



**HÖGSKOLAN VÄST**  
**Institutionen för hälsovetenskap**

## **Var fjärde kvinna**

**- Sjuksköterskans identifiering av kvinnor utsatta för våld i nära relation**

**Frida Bråberg & Matilda Norberger**

**Examensarbete i omvårdnad på grundnivå**  
**Sjuksköterskeprogrammet**

---

**Var fjärde kvinna – Sjuksköterskans identifiering av kvinnor utsatta för våld i nära relation**  
**Every fourth woman – Nurses' identification of women exposed to intimate partner violence**

**Författarna** Frida Bråberg & Matilda Norberger

**Handledare** Sofia Tingberg

**Examinator** Ina Berndtsson

**Institution** Högskolan väst, Institutionen för hälsvetenskap

**Arbetets art** Examensarbete i vårdvetenskap, 15 hp

**Program/kurs** Sjuksköterskeprogrammet, 180 hp

**Termin/år** HT/2019

**Antal sidor** 17

---

**Abstract**

**Background:** Intimate partner violence is a major social problem and it's mainly women who are affected. Nurses have a responsibility to identify these women exposed to violence in order to provide them with adequate care. Routines and guidelines in identification exists but many women exposed to violence remain unidentified. **Aim:** To describe which factors influence nurses' identification of women exposed to intimate partner violence. **Method:** A literature review was completed where eleven articles have been searched through the databases Cinahl and Pubmed. The articles were analysed according to a five-step model.

**Results:** Several factors emerged which are summarized into three categories: *Factors regarding the nurse, Factors regarding the women exposed to violence and Factors in the health care environment.* **Conclusion:** Important factors were the nurses' idea of and relationship with the women exposed to violence, lack of education and absence of privacy and routines.

**Keywords:** factors, identification, intimate partner violence, men's violence against women, nurse

## Populärvetenskaplig sammanfattning

Våld mot kvinnor i nära relation är ett utbrett samhällsproblem, jämställdhetsproblem och ett allvarligt hot mot den våldsutsatta kvinnans fysiska och psykiska hälsa. Majoriteten av alla som drabbas av våld i nära relation är kvinnor som utsätts av män. Våldet innefattar fysiskt våld, sexuella övergrepp, verbala kränkningar, utpressning och isolering från familj och vänner. Våldsutsatta kvinnor söker sig till hälso- och sjukvård men oftast på grund av andra anledningar än våldet i sig och många av dessa kvinnor väljer att inte berätta för sjukvårdspersonal om våldet. Sjuksköterskor möter våldsutsatta kvinnor i olika vårdssammanhang och har en viktig uppgift i att identifiera om kvinnan utsätts för våld i nära relation. En stöttande samt vårdande miljö är av stor vikt för att en våldsutsatt kvinna ska vilja berätta om våld. Studiens syfte var att beskriva vilka faktorer som påverkar sjuksköterskans identifiering av våldsutsatta kvinnor. Studien var en litteraturoversikt vilket innebär att publicerade artiklar användes för att få ett resultat som svarade på syftet och en litteraturoversikt är en passande metod för att skapa en bild över kunskapsläget inom vårdvetenskapen, vilket är sjuksköterskans kunskapsområde. Artiklarna granskades noggrant för att bedöma om de var av tillräckligt god kvalitet och eftersom studien berörde ett känsligt ämne togs det hänsyn till om artiklarna var etiskt godkända. Resultatet visade att de faktorer som påverkade identifieringen handlade om sjuksköterskan, den våldsutsatta kvinnan och faktorer i vårdmiljön. Gällande sjuksköterskan handlade faktorerna om en rädsla för att bli känslomässigt involverad vilket hindrade identifiering, huruvida sjuksköterskan tar ansvar för våld eller inte och vilka föreställningar sjuksköterskan har om den våldsutsatta kvinnan. Att den våldsutsatta kvinnan känner tillit för sjuksköterskan är en faktor som är avgörande för identifieringen av våld och utbildning samt träning inom våld i nära relation ger positiv effekt på sjuksköterskans identifiering av våldsutsatta kvinnor. Faktorer gällande den våldsutsatta kvinnan kretsade kring att inte våga berätta om våld och att känna tillit till sjuksköterskan. Faktorer i vårdmiljön som påverkade identifieringen var brist på tid och avskildhet där bristen på avskildhet kunde innebära att kvinnans partner var närvarande. Sjuksköterskor upplevde avsaknad av rutiner som ett hinder i identifieringen och underbemanning försvårade eller hindrade identifieringen. En faktor inom vårdmiljön handlade om att resurser och stöd främjar sjuksköterskans identifiering av kvinnor utsatta för våld i nära relation.

## Innehållsförteckning

Inledning.....	1
Bakgrund .....	1
Hot mot mänskliga rättigheter .....	1
Våldets olika uttryck .....	1
Våldet som drabbar kvinnor .....	2
Identifiering av våld inom hälso- och sjukvård .....	2
Sjuksköterskans roll .....	3
Teoretisk utgångspunkt - Miljö .....	3
Problemformulering.....	4
Syfte.....	4
Metod.....	4
Litteratursökning .....	4
Urval.....	5
Analys .....	5
Resultat .....	6
Faktorer hