därefter delade enkäten via RFOP's sociala medier: Instagram och Facebook under tidsperioden 22 februari till och med 15 mars 2024.

4.2 Instrument

Studien genomfördes som en empirisk enkätundersökning med kvantitativ studiedesign. Enkäten bestod av 26 frågor och innehöll valfria kommentarer. Enkäten var indelad i fyra delar: bakgrundsfrågor, skattning av förberedelse, skattning av kunskap och erfarenheter.

Enkäten bestod av följande typer av frågor: dikotoma frågor (JA/NEJ/VET EJ), flervalfrågor, tvångsvalfrågor och graderingsfrågor. I slutet av flera frågor fanns det en möjlighet för deltagarna att skriva en valfri öppen kommentar, se Bilaga 3. För att kunna besvara studiens syfte konstruerades en egenutformad enkät av författarna. Författarnas avsikt var från början att basera studiens enkät på en enkät översatt av docent Anna Ekwall. Originalenkäten användes i artikeln "*A Comprehensive and Reliable Tool for Measuring Physician Readiness to Manage IPV*" av Short, L.M et al. (2007). Originalenkäten användes slutgiltigen som inspiration i upplägg och utformning, val av skalor som användes och svarsalternativ.

I konstruktionen av enkätfrågorna tog författarna stöd av *Handbok för uppsatsskrivande och forskningsmetodik för studenter inom hälso- och vårdvetenskap* av Jimmie Kristensson (2014). En skala som användes vid konstruktionen av studiens enkät var Likert-skalan som består av olika påståenden om deltagarnas kunskap eller åsikt om ett visst ämne. Deltagarna ombads besvara påståendet utifrån en skala 1–7 om hur mycket de höll med eller inte höll med om påståendet (Polit & Beck, 2020). I författarnas studie motsvarade skalan 1 "*Håller inte alls med*" till 7 "*Håller helt med*". Ett exempel på en sådan fråga var: "*Det ingår i mina arbetsuppgifter som operationssjuksköterska att vid behov kontakta eller hänvisa till relevanta samhällstjänster och stödorganisationer för kvinnor utsatta för våld i nära relation.*" Ett avsnitt i enkäten bestod av frågor där deltagarna fick besvara hur mycket kunskap de ansåg sig besitta om olika frågeställningar, samt hur väl förberedda deltagarna kände sig inför olika scenarier. Även de frågorna baserades på Likert-skalan men bestod av fem svarsalternativ med variation från "*Väldigt mycket*" till "*Ingenting*" alternativt "*Mycket väl förberedd*" till "*Inte alls förberedd*". Två exempel på sådana frågor var: "*Hur mycket KUNSKAP anser du att du i nuläget har för att kunna identifiera och bedöma tecken eller symptom på våld i nära relation?*" och "*Hur väl FÖRBEREDD känner du dig i din yrkesroll för att ställa frågor om våldsutsatthet i nära relation till vuxna kvinnor?*". Ett annat avsnitt handlade om erfarenhet och prevalens gällande olika frågeställningar där deltagarna kunde svara mellan tre olika svarsalternativ: "Ja", "Nej" och "Vet ej/vill ej ange". Exempel på sådana frågor var: "*Har du som operationssjuksköterska vid något tillfälle frågat en patient om våld i nära relation?*" och "*Har du som operationssjuksköterska mött vuxna kvinnor som du eller någon annan MISSTÄNKT vara utsatt för våld i nära relation?*" (Bilaga 3).

Författarna använde sig av face validity för granskning av enkäten. Syftet med face validity

var att kontrollera frågornas formulering och förståelse, för att styrka instrumentets validitet. Enligt Polit och Beck (2020) avser face validity att försäkra sig om i vilken grad som mätinstrumentet faktiskt mäter det som instrumentet är avsett att mäta, dvs att samla in information från personer med kunskap och fråga om de anser att frågorna är relevanta för att besvara syftet. Fyra operationssjuksköterskor från olika avdelningar inom Region Skåne granskade enkätens innehåll utifrån relevans till syftet. Kontakten med operationssjuksköterskorna etablerades genom författarnas verksamhetsförlagda utbildning, där operationssjuksköterskorna tillfrågades om att granska enkäten genom face validity. Enkäten justerades och färdigställdes därefter innan distribution.

4.3 Datainsamling

Enkäten publicerades den 22 februari 2024 och stängdes den 15 mars 2024, relaterat till kursens tidsbegränsning. Enkäten publicerades först via ett inlägg i den slutna Facebookgruppen *Operationssjuksköterskor* med 2 561 antal medlemmar vid tillfälle för publicering. Publiceringen genererade en låg svarsfrekvens och därmed kontaktades RFOP den 27 februari för vidare spridning. Den 1 mars delade RFOP enkäten via sina sociala medier; Instagramkontot *rfop.se* med 1314 följare vid publicering och via Facebookkontot *Riksföreningen för operationssjukvård* med 1200 följare vid publicering. Författarna skickade ut påminnelser om enkäten vid två tillfällen i Facebookgruppen *Operationssjuksköterskor* och RFOP delade om enkäten tre gånger. Enkäten avslutades efter 22 dagar enligt förutbestämd tidsplan, då hade 40 enkäter inkommit varav alla inkluderades i studien då inga exklusionskriterier uppfylldes. Alla 40 enkätsvar inkom till enkätprogrammet Sunet Survey på författarnas lösenordsskyddade konto. Enkätsvaren matades därefter in i statistikprogrammet Statistical Package for the Social Sciences (SPSS), vilket var tillgängligt för studenter vid Lunds universitet.

4.4 Analys av data

Författarna valde att göra en bivariat analys för att undersöka jämförelser och utföra hypotesprövning. I SPSS kategoriserades inkomna data i olika variabler. Enligt Polit och Beck (2020) tillhör nominala variabler en viss grupp, grupperna är olika men de går inte att rangordna. Ordinalvariabler är kategoriseringar där det finns en inbyggd rangordning av svaren. Data kodades således in i nominala och ordinala variabler. Nominalskalor var tex kön,

utbildning eller hur länge respondenterna arbetat. Exempel på ordinalskalor var frågor med fler svarsalternativ, från "håller helt med" till "håller inte alls med". Vilken typ av variabler som fanns tillgängliga avgjorde vilken analys som var lämplig att utföras. För att redovisa den insamlade data använde författarna sig av deskriptiv statistik och analytisk statistik. Resultatet redovisades i tabeller utifrån svarsalternativ, frekvens och total. En del frågor hade möjlighet för respondenterna att välja mer än ett svarsalternativ, statistiken på de frågorna valde författarna att enbart redovisa i frekvens för att undvika ett missvisande resultat utifrån det totala urvalet. Vilka frågor det berör benämns under resultatet.

Efter att all data kategoriserats i SPSS gjordes en gruppindelning i frågan "*vilka/vilken utbildning har du inom våld i nära relation*" som bestod av åtta svarsalternativ, se Tabell 1. Det blev ett bortfall på två respondenter som inte svarat på frågan om utbildning, totalt N=38. Författarna gick tillsammans igenom alla svar och två grupper skapades; "*Har utbildning inom våld i nära relation*" (grupp 1, N=18) och "*Har inte utbildning inom våld i nära relation*" (grupp 2, N=20). Grupp 1 baserades på svarsalternativen: "*Fick utbildning under specialistutbildningen*", "*Fick utbildning under grundutbildningen till sjuksköterska*", "*Erhållit utbildning via intranätet*", "*Varit på föreläsning om våld i nära relationer*", "*Läst en fristående kurs i våld i nära relationer*" och "*Genomgått en mer omfattande utbildning, >4 h*". Grupp 2 baserades på: "*Läst riktlinjer på min arbetsplats*" och "*Har inte erhållit någon utbildning inom ämnet*". De respondenter som hade fyllt i mer än ett svarsalternativ, varav ett inkluderades i "*Har utbildning inom våld i nära relation*" grupperades i grupp 1. Det var även möjligt att svara "*Annat, ange gärna vad*" och då skriva en kommentar, det gjordes därefter en individuell bedömning av författarna utifrån respondenternas svar.

4.5 Hypotesprövning

Två Mann-Whitney U-test utfördes för att beräkna p-värdet och testa signifikansen med signifikansnivån $p < 0,050$. Ett icke-parametriskt test kräver inte en normalfördelning och Mann-Whitney U-test kan användas vid ett litet urval för att få fram ett medianvärde (Pallant, 2020). En hypotesprövning utförs för att se om nollhypotesen kan förkastas av en alternativ hypotes. Nollhypotesen står för att där inte finns någon signifikant skillnad mellan två grupper medan den alternativa hypotesen står för att det finns en skillnad mellan grupperna (Polit & Beck, 2020).

4.5.1 Hypotes 1

Utbildning inom VINR jämfört med att inte ha utbildning inom ämnet har betydelse för operationssjuksköterskors inställning till om patienter rutinmässigt bör tillfrågas om VINR i samband med eller inför operation.

I hypotesprövning 1 utfördes en gruppjämförelse mellan den oberoende variabeln *“Utbildning inom VINR”* och den beroende variabeln *“Att rutinmässigt fråga om våld i nära relation ska göras i samband med och/eller inför en operation”*. Totalt N=37, grupp 1 N=18 och grupp 2 N=19. Det förkom ett bortfall på tre respondenter. Två respondenter hade inte svarat på den oberoende variabeln och en respondent hade inte svarat på den beroende variabeln. Resultatet redovisas i Figur 3.

4.5.2 Hypotes 2

Operationssjuksköterskor med utbildning inom ämnet VINR känner sig mer förberedda att ställa frågor om VINR till patienter jämfört med operationssjuksköterskor utan utbildning i ämnet.

I hypotesprövning 2 utfördes en gruppjämförelse mellan den oberoende variabeln *“Utbildning inom VINR”* och den beroende variabeln *“Hur väl förberedd känner du dig i din yrkesroll för att ställa frågor om VINR till vuxna kvinnor?”*. Totalt N=38, grupp 1 N=18 och grupp 2 N=20. Bortfallet blev 2 respondenter som inte hade svarat på den oberoende variabeln om utbildning inom ämnet. Resultatet redovisas i Figur 4.

4.6 Forskningsetiska avvägningar

Enligt Helsingforsdeklarationen ska deltagandet i medicinsk forskning av individer vara frivilligt och innefatta informerat samtycke (World Medical Association, 2013). Det framgick tydligt via ett informationsbrev som ingick i enkäten att det var helt frivilligt att delta och att svaren anonymiserades, se Bilaga 2. Deltagarna behövde kryssa i om de gav samtycke eller inte innan de kunde komma vidare till frågorna i webbenkäten. Enkätprogrammet Sunet Survey och SPSS som använts i datainsamlingen är båda godkända av Lunds universitet. Enligt Polit och Beck (2020) ger enkätformulär som distribueras via internet en möjlighet till anonymitet, vilket kan vara nödvändigt när information om särskilda eller eventuellt känsliga

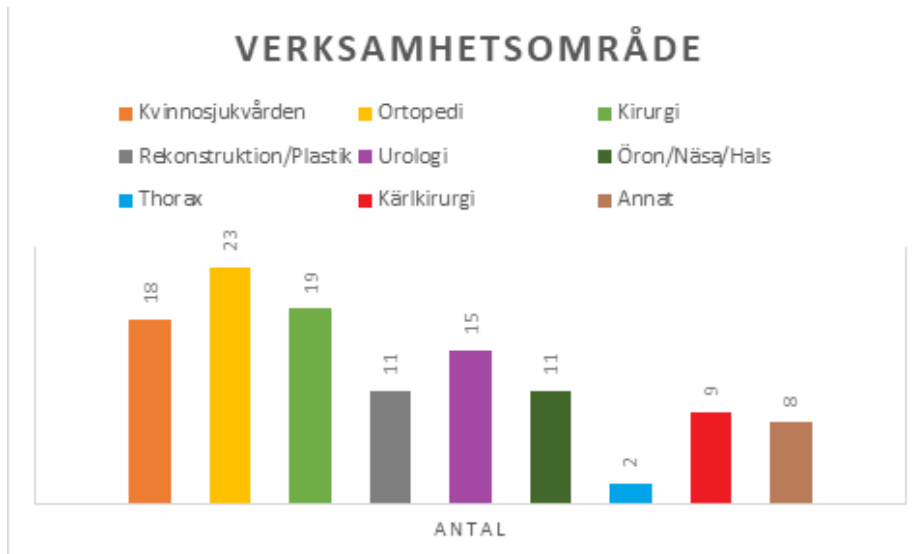
ämnena berörs. Författarna har inte gjort en etikprövning hos vårdvetenskapliga etiknämnden, då deltagandet i studien är frivilligt, svaren anonymiseras samt att utdelningen av enkäten inte går genom specifika verksamheter. Författarna tillämpade en etisk avvägning innan studien genomfördes tillsammans med handledare och kursansvarig på magisterprogrammet. Avvägningen utgick utifrån Helsingforsdeklarationens etiska riktlinjer med fokus på integritet, samtycke och göra-gott principen.

5. Resultat

I detta kapitel presenteras det empiriska resultatet. Resultatet är uppdelat i fyra delar: 5.1 Presentation av deltagarna och deras svar om arbetserfarenhet, 5.2 Operationssjuksköterskors erfarenheter av patienter utsatta för VINR, 5.3 Operationssjuksköterskans roll och 5.4 Betydelsen av utbildning inom VINR. Vid behov följer förtydligande under respektive Tabell och Figur.

5.1 Presentation av deltagarna

Det totala urvalet var N=40, varav 38 kvinnor och två män. Åldersgruppen 36–45 år och 46–55 år var överrepresenterade bland respondenterna, se Tabell 1. I frågan om hur många år respondenterna varit verksamma operationssjuksköterskor angav 16 respondenter 6–15 år som verksamma operationssjuksköterskor och 13 hade varit verksamma i 1–5 år, se Tabell 1. I Figur 1 presenteras respondenternas huvudsakliga verksamhetsområde. Det var möjligt att ange fler svarsalternativ samt fylla i en egen verksamhet i en kommentar under svarsalternativet “Annat”.



Figur 1. Respondenternas huvudsakliga verksamhetsområde. Flera deltagare angav mer än ett område som deras huvudsakliga verksamhetsområde, det totala antalet svar i figuren stämmer därmed inte gentemot antalet studiedeltagare.

5.2 Operationssjuksköterskors erfarenheter av patienter utsatta för VINR

För att undersöka operationssjuksköterskans roll i mötet med vuxna kvinnor utsatta eller misstänkt utsatta för våld i nära relation ville författarna även undersöka deras erfarenhet av att möta denna patientgrupp. Av deltagarna svarade 24 av 40 att de har mött kvinnor i deras yrkesroll där de själva eller annan misstänkt att VINR förelåg (Tab.1). Respondenterna fick även svara på om de i deras yrkesroll mött kvinnor där VINR bekräftats, där 16 svarade JA, 20 svarade NEJ och fyra svarade att de inte visste (Tab.1). På frågan om operationssjuksköterskorna vid något tillfälle frågat en patient om VINR svarade 36 NEJ, tre svarade JA och en angav Vill ej ange (Tab.1). Vidare tillfrågades respondenterna om orsaker till att de inte frågat om VINR. Bland orsakerna till att frågan inte ställts var det flest respondenter, 18, som svarade att den främsta orsaken till att de inte frågat var för att misstanke inte förelåg. Åtta svarade att det var på grund av att någon annan frågade och sju respondenter svarade att det inte tillhörde deras roll som operationssjuksköterska (Tab. 1). Vid frågan om det finns en säkerhetsplan, PM eller lokala riktlinjer och handlingsplaner för patienter utsatta för våld i nära relation på respondenternas nuvarande arbetsplats framkom det att av 40, svarade 27 respondenter att de inte visste om något av ovanstående fanns på

deras arbetsplats. Vidare uppgav 10 respondenter att det inte fanns något av ovanstående på deras nuvarande arbetsplats medan tre respondenter svarade att det fanns (Tab. 1).

Tabell 1. Demografi och operationssjuksköterskors erfarenheter av möte med våldsutsatta kvinnor.

Frågeställningar	Frekvens				Antal
Har svensk legitimation för att verka som operationssjuksköterska.	Ja				Totalt
Frekvens N	40				40
Kön	Kvinna	Man			Totalt
Frekvens N	38	2			40
Ålder i år	25 - 35	36 - 45	46 - 55	> 55	Totalt
Frekvens N	7	16	13	4	40
År som verksam operationssjuksköterska	<1år	1-5 år	6-15 år	> 15 år	Totalt
Frekvens N	3	13	16	8	40
Utbildning inom VINR	Ja	Nej	Bortfall		Totalt
Frekvens N	18	20	2		38
Utbildning inom VINR senaste 2 åren	Ja	Nej			Totalt
Frekvens N	3	37			40
Erhållen utbildning inom VINR genom:	Antal				
Sjuksköterske grundutbildning	7				
Specialists utbildning	1				
Riktlinjer på arbetsplats	10				
Intranät	3				
Föreläsning om VINR	5				
Fristående kurs om VINR	1				
Annat	6				
Ej erhållit utbildning om VINR	18				
Bortfall	2				
Mött patient där misstanke föreligger för VINR	Ja	Nej	Vet ej		Totalt
Frekvens N	24	14	2		40
Mött patient där fall av VINR bekräftats	Ja	Nej	Vet ej		Totalt

Frekvens N	16	20	4		40
Har frågat patient om VINR	Ja	Nej	Vill ej ange		Totalt
Frekvens N	3	36	1		40
Orsaker till att inte frågat patient om VINR	Frekvens				
Har inte haft misstanke	18				
Har inte haft tid	1				
Har inte hittat rätt tillfälle	5				
Någon annan gjorde det	8				
Visste inte vad jag skulle göra med svaret	1				
Tillhör inte min roll som operationssjuksköterska	7				
Annat	4				
Bortfall	4				
Kännedom om hur och var dokumentation av VINR utförs i patientjournalen	Ja	Nej			Totalt
	7	33			40
Har kännedom om säkerhetsplan, PM, lokala riktlinjer och handlingsplan vid fall av VINR	Ja	Nej	Vet ej		Totalt
	3	10	27		40

Det var möjligt för deltagarna att välja flera svarsalternativ på frågorna: "Erhållen utbildning inom VINR genom" och "Orsaker till att inte frågat patient om VINR". I tabellen redovisas därmed inte något totalt antal av svar på de frågorna för att undvika missvisande siffror.

5.3 Operationssjuksköterskans roll

Författarna ville undersöka operationssjuksköterskans inställning till dokumentation av VINR. Respondenter fick svara utifrån skalan 1 "Håller inte alls med" till 7 "Håller helt med" på påståendet: *Det ingår i mina arbetsuppgifter som operationssjuksköterska att dokumentera i patientjournalen vid misstankar om våld i nära relation.* Av de 37 respondenter som svarade angav 15 respondenter "Håller helt med", se Tabell 2. Det förekom ett bortfall på tre respondenter som inte svarade numeriskt på frågan, två av dessa lämnade en kommentar varav en var, citat: "I det journalsystemet jag arbetar i kan patienten läsa allt själv, vilket även betyder att det finns risk att förövaren kan läsa. Det bör formuleras

väl i så fall.”. Respondenternas kännedom om hur dokumentation genomförs vid misstanke om eller kliniska fynd om våld i nära relation i patientjournalen efterfrågades, varav 33 uppgav att de inte visste hur eller var sådan dokumentation ska göras (Tab.1).

För att undersöka operationssjuksköterskans arbetsroll samt om operationssjuksköterskorna anser att deras arbetsplats är lämplig och anpassad för detta möte med patientgruppen formulerades påståendet: *På min arbetsplats har jag tillräckligt med tid för att lämpligt bemöta kvinnor utsatta för våld i nära relation.* Svartalternativen var 1 ”Håller inte alls med” till 7 ”Håller helt med”. Bland de 40 svar som inkommit angav 15 respondenter ”Håller inte alls med” och en angav ”Håller helt med” (Tab. 2). Flertalet av operationssjuksköterskorna i denna studie svarade att de inte har tillräckligt med tid för att lämpligt bemöta kvinnor utsatta för VINR på deras arbetsplats. Av 39 respondenter svarade 18 ”Håller helt med” på frågan: *Det ingår i mina arbetsuppgifter som operationssjuksköterska att rapportera till avdelningen vid misstanke om eller vid kliniska fynd som kan tyda på våld i nära relation.* (Tab. 2).

Tabell 2. Operationssjuksköterskornas inställning till sin roll i mötet med denna patientgrupp.

1 "håller inte alls med" till 7 "håller helt med"	1	2	3	4	5	6	7	Bortfall	Totalt
Att fråga om VINR ska göras rutinmässigt inför och/eller i samband med operation. N	19	4	3	3	1	4	4	2	38
På min arbetsplats har jag tillräckligt med tid för att lämpligt bemöta kvinnor utsatta för VINR. N	15	9	7	1	4	3	1	0	40
Det ingår i mina arbetsuppgifter att samla in nödvändig information för att identifiera VINR. N	7	5	6	10	4	4	3	1	39
Det ingår i mina arbetsuppgifter att rapportera till avdelningen vid misstanke om VINR. N	5	2	1	6	6	1	18	1	39
Det ingår i mina arbetsuppgifter att dokumentera i patientjournalen vid misstanke om VINR. N	4	6	0	5	3	4	15	3	37

Det ingår i mina arbetsuppgifter att vid behov kontakta/hänvisa till stödorganisationer för kvinnor utsatta för VINR. N	8	5	5	6	5	2	8	1	39
Jag förändrar mitt arbetssätt/patientbemötande vid MISSTANKE om VINR. N	5	2	2	13	9	6	3	0	40
Jag förändrar mitt arbetssätt/patientbemötande vid BEKRÄFTAT fall av VINR. N	6	3	2	10	6	5	6	2	38

Här redovisas svaren på frågorna där vi efterfrågade operationssjuksköterskors inställning till sin roll i mötet med denna patientgrupp genom olika frågeställningar. De ombads besvara frågeställningar från 1 "håller inte alls med" till 7 "håller helt med".

Respondenterna fick skatta sin kunskap och hur väl förberedda de kände sig i sin yrkesroll i olika frågeställningar, se tabell 3. På frågan "Hur väl FÖRBEREDD känner du dig i din yrkesroll för att ställa frågor om VINR till vuxna kvinnor?" svarade majoriteten antingen måttligt, något eller inte alls. Av 40 respondenter svarade 9 Måttligt, 13 Något förberedd och 12 svarade Inte alls förberedd. På frågan "Hur väl FÖRBEREDD känner du dig i din yrkesroll för att bemöta uppgifter om våldsutsatthet i nära relation från vuxna kvinnor?" framkom det att 17 kände sig måttligt förberedda, nio kände sig lite förberedda och sju kände sig inte alls förberedda. Vidare efterfrågades hur mycket kunskap respondenterna ansåg sig ha för att kunna identifiera och bedöma tecken eller symtom på VINR, varav den sammanslagna majoriteten, 29 respondenter, svarade alternativen måttligt (14) och lite (15), se Tabell 3.

Tabell 3. Förberedelse- och kunskapsnivå hos respondenterna.

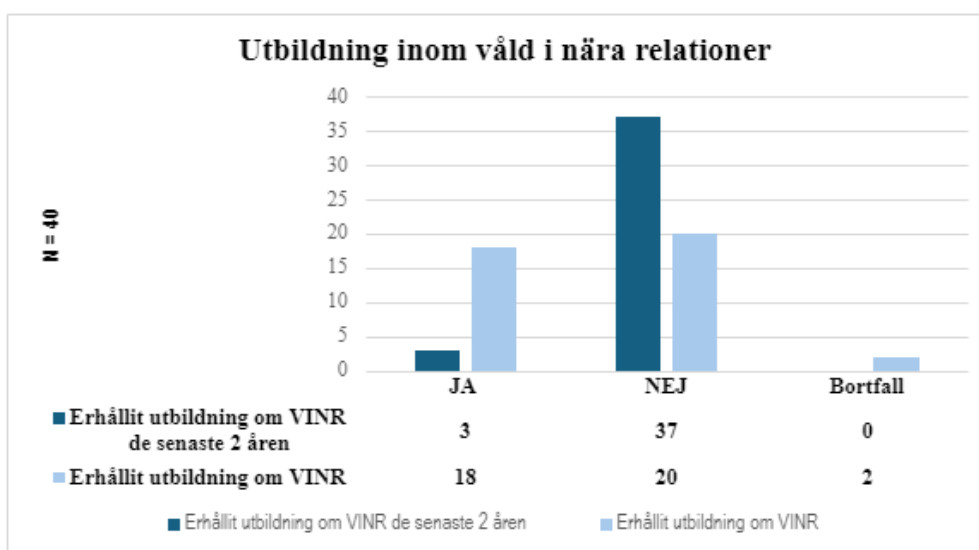
Hur väl förbered känner du dig i din yrkesroll för att..	Mycket väl	Väl	Måttligt	Något	Inte alls	Totalt
Ställa frågor om VINR till vuxna kvinnor? N	3	3	9	13	12	40
Bemöta uppgifter om VINR från vuxna kvinnor? N	2	5	17	9	7	40

Göra lämpliga hänvisningar, till stödinsatser från socialtjänst och/eller frivilligorganisationer till kvinnor utsatta för VINR? N	2	3	7	12	16	40
Hur mycket KUNSKAP har du i nuläget för att..	Väldigt mycket	Mycket	Måttligt	Lite	Ingenting	Totalt
Kunna identifiera och bedöma tecken eller symtom på VINR? N	2	5	14	15	4	40
Bedöma faran för en patient som är utsatt för VINR? N	1	4	8	19	8	40

I tabellen redovisas svar på frågorna där deltagarna ombads gradera hur väl förberedda de kände sig samt hur mycket kunskap de ansåg sig ha, på en skala från: ”Mycket väl förberedd” till ”Inte alls förberedd” och ”Väldigt mycket” till ”Ingenting”.

5.4 Betydelsen av utbildning om VINR

För att få en överblick över hur uppdaterad respondenternas utbildning var gjordes en jämförelse mellan ”*Erhållen utbildning inom VINR*” och ”*Erhållen utbildning inom VINR de senaste två åren*”, se Figur 2. Det framkom att tre av 40 hade genomgått en utbildning inom tidsramen medan 37 inte hade gjort det (Fig. 2). I denna studie har utbildningen inom VINR hos deltagarna inte granskats närmare utifrån kvalitet och tidpunkt.



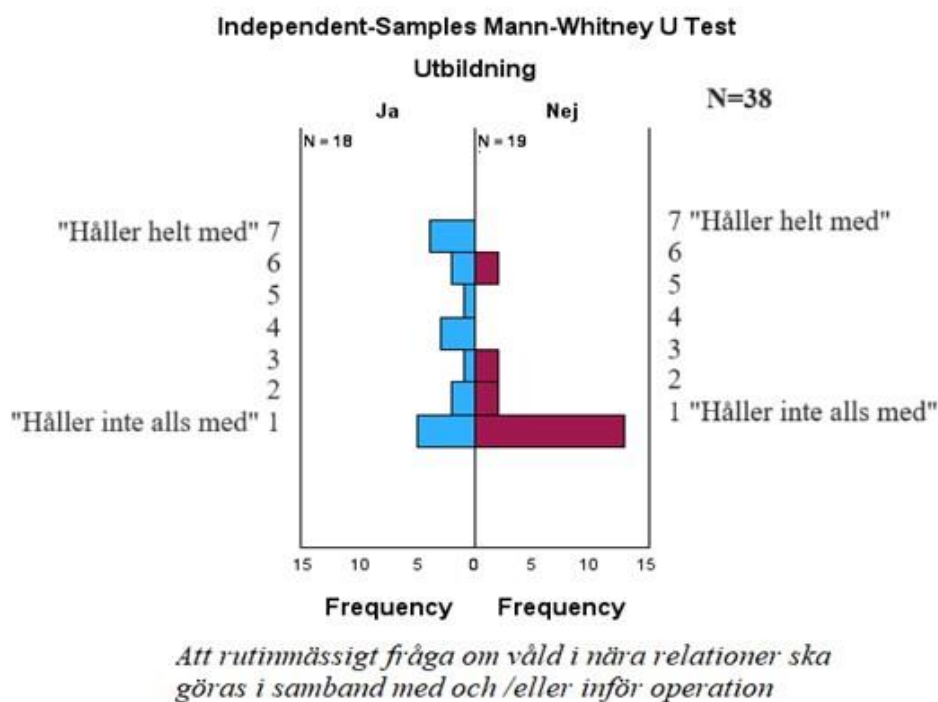
Figur 2. Jämförelse mellan erhållen utbildning inom VINR och erhållen utbildning i VINR de senaste två åren. I figuren är gruppen ”*Erhållit utbildning om VINR*” samma grupp som i Tabell 1 redovisas som ”*Utbildning inom VINR*”, se Tabell 1.

5.4.1 Hypotesprövning 1

Hypotesen: *Utbildning inom VINR jämfört med att inte ha utbildning inom ämnet har betydelse för operationssjuksköterskors inställning till om patienter rutinmässigt bör tillfrågas om VINR i samband med eller inför operation.* Hypotesen prövades med en gruppjämförelse mellan grupp 1 JA (*Har utbildning inom våld i nära relation*) och grupp 2 NEJ (*Har inte utbildning inom våld i nära relation*) svar på frågan: *Att rutinmässigt fråga om våld i nära relationer ska göras i samband med och/eller inför operation.* Mann-Whitney U-test 1 (Fig. 3) visade på en signifikant skillnad mellan grupperna, ($p=0,008$). Totalt var $N=37$ respondenter inkluderade i testet, grupp 1 $N=18$ och grupp 2 $N=19$ med ett bortfall på tre respondenter. Bortfallet bestod av två respondenter som inte hade svarat på frågan om vilken utbildning de hade. Samt en respondent som inte angett ett numeriskt svar på frågan om ifall frågan rutinmässigt ska ställas inför operation. Medianvärdet för grupp 1 = 4 och medianvärdet för grupp 2 = 1. Därmed kunde nollhypotesen förkastas, resultatet redovisas i Figur 3.

Grupp 1 (JA) visade på större spridning mellan svarsalternativen medan grupp 2 (NEJ) övervägande inte tyckte att det rutinmässigt bör frågas om VINR inför eller i samband med operation. Det fanns en signifikant skillnad mellan grupperna ($p=0,008$). Testet visade på att gruppen utan utbildning inom ämnet VINR var mer eniga om att patienter inte bör tillfrågas om VINR inför eller i samband med operation. Det ska tas i beaktning att det kan förekomma en bred variation av utbildningsnivå i grupp 1 då kvaliteten av utbildningen inte har granskats av författarna i denna studie. Exempel som kan påvisa variationen av utbildning är kommentarer från respondenter i grupp 1, citat: *“Det känns som att prevalensen är för låg för att det ska vara en rimlig fråga att ställa till alla kvinnor. Det kommer nog bara göra nervösa människor ännu mer nerviga och undra varför vi undrar det.”* Medan en annan respondent ur samma grupp svarade, citat: *“Ju fler vi frågar, ju större är chansen att vi fångar upp de som är utsatta. Genom att göra det till en rutinfråga, signalerar det att vården tar detta på allvar och finns som stöd. Det kan också leda till att de operationssjuksköterskor som känner sig obekväma att fråga, får mer träning. Med fördel genom ett preoperativt samtal.”* På samma sätt ska det tas i beaktning att det kan förekomma variationer av kunskapsnivå i grupp 2. Tidigare yrkeserfarenhet eller privat kunskap inom ämnet VINR kan förekomma bland

respondenter men som i denna studie, relaterat till kriterier för gruppindelning ändå placerats i grupp 2. Kommentarer från respondenter i grupp 2, citat: *“Tror att ju fler platser där det uppmärksammas kan underlätta för att personen till slut vågar berätta.”* En annan respondent i samma grupp resonerade på följande sätt: *“Den frågan bör ha ställts innan patienten kommer till operationsavdelningen. Den korta tiden de är på operationsavdelningen och är påverkade av läkemedel, miljö, nervositet etc hinner man inte bygga en tillräckligt bra relation med patienten och har rimligen mycket små möjligheter att påverka vad som händer efter patienten lämnat operationsavdelningen. Men vården bör i något avseende ta ansvar för denna frågan. Jag vet inte var eller på vilket sätt.”*



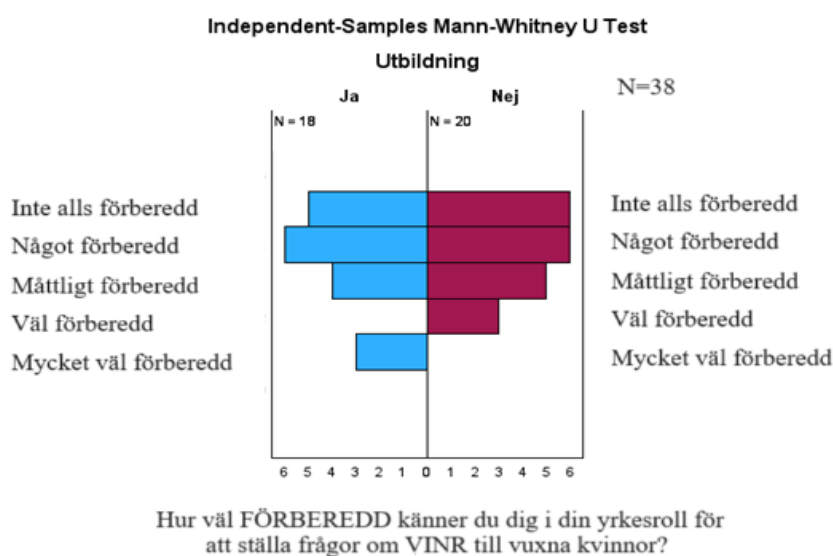
Figur 3. Mann-Whitney U-test 1.

5.4.2 Hypotesprövning 2

Vidare ville författarna undersöka om det fanns en skillnad mellan i hur väl förberedda respondenterna kände sig i sin yrkesroll för att ställa frågor om VINR, frågan redovisas i Tabell 3. Det undersöktes genom hypotesen: *Operationssjuksköterskor med utbildning inom*

ämnet VINR känner sig mer förberedda att ställa frågor om VINR till patienter jämfört med operationssjuksköterskor utan utbildning i ämnet. Gruppjämförelsen mellan grupp 1 (JA) och grupp 2 (NEJ) gjordes i Mann-Whitney U-test 2 (Fig. 4) där det inte påvisades någon signifikant skillnad mellan grupperna, ($p=0,851$). Totalt var $N=38$ inkluderade i testet med ett bortfall på två respondenter från indelningen av grupp 1 och grupp 2. Grupp 1 $N= 18$ och Grupp 2 $N= 20$. Medianvärdet var 4 i respektive grupp och resulterade i att nollhypotesen accepterades. Det ska dock tas i beaktning att det kan förkomma onämnda faktorer och omständigheter som kan ha haft inverkan på resultatet. Precis som i föregående hypotes är utbildningsnivå och kvalitet något som ska tas i beaktning i förhållande till resultatet. Det ska även pointeras att operationsavdelningen består av korta patientmöten. Det kan därmed finnas anledning att även beakta verksamhetens förutsättningar och begränsningars roll i hur väl förberedd operationssjuksköterskan känner sig för att ställa frågor om VINR.

Utdrag ur citat från respondent: *“Operation är en högspecialiserad och kostsam avdelning. Där behöver fokus vara att på ett patientsäkert sätt skapa flöden så att så att man använder resurserna på ett effektivt och smart sätt. Man arbetar i team och alla har en uppgift att göra när patienten är på op. Inte ett ställe för känsliga samtal, det måste göras på vårdavdelning...”*



Figur 4. Mann-Whitney U-test 2.

6. Diskussion

6.1 Metoddiskussion

Författarna valde att göra en kvantitativ enkätundersökning som riktades till verksamma operationssjuksköterskor i Sverige. Målet var att besvara syftet, specifika frågeställningar och utföra hypotesprövningar. Syftet med en kvantitativ studiedesign var att få fram ett generaliserbart resultat för en bredare publik (Polit & Beck, 2020). Det totala urvalet i föreliggande studie blev 40 enkätsvar. För att resultatet i föreliggande studie ska kunna generaliseras på en större population med säkerhet, krävs ett större urval än vad studien erhöll, vilket Kristensson (2014) lyfter. Exklusions- och inklusionskriterierna i föreliggande studie var få, då författarna valde att inte begränsa vilka respondenter som kunde delta i studien. Författarnas målsättning var att få en så bred population som möjligt och en ökad spridning gällande ålder, verksamhetsområde och erfarenhet. Genom att inte sätta fler kriterier för att delta ökade det spridningen av svaren, med fler inklusionkriterier och exklusionskriterier fanns det en ökad risk att färre deltog i studien. På grund av ett litet urval är det en utmaning att göra en generalisering på en större population, vilket kan påverka studiens validitet i resultatets generaliserbarhet.

Enligt Kristensson (2014) och Polit och Beck (2020) innebär validitet att studien mäter det som är avsett att mätas och kan användas för att beskriva studiens kvalitet. Att bedöma validiteten i det instrument som tillämpats i författarnas studie kan ses som mer svårbedömt då det mäter komplexa fenomen, något som även Kristensson (2014) beskriver. För att göra en validitetsbedömning av enkäten valde författarna att utföra face validity. Målet var att erhålla en utomstående bedömning av enkätens utformning och frågornas formulering i relation till studiens syfte (Kristensson, 2014). Efter kontrollerad ytvaliditet gjorde författarna ändringar och justeringar av enkäten. I återkopplingen framkom att enkäten var för omfattande och lång, därför togs frågor bort som inte ansågs vara relevanta för att besvara syftet. Begreppet reliabilitet ska också beaktas vid kvantitativa studier. Reliabilitet beskriver tillförlitligheten av det mätinstrument som använts i studien, det vill säga att vid en upprepning av studien ska samma eller liknande resultat återfinnas trots att den genomförs av andra utredare (Kristensson, 2014). Relaterat till låg svarsfrekvens och tidsbegränsning i kursen resulterade det i att alla inkomna enkätsvar inkluderades i studien, trots ofullständiga

enkätsvar. I urvalet förekom därmed inga bortfall, hade svarsfrekvensen varit högre hade eventuellt ofullständiga enkäter kunnat exkluderas från resultatet under datainsamlingen. Enkäten var öppen i 22 dagar, skulle enkäten varit tillgänglig en längre tid hade potentiellt fler enkätsvar inkommit. Trots det är enkätstudier enligt Billhult (2017) en lämplig metod för att samla in information från många människor på kort tid.

Diskussion av enkätfrågor

I konstruktionen av enkätfrågorna tog författarna stöd av *Handbok för uppsatsskrivande och forskningsmetodik för studenter inom hälso- och vårdvetenskap* av Kristensson (2014). Exempelvis undveks negativt formulerade frågor. Ingen av författarna hade tidigare konstruerat en enkät eller hade tidigare erfarenhet av enkätprogrammet Sunet Survey. Valet av författarna att inte använda en färdigkonstruerad enkät berodde på att det inte fanns någon enkät tillgänglig som kunde användas i studien för att besvara författarnas syfte. Nackdelen med att använda egenkonstruerade frågor i enkäter är att frågorna riskerar att ställas på ett sådant sätt att den inte går att sammanställa och tolka i resultatet. Fördelarna är dock att frågor går att anpassa efter syftet med studien (Billhult, 2017), något som författarna menar överväger nackdelarna eftersom det inte fanns någon tidigare forskning att luta sig mot gällande operationssjuksköterskans roll i mötet med våldsutsatta kvinnor. Utav 26 enkätfrågor var det åtta frågor som inte besvarades av alla respondenter, i Tabell 1 är frågan ”*Utbildning inom VINR*” med gruppindelningen JA och NEJ inte inräknad i de åtta frågor, se Tabell 1. I de fall där 39 av 40 deltagare svarat valde författarna att inte diskutera frågorna nedan då ett enstaka bortfall kan bero på slumpen. Majoriteten av frågorna bedömdes ha så pass svaga brister att det inte bedömdes vara av signifikant relevans för sammanställningen av resultatet. Sex frågor uppvisade på brister vid sammanställning av data och deras brister kommer att diskuteras vidare nedan, aktuella frågor redovisas i Tabell 4.

Respondenterna ombads ange sin ålder i enkäten (Tab. 4). Vid konstruktionen av frågan valde författarna att ange fem olika åldersintervall att välja mellan. På grund av ett litet urval och stora åldersintervall medförde det att en medelålder för respondenterna inte kunde beräknas och därmed kunde heller inga jämförelser göras eller slutsatser dras i förhållande till ålder och operationssjuksköterskans inställning till sin roll i mötet med våldsutsatta kvinnor. Skulle frågan varit konstruerad så att varje individuell respondent kunde ange sin exakta ålder för att få en bättre överblick över demografin.

En av huvudfrågorna för studien var frågan om vilken utbildning respondenterna hade inom VINR (Tab. 4). Frågan var konstruerad som en flervalfråga med åtta svarsalternativ. Det förekom ett bortfall då två respondenter inte svarade på frågan. Författarna har diskuterat huruvida det var frågans konstruktion som orsakade bortfallet. Enligt Kristensson (2014) är det viktigt att det finns tydliga instruktioner för deltagarna om hur frågan ska besvaras. Frågan *“Vilka/vilken utbildning har du inom våld i nära relation? Fler val är möjligt”* är ställd på ett sådant sätt att det kan tolkas som att enbart de deltagare som har erhållit någon form av utbildning ska svara på frågan. Potentiellt skulle frågan formulerats så att det tydligt framgick att författarna efterfrågade om respondenten hade någon utbildning och i så fall av vilken karaktär. Med tydligare instruktioner om hur frågan skulle besvaras och att alternativet *“Har inte erhållit någon utbildning”* hade varit ett tidigt svarsalternativ skulle eventuellt bortfallet kunnat undvikas. Mängden alternativ kan även varit en faktor som bidrog till att svarsalternativen inte lästes ordentligt eller hoppades över av deltagarna. Kristensson (2014) betonar att otydliga frågor eller otydlig information ökar risken att vissa frågor inte besvaras. Det ska dock poängteras att det inte framkom någon kritik eller respons på formuleringen av denna fråga när enkäten validitetsbedömdes genom face validity.

En fråga där alla 40 respondenter svarade men som kan orsakat ett bortfall i efterföljande frågeställning var frågan *“Har du som operationssjuksköterska vid något tillfälle frågat en patient om våld i nära relation?”*. Frågan var konstruerad med svarsalternativen JA, NEJ och Vill ej ange. Varav tre respondenter svarade “JA” och en svarade “Vill ej ange”. Det fanns därefter en följdfråga som löd *“Om du svarade nej på föregående fråga, var det på grund av något av följande. Fler val är möjligt“*. På denna fråga förekom ett bortfall på fyra respondenter. Detta kan återigen härledas till otydlighet i hur frågans ska besvaras av deltagarna, vilket Kristensson (2014) belyser. Bortfallet kan förklaras genom att det sammanlagt var fyra respondenter som i föregående fråga svarat “JA” och “Vill ej ange”. Bortfallet skulle statistiskt kunnat undvikas om enbart de som svarade NEJ på föregående fråga kunnat svara på följdfrågan. Konstruktionen gjorde att alla kunde svara på frågan vilket kan ha resulterat i att de som svarade ”JA” eller ”Vill ej ange” valde att hoppa över frågan istället för att besvara den, vilket i SPSS då redovisades som ett bortfall.

I enkäten förekom slutna frågeställningar med skattningsskalor där respondenterna ombads besvara olika frågeställning utifrån 1 *“Håller inte alls med”* till 7 *“Håller helt med”*. Författarna valde att inkludera denna typ av frågor eftersom syftet var att undersöka operationssjuksköterskornas inställning. Vilken typ av fråga som används styrs enligt Kristensson (2014) av syftet med undersökningen. Respondenterna ombads ta ställning till frågeställningarna efter angivna svar, från 1 till 7, samtidigt fanns öppna frågor tillgängliga för respondenterna som komplement till de slutna frågorna. Sluta frågor medför en risk att svarsalternativen inte passar in eller kan besvaras av deltagaren, vilket kan leda till bortfall (Kristensson, 2014). I Tabell 4 på frågan *“Jag förändrar mitt arbetsätt och/eller patientbemötande vid BEKRÄFTAT fall av våld i nära relationer”* förekom ett bortfall på två respondenter. Detta kan härledas till att frågans formulering och därmed tolkning. Författarna har i efterhand diskuterat att frågan kan tolkas som att enbart de deltagare som mött en patient där våldet är känt kan svara på frågan. Ytterligare information om hur frågan förväntas besvaras av deltagarna skulle inkluderats för att minska risken för bortfall. Den sista frågan som författarna i efterhand bedömt har haft någon form av konstruktionsbrist är frågan *“Det ingår i mina arbetsuppgifter som operationssjuksköterska att dokumentera i patientjournalen vid misstankar om våld i nära relation”*, se Tabell 4. Det förekom tre bortfall på frågan, vilket som i föregående fråga igen kan bero på att svarsalternativen inte passade in för de deltagare att ange som svar. I denna fråga valde alla tre respondenter som inte angav ett numeriskt svar att lämna en kommentar eller förklaring i den öppna frågan *“Valfri kommentar”* (Bil. 3). Genom att komplettera slutna frågor med öppna frågor ges möjligheten för deltagarna att svara utan att ange något av de angivna alternativen i frågan (Kristensson, 2014). I föreliggande studie följde öppna frågorna som en självständig fråga. Skulle de sluta och öppna frågorna suttit ihop hade eventuellt bortfallet statistiskt minskat i sammanställning i SPSS.

Tabell 4. Diskussionsfrågor från enkäten och frågornas svarsalternativ.

Frågeställning	Svarsalternativ
Ange din ålder	Åldersintervall
	<25 25–35 36–45 46–55 >55
Har du som operationssjuksköterska vid något	

tillfälle frågat en patient om våld i nära relation?	
	Ja
	Nej
	Vill ej ange
Om du svarade nej på föregående fråga, var det på grund av något av följande. Fler val är möjligt.	
	Har inte haft någon misstanke
	Har inte haft tid
	Har inte hittat rätt tillfälle
	Någon annan gjorde det
	Visste inte vad jag skulle göra med svaret
	Det tillhör inte min roll som operationssjuksköterska
	Vill ej ange
	Annat
Vilka/vilken utbildning har du inom våld i nära relation? Fler val är möjligt.	
	Fick utbildning under specialistutbildningen
	Fick utbildning under grundutbildningen till sjuksköterska
	Läst riktlinjer på min arbetsplats
	Erhållit utbildning via intranätet
	Varit på föreläsning om våld i nära relationer
	Läst en fristående kurs i våld i nära relationer
	Genomgått en mer omfattande utbildning, >4h
	Har inte erhållit någon utbildning inom ämnet

	Annat, ange gärna vad
Det ingår i mina arbetsuppgifter som operationssjuksköterska att dokumentera i patientjournalen vid misstankar om våld i nära relation.	1 "håller inte alls med" till 7 "håller helt med"
	1 2 3 4 5 6 7
Jag förändrar mitt arbetssätt och/eller patientbemötande vid BEKRÄFTAT fall av våld i nära relationer	1 "håller inte alls med" till 7 "håller helt med"
	1 2 3 4 5 6 7

Hypotesprövning och etik

Författarna till föreliggande studie hade ett antagande om att utbildning inom våld i nära relation har en påverkan på vårdpersonals agerande och bemötande av kvinnor utsatta för våld i nära relation. Författarnas intresse till operationssjuksköterskans roll grundades i att båda läser specialistutbildning inom operationssjukvård under tiden för studien. För att undersöka vilken roll operationssköterskor har i mötet med denna patientgrupp utformades hypoteser för att testa utbildningens betydelse. Två hypotesprövningar utfördes med Mann-Whitney U-test, där gruppjämförelsen mellan grupp 1 *“Har utbildning inom våld i nära relation”* och grupp 2 *“Har inte utbildning inom våld i nära relation”* i relation till två olika frågeställningar.

Författarna ville testa utbildningens betydelse utan ett antagande att en av grupperna skulle svara på ett visst sätt och valde därmed att formulera hypotes 1 på följande sätt: *Utbildning inom VINR jämfört med att inte ha utbildning inom ämnet har betydelse för operationssjuksköterskors inställning till om patienter rutinmässigt bör tillfrågas om VINR i samband med eller inför operation.* Bortfallet i hypotes 1 bestod av tre respondenter, vilket i ett redan litet urval kan ha en inverkan på generaliserbarheten av resultatet. Ett signifikant resultat i denna studie kan på grund av litet urval bero på slumpen och kan därmed inte ses som en styrka för studiens validitet. Trots ett litet urval genererade hypotesprövning 1 ett signifikant resultat vilket kan styrka behovet av vidare forskning inom ämnet på mer omfattande population. I hypotes två som löd: *Operationssjuksköterskor med utbildning inom*

ämnet VINR känner sig mer förberedda att ställa frågor om våld i nära relation till patienter jämfört med operationssjuksköterskor utan utbildning i ämnet tillämpades istället ett antagande om att de med utbildning skulle känna sig mer förberedda jämfört med gruppen utan utbildning. Bortfallet för hypotes 2 var två respondenter. Det förekom ett bortfall vid båda hypotesprövningarna men inget som av författarna bedömdes vara ett hinder för att utföra hypotesprövningarna.

Författarna till studien har eftersträvat en tydlig transparens genomgående under studien. Ämnet våld i nära relation har från början tagits i beaktning att det kan klassas som ett känsligt ämne. Etisk medvetenhet har genomsyrat arbetet och författarna har medvetet valt bort frågor som rör respondenternas egna upplevelser av VINR. Trots flertalet delningar av enkäten på flera socialamedie-plattformar erhöles inte den respons som författarna önskade, vilket var minst 60 svar. Författarna tror att intervju som metod eller fokusgruppsintervju skulle vara en lämplig metod för vidare forskning inom ämnet, relaterat till att det inkom många utförliga kommentarer till frågorna i enkäten. I fokusgrupper hade respondenter fått möjlighet att föra en dialog om ämnet i grupp. Författarna har hela tiden eftersträvat ett etiskt förhållningssätt och valde därmed att ta med kommentarsfälten till frågorna just för att ge respondenten möjlighet att dela med sig av tankar i ett ämne som kan väcka mycket känslor och funderingar. En av anledningen till att författarna valde enkätundersökning framför intervjuer var på grund av författarnas egen förkunskap och bristande vana i att hålla intervjuer. Detta i relation till ett ämne som författarna ansåg krävde en högre nivå av förkunskap för att utföra.

6.2 Resultatdiskussion

Studier visar att utbildning inom VINR har en inverkan på både inställning till och är nödvändig för att i klinisk praxis kunna identifiera utsatta kvinnor (Nascimento, 2024., Purbarrar, 2023). I hypotesprövning 1 framkom en spridning i grupp 1's ställningstagande. Orsaken till spridningen i denna grupp kan vara relaterad till en variation i vilken omfattning, nivå samt kvalitet av den utbildning inom VINR deltagarna erhållit. När indelningen av grupperna gjordes så efterfrågade författarna inte hur gammal den angivna utbildningen var. Det framkom att det enbart var tre deltagare i grupp 1 som hade genomgått en utbildning de senaste två åren. Tidpunkt för genomförd utbildning specificeras inte ifall där den genomförts för mer än 2 år sedan, därmed kan variation av utbildning och kunskap om VINR variera.

Exempel på variationer i utbildningsgruppen var *“Det känns som att prevalensen är för låg för att det ska vara en rimlig fråga att ställa till alla kvinnor...”* och *“Ju fler vi frågar, ju större är chansen att vi fångar upp de som är utsatta....”*.

På grund av den spridning som uppdagades i grupp 1 ville författarna närmre undersöka om det fanns en skillnad i hur väl de kände sig förberedda inför att ställa frågor om VINR till vuxna kvinnor. I hypotesprövning 2 framkom ingen signifikant skillnad mellan grupperna med eller utan utbildning. Respondenterna i grupp 1 kände sig inte mer förberedda att ställa frågor om VINR trots olika utbildning inom ämnet. Purbarrar (2023) menar att bristande utbildning, kunskap och brist på tid för att prata med patienten om VINR leder till att vårdpersonal undviker att ställa frågan om kvinnan är utsatt. Detta är i enlighet med resultat i författarnas studie där majoriteten av deltagarna antingen kände sig lite förberedda, eller inte alls förberedda att ställa frågan om VINR till patienter. Vilket eventuellt kan vara effekten av bristande rutiner och lokala riktlinjer. Enligt Sergeant et al. (2023) behövs tydliga rutiner och protokoll för att vårdpersonal ska kunna upptaga och fråga om VINR. Struktur för arbetssätt bidrar till att identifiera utsatta och ger vårdpersonal bättre förutsättningar för att lyfta ämnet och hantera situationen på ett adekvat och tryggt sätt. Operationssjuksköterskor möter kvinnor utsatta för VINR, det visar resultatet i denna studie där 16 av 40 respondenter uppgav ha mött kvinnor där VINR var bekräftat. Det framkom även att så mycket som 24 av 40 respondenter uppgav sig ha mött kvinnor där det förelåg en misstanke om VINR. Sergeant et al. (2023) beskriver att det finns en allmän ovisshet och okunskap kring vem det är som bär det formella ansvaret för att föra samtal om VINR. Föreliggande studie visar på att det är lätt att tro att någon annan bär ansvaret och att någon annan kommer att fråga, men att det inte ligger på det egna ansvaret.

I denna studie framkom det att majoriteten inte ansåg att det fanns tillräckligt med tid på arbetsplatsen för att bemöta kvinnor utsatta för VINR. Utifrån ett humanistiskt perspektiv med personcentrerad vård åligger det operationssjuksköterskan att inte enbart se patienten som ett operativt ingrepp utan att även se dennes psykiska, sociala och existentiella behov inför den stundande operationen, vilket innebär ett holistiskt arbetssätt.

Operationssjuksköterskan kan tillgodose patientens behov genom personcentrerade omvårdnadsåtgärder vilket i enlighet med Virginia Hendersons omvårdnadsteori innebär att ge sig tiden att se till hela patienten för att skydda patienten mot skador (Willman, 2022).

Resultatet av studien visar att det upplevdes finnas en tidsbrist för att lyfta den här typen av frågor, vilket då kan resultera i att det är den omvårdnadsåtgärden som försvinner i mötet med patienten inne på operationssalen. De åtgärder som deltagare i författarnas studie i störst utsträckning var eniga om ingick i deras arbetsuppgifter, var dokumentation och rapportering till avdelning vid misstanke om VINR. Ämnet VINR är ett tabubelagt ämne i samhället, det tycks finnas en önskan om att göra rätt för sig rent etiskt men det finns även en allmän oro för att göra mer skada genom att ta upp ämnet på ett olämpligt sätt eller vid fel tillfälle.

Socialstyrelsen (2014) menar att det är viktigt att varje verksamhet som ställer frågor om VINR behöver vara väl medvetna om att det föreligger en etisk aspekt i frågandet. Det bekräftas även här att det behöver finnas en beredskap för att bemöta svaret. Socialstyrelsen beskriver vidare att det finns en enighet i litteraturen om att frågandet i sig inte minskar våld eller ökar hälsa men att frågandet om VINR ökar upptäckten av våldet. Det påpekas att det är av stor vikt att det finns fungerande rutiner och strategier för att bemöta våldet när det upptäcks, annars uteblir minskningen av våldet. Trots att det framkom att operationssjuksköterskorna i denna studie ansåg att dokumentation tillhörde och ingick i deras arbetsroll var det 33 av 40 respondenter som inte visste hur och var dokumentation av VINR skulle utföras i patientjournalen, vilket skulle kunna härledas till bristande arbetsstruktur. Det framkom i denna studie att 27 av 40 operationssjuksköterskor inte hade kännedom om det på deras arbetsplats fanns PM, säkerhetsplaner, lokala riktlinjer eller handlingsplaner för patienter utsatta för VINR. Vilket bekräftar bristerna i arbetsplatsens strukturer i arbetet för att motverka våld i nära relation.

7. Konklusion och implikationer

Resultatet i denna studie visar att operationssjuksköterskor möter patienter utsatta för VINR i sin yrkesroll och att det finns ett behov av utbildning och kunskap i ämnet.

Operationssjuksköterskor behöver utbildning och kunskap i ämnet för att lyfta frågan om VINR och för att lämpligt bemöta denna patientgrupp. Inställningen till huruvida patienter bör tillfrågas om VINR inför eller i samband med operation påverkas av operationssjuksköterskans utbildning inom ämnet. I denna studie var operationssjuksköterskorna utan utbildning inom VINR mer eniga i att patienter inte rutinmässigt ska frågas om VINR i samband med, eller inför operation. Det förekom en större

spridning av svaren bland operationssjuksköterskor med utbildning. I frågan om hur förberedda operationssjuksköterskorna kände sig för att ställa frågan om VINR framkom ingen signifikant skillnad mellan operationssjuksköterskor med utbildning och de utan utbildning inom VINR. Majoriteten svarande att de kände sig *"Något förberedd"* eller *"Inte alls förberedd"* på frågan, vilket kan bero på verksamhetens förutsättningar där operationsavdelningen ofta består av korta patientmöten. Studiens resultat visade att operationssjuksköterskor anser att det tillhör deras roll att dokumentera i patientjournalen vid misstanke om VINR, men att 33 av 40 deltagare saknade kännedom om hur eller vart detta ska utföras. Resultatet visar att det förekom brister eller avsaknad av rutiner på arbetsplatser avseende stöd och verktyg för operationssjuksköterskor i mötet med denna patientgrupp. Studien stärker att det finns ett utökat behov av handlingsplaner och rutiner på operationsverksamheter för att motverka och identifiera kvinnor utsatta för VINR, vilket är i enlighet med Socialstyrelsens föreskrifter (HSLF-FS, 2022:39). Vidare behövs mer forskning inom området utifrån operationsverksamhetens ansvar, men även operationssjuksköterskans roll i arbetet att upptäcka och motverka våld i nära relation.

8. Referenser

Billhult, A. (2017). Enkäter. I M, Henricson (Red.). *Vetenskaplig teori och metod: från idé till examination inom omvårdnad* (2 uppl., s.121–125). Studentlitteratur.

Bacchus, L., Mezey, G., & Bewley, S. (2003). Experiences of seeking help from health professionals in a sample of women who experienced domestic violence. *Health & social care in the community*, *11*(1), 10–18. <https://doi.org/10.1046/j.1365-2524.2003.00402.x>

Bergbom, I. (2015). *Vårdande kompetens, personcentrerad vård och organisationer*. I J. Leksell & M. Lepp (Red.), *Sjuksköterskans Kärnkompetenser* (1 uppl., s.111–134). Liber

BRÅ. (08 november 2023). *Våld i nära relationer*. <https://bra.se/statistik/statistik-om-brottstyper/vald-i-nara-relationer.html>

Bäckström, G. (2012). Operationssjuksköterskans profession. I G.M. Dävöy, I. Hansen & P. H. Eide (Red.), *Operationssjukvård, operationssjuksköterskans perioperativa omvårdnad* (s. 29–45). Studentlitteratur.

Banerjee, A., & Chaudhury, S. (2010). Statistics without tears: Populations and samples. *Industrial psychiatry journal*, *19*(1), 60–65. <https://doi.org/10.4103/0972-6748.77642>

Gustin, L. W., & Lindwall, L. (2012). *Omvårdnadsteorier i klinisk praxis* (1 uppl.). Natur & Kultur Läromedel.

Hastings, D. P., & Kantor, G. K. (2003). Women's victimization history and surgical intervention. *AORN journal*, *77*(1), 163–180. [https://doi.org/10.1016/s0001-2092\(06\)61386-0](https://doi.org/10.1016/s0001-2092(06)61386-0)

Hälso- och sjukvårdslag (SFS 2017:30). Socialdepartementet.
https://www.riksdagen.se/sv/dokument-och-lagar/dokument/svensk-forfattningssamling/halso-och-sjukvardslag-201730_sfs-2017-30/

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

Källberg, A., Öhrn, A. (2019). Patientsäkerhet. I A. Ehrenberg & L. Wallin (Red). *Omvårdnadens grunder, ansvar och utveckling* (3 uppl., s.325–353). Studentlitteratur.

Leite, F. M. C., Oliveira, A. G., Barbosa, B. L. F. A., Ambrosim, M. Z., Vasconcellos, N. A. V., Maciel, P. M. A., Amorim, M. H. C., Furieri, L. B., & Lopes-Júnior, L. C. (2022). Intimate Partner Violence against Mastectomized Women: Victims' Experiences. *Current oncology*, 29(11), 8556–8564. <https://doi.org/10.3390/curroncol29110674>

Martinsen, K. (2012). Operationssjuksköterskan och den sårbara patienten-kropp, sinnesförmåga och integritetszon. I G. M. Dävøy, P. H. Eide & I. Hansen (Red.), *Operationssjukvård: Operationssjuksköterskans Perioperativa omvårdnad* (1 uppl., s. 47–63). Studentlitteratur.

McCance, T., McCormack, B. (2015). *Personcentrerad omvårdnad*. I J. Leksell & M. Lepp (Red.), *Sjuksköterskans Kärnkompetenser* (1 uppl., s.81–110). Liber AB.

Nascimento, C. T., Vidigal, M. T. C., Oliveira, V. H. F. P., Franco, R. P. A. V., Vieira, W. A., de-Jesus-Soares, A., Lima, R. R., Franco, A., & Paranhos, L. R. (2024). Knowledge and attitudes of rural healthcare providers regarding domestic violence against women: a systematic review. *Sao Paulo Medical Journal*, 142(3). <https://doi.org/10.1590/1516-3180.2022.0682.R1.180723>

Nationellt Centrum för Kvinnofrid. (23 mars 2022). *WHO:s arbete mot våld*. <https://www.nck.uu.se/kunskapsbanken/amnesguider/mans-vald-mot-kvinnor-ett-globalt-perspektiv/varldshalsoorganisationen-who/> (Hämtad 2024-01-21).

Offentlighets- och sekretesslag (2009:400). Justitiedepartementet L6. https://www.riksdagen.se/sv/dokument-och-lagar/dokument/svensk-forfattningssamling/offentlighets-och-sekretesslag-2009400_sfs-2009-400/

Pallant, J. (2020). *SPSS Survival Manual; A Step by Step Guide to Data Analysis Using IBM SPSS* (7 uppl.). A&U Academic.

Patientdatalagen (SFS 2014:821). Socialdepartementet.

https://www.riksdagen.se/sv/dokument-och-lagar/dokument/svensk-forfattningssamling/patientlag-2014821_sfs-2014-821/

Polit, D., & Beck, C. (2020). *Nursing research - Generating and Assessing Evidence for Nursing Practice* (11 uppl.). Wolters Kluwer Health.

Purbarrar, F., Khani, S., Zeydi, A.E., & Cherati J.Z. (2023). A review of the challenges of screening for domestic violence against women from the perspective of health professionals. *Journal of Education and Health Promotion*, 12(1), 183. https://doi-org.ludwig.lub.lu.se/10.4103/jehp.jehp_733_22

Regeringskansliet. (2016). *Makt, mål och myndighet - feministisk politik för en jämställd framtid* (Skr. 2016/17:10). Socialdepartementet.

https://www.regeringen.se/globalassets/regeringen/dokument/socialdepartementet/jamstalldhet/makt-mal-och-myndighet---feministisk-politik-for-ett-jamstallt-samhalle-skr.-2016_17-10.pdf

Riksföreningen för operationssjukvård. (2016). *Riksföreningen anser och rekommenderar om operationssjuksköterskans specialistkompetens för patientsäker vård i operationsrummet*.

<https://www.rfop.se/media/4lmheuph/riksfoeringen-anser-och-rekommenderar-om-operationssjukskoeterskans-specialistkompetens.pdf> (Hämtad 2023-12-15).

Riksföreningen för operationssjukvård. (2020). *Kompetensbeskrivning avancerad nivå - specialistsjuksköterska inom operationssjukvård*.

[http://www.rfop.se/media/nrpdvt1e/kompetensbeskrivning-2020_webb.pdf#:~:text=Operationssjuksk%C3%B6terskans%20specialistkunskap%20innefattar%20vetenskaplig%20teori%20%28veta%20vad%2Fvarf%C3%B6r%29%2C%20praktisk,jag%20reagerar%20i%20specifika%20situationer%](http://www.rfop.se/media/nrpdvt1e/kompetensbeskrivning-2020_webb.pdf#:~:text=Operationssjuksk%C3%B6terskans%20specialistkunskap%20innefattar%20vetenskaplig%20teori%20%28veta%20vad%2Fvarf%C3%B6r%29%2C%20praktisk,jag%20reagerar%20i%20specifika%20situationer%20) (Hämtad 2023-12-06).

Sargeant, S., Baird, K., Sweeny, A., & Torpie, T. (2023). "If Not Me, Then Who?": Exploring the Challenges Experienced by Front-Line Clinicians Screening for, and Communicating

About, Domestic Violence in the Emergency Department. *Violence Against Women*, 29(12-13), 2508-2526. <http://pub.lu.se/10.1177/10778012231186816s://doi-org.ludwig.l>

Short, L. M., Alpert, E., Harris, J. M., Jr, & Surprenant, Z. J. (2006). A tool for measuring physician readiness to manage intimate partner violence. *American journal of preventive medicine*, 30(2), 173–180. <https://doi.org/10.1016/j.amepre.2005.10.009>

Smith, J. S., Rainey, S. L., Smith, K. R., Alamares, C., & Grogg, D. (2008). Barriers to the mandatory reporting of domestic violence encountered by nursing professionals. *Journal of trauma nursing: the official journal of the Society of Trauma Nurses*, 15(1), 9–11. <https://doi.org/10.1097/01.JTN.0000315782.20213.72>

Socialstyrelsen. (2023). *Våld i nära relationer - Handbok för socialtjänsten, hälso- och sjukvården och tandvården* (Artikelnummer 2023-6-8592). Elanders Sverige AB. <https://www.socialstyrelsen.se/globalassets/sharepoint-dokument/artikelkatalog/handbocker/2023-6-8592.pdf>

Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd om våld i nära relationer (HSLF-FS 2022:39). Socialstyrelsen. <https://www.socialstyrelsen.se/globalassets/sharepoint-dokument/artikelkatalog/foreskrifter-och-allmanna-rad/2022-6-7967.pdf>

Socialstyrelsen. (2014). *Att vilja se, vilja veta och att 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>

Svensk sjuksköterskeförening. (2024). *Kompetensbeskrivning för legitimerad sjuksköterska*. <https://swenurse.se/download/18.63d77b1e18bf5c2bfaa40841/1701244747726/Kompetensbeskrivning%20legitimerad%20sjuksko%CC%88terska%202024.pdf>

Wemrell, M., Tegel, E., Öberg, J., & Ivert A-K. (2023). Assessing the use of clinical guidelines against domestic violence in southern Sweden: A mixed-methods study. *Scand J Caring Sci*, 37(3), 828–841. <https://doi.org/10.1111/scs.13168>

Willman, A. (2022). *Teorier för omvårdnad* (1 uppl.). Studentlitteratur.

World Health Organization. (2013). Global and regional estimates of violence against women: prevalence and health effects of intimate partner violence and non-partner sexual violence. *World Health Organization*. <https://iris.who.int/handle/10665/85239>

World Health Organization. (1996). Violence: a public health priority. *WHO global consultation on violence and health*. Geneva: World Health Organization.
https://scholar.google.com/scholar_lookup?title=Violence:+a+public+health+priority.&publication_year=1996&

World Medical Association. (2013). World Medical Association Declaration of Helsinki: ethical principles for medical research involving human subjects. *JAMA*, 310(20), 2191–2194.
<https://doi.org/10.1001/jama.2013.281053>

Öberg, J., & Hradilova, S., K. (2019). *Dödligt våld i Sverige 1990-2017 - Omfattning, utveckling och karaktär* (Rapport 2019:6). Brottsförebyggande rådet.
https://bra.se/download/18.62c6cfa2166eca5d70e1dc50/1615395172351/2019_6_Dodligt_vald_i_Sverige_1990_2017.pdf

Grundläggande behov hos människan, hämtat från Gustin, L. W., & Lindwall, L. (2012) s.24.

Hendersons teoretiska struktur omfattar 14 grundbehov som alla motsvaras av var sin omvårdnadskomponent. Sjuksköterskan ska hjälpa patienten att tillfredsställa alla typer av behov inom dessa områden, och/eller stödja patienten att själv utföra dem.

Sjuksköterskan ska hjälpa patienten:

1. att andas,
2. att äta och dricka,
3. med uttömningar,
4. att inta lämplig kroppsställning när han eller hon går, sitter eller ligger samt att växla ställning,
5. till vila och sömn,
6. att välja lämpliga kläder samt med av- och påklädning,
7. att hålla kroppstemperaturen inom normala gränser,
8. att hålla sig ren och välvårdad samt att skydda huden,
9. att undvika faror i omgivningen samt att skydda andra mot skador som patienten eventuellt kan vålla, såsom infektion, smitta eller våldshandlingar,
10. att meddela sig med andra och ge uttryck för sina önskemål, känslor och behov,
11. att utöva sin religion och leva i enlighet med sin uppfattning om rätt och orätt,
12. att utföra arbete eller skapande verksamhet,
13. till förströelse och avkoppling,
14. att lära.

Brev till studiedeltagare

Bilaga 2 (3)

Operationssjuksköterskans roll i mötet med kvinnor utsatta för våld i nära relationer.

Du tillfrågas om deltagande i ovanstående enkätstudie.

Mäns våld mot kvinnor och våld i nära relationer är ett globalt samhälls- och folkhälsoproblem och erkänns idag som en kränkning av kvinnors mänskliga rättigheter (Nationellt Centrum för Kvinnofrid [NCK], 2022). Våld i nära relation definieras av en våldshandling som kan vara fysisk, psykisk eller sexuell. Våldshandlingen begås mot någon som förövaren har en nära relation med, det vill säga någon som förövaren är i eller har haft ett partnerskap med, syskon, föräldrar eller barn (Polismyndigheten, 2019). Det är en grundläggande mänsklig rättighet att leva ett liv fritt från våld och att främja god hälsa är en del i hälso- och sjukvårdslagen (2017:30).

Studiens syfte är att belysa operationssjuksköterskors inställning till sin roll i mötet med vuxna kvinnor utsatta för eller misstänkt utsatta för våld i nära relationer.

Studien är en magisteruppsats och ingår i vårt examensarbete i specialistsjuksköterskeprogrammet inom operationssjukvård. Studien är en kvantitativ, empirisk enkätundersökning. Enkätundersökningen är riktad till verksamma operationssjuksköterskor i Sverige och kommer att användas för att identifiera och jämföra samband och faktorer, med målsättningen att besvara syftet.

Om Du väljer att delta ber vi Dig att besvara frågorna i enkäten så fullständigt och ärligt som möjligt och sedan skicka in enkäten.

Enkäten består av 27 frågor exklusive 5 valfria kommentarsfält. Enkäten är indelad i 4 delar och tar ca 10 minuter att besvara exklusive tid för valfria kommentarer.

Ditt deltagande är frivilligt och vill Du inte vill medverka behöver Du inte förklara varför. Du besvarar frågorna anonymt, d.v.s. ingen kommer att kunna veta att det är du som besvarat dem.

Insamlad data förvaras i författarnas lösenords skyddade datorer och insamlad data kommer att förstöras efter godkänd examination.

Om Du har några frågor eller vill veta mer, kontakta gärna oss eller vår handledare.

ENKÄT

Bilaga 3 (3)

Del 1- Bakgrundsfrågor

Har du svensk legitimation för att verka som operationssjuksköterska?

Ja

Nej

Vilken könstillhörighet har du?

Kvinna

Man

icke-binär

Annan könstillhörighet

Vill inte ange

Ange din ålder

<25

25-35

36-45

46-55

>55

Hur länge har arbetat som operationssjuksköterska?

Mindre än 1 år

1-5 år

6-15 år

Över 15 år

Inom vilken operationsverksamhet arbetar du huvudsakligen?

Fler val är möjligt.

Kvinnosjukvård

Ortopedi

Kirurgi

Rekonstruktion/plastikkirurgi

Urologi

Öron/Näsa/Hals

Thorax

Kärnkirurgi

Annat, ange gärna inom vilket område

Har du på din nuvarande arbetsplats deltagit i någon form av utbildning kring våld i nära relation de senaste 2 åren?

Ja

Nej

Vilka/vilken utbildning har du inom våld i nära relation?

Fler val är möjligt.

Fick utbildning under specialistutbildningen

Fick utbildning under grundutbildningen till sjuksköterska

Läst riktlinjer på min arbetsplats

Erhållit utbildning via intranätet

Varit på föreläsning om våld i nära relationer

Läst en fristående kurs i våld i nära relationer

Genomgått en mer omfattande utbildning, >4 h

Har inte erhållit någon utbildning inom ämnet

Annat, ange gärna vad

Del 2

Utifrån din bakgrund och erfarenhet ombeds du nedan att svara utifrån hur väl FÖRBEREDD du känner dig i följande:

Hur väl FÖRBEREDD känner du dig i din yrkesroll för att ställa frågor om våldsutsatthet i nära relation till vuxna kvinnor?

Mycket väl förberedd

Väl förberedd

Måttligt förberedd

Något förberedd

Inte alls förberedd

Hur väl FÖRBEREDD känner du dig i din yrkesroll för att bemöta uppgifter om våldsutsatthet i nära relation från vuxna kvinnor?

Mycket väl förberedd

Väl förberedd

Måttligt förberedd

Något förberedd

Inte alls förberedd

Hur väl FÖRBEREDD känner du dig i din yrkesroll för att göra lämpliga hänvisningar, text stödinsatser från socialtjänst och/eller frivilligorganisationer till kvinnor utsatta för våld i nära relation?

Mycket väl förberedd

Väl förberedd

Måttligt förberedd

Något förberedd

Inte alls förberedd

Valfri kommentar

Del 3

Nedan ombeds du bedöma din egen KUNSKAP i din yrkesroll som operationssjuksköterska, för att utföra följande:

Hur mycket KUNSKAP anser du att du i nuläget har för att kunna identifiera och bedöma tecken eller symptom på våld i nära relation?

Väldigt mycket

Mycket

Måttligt

Lite

Ingenting

Hur mycket KUNSKAP anser du att du i nuläget har för att bedöma faran för en patient som är utsatt för våld i nära relation?

Väldigt mycket

Mycket

Måttligt

Lite

Ingenting

Vet du hur du dokumenterar misstanke om eller kliniska fynd om våld i nära relation i patientjournalen?

Ja

Nej

På din nuvarande arbetsplats, finns det en säkerhetsplan, PM eller lokala riktlinjer gällande handlingsplaner för patienter som utsatts för våld i nära relation?

Ja

Nej

Vet ej

Valfri kommentar

Del 4:1

Den här delen behandlar dina erfarenheter i mötet med kvinnor utsatta för våld.

Har du som operationssjuksköterska mött vuxna kvinnor som du eller annan MISSTÄNKT utsatts för våld i nära relation?

Ja

Nej

Vet ej

Har du som operationssjuksköterska mött vuxna kvinnor som utsatts för BEKRÄFTAT våld i nära relation?

Ja

Nej

Vet ej

Har du som operationssjuksköterska vid något tillfälle frågat en patient om våld i nära relation?

Ja

Nej

Vill ej ange

Om du svarade nej på föregående fråga, var det på grund av något av följande:

Fler val är möjligt.

Har inte haft någon misstanke

Har inte haft tid

Har inte hittat rätt tillfälle

Någon annan gjorde det

Visste inte vad jag skulle göra med svaret

Det tillhör inte min roll som operationssjuksköterska

Vill ej ange

Annat

Del 4:2 För vart och ett av följande påstående ombeds du ange ditt svar på en skala från 1 ('håller inte alls med') till 7 ('Håller helt med')

Jag förändrar mitt arbetssätt och/eller patientbemötande vid MISSTANKE om våld i nära relation

1 "håller inte alls med" till 7 "håller helt med"

1 2 3 4 5 6 7

Plats för kommentarer:

Jag förändrar mitt arbetssätt och/eller patientbemötande vid BEKRÄFTAT fall av våld i nära relationer

1 "håller inte alls med" till 7 "håller helt med"

1 2 3 4 5 6 7

Plats för kommentarer:

Att rutinmässigt fråga om våld i nära relationer ska göras i samband och/eller inför en operation.

1 "håller inte alls med" till 7 "håller helt med"

1 2 3 4 5 6 7

Plats för kommentarer:

På min arbetsplats har jag tillräckligt med tid för att lämpligt bemöta kvinnor utsatta för våld i nära relation.

1 "håller inte alls med" till 7 "håller helt med"

1 2 3 4 5 6 7

Plats för kommentarer:

Det ingår i mina arbetsuppgifter som operationssjuksköterska att vid behov kontakta eller hänvisa till relevanta samhällstjänster och stödorganisationer för kvinnor utsatta för våld i nära relation.

1 "håller inte alls med" till 7 "håller helt med"

1 2 3 4 5 6 7

Plats för kommentarer:

Det ingår i mina arbetsuppgifter som operationssjuksköterska att samla in nödvändig information för att identifiera våld i nära relation som underliggande orsak till skador och symtom.

1 "håller inte alls med" till 7 "håller helt med"

1 2 3 4 5 6 7

Plats för kommentarer:

Det ingår i mina arbetsuppgifter som operationssjuksköterska att rapportera till avdelningen vid misstanke om eller vid kliniska fynd som kan tyda på våld i nära relation.

1 "håller inte alls med" till 7 "håller helt med"

1 2 3 4 5 6 7

Plats för kommentarer:

Det ingår i mina arbetsuppgifter som operationssjuksköterska att dokumentera i patientjournalen vid misstankar om våld i nära relation.

1 "håller inte alls med" till 7 "håller helt med"

1 2 3 4 5 6 7

Plats för kommentarer:

Har du någon avslutande kommentar eller reflektion får du gärna skriva den här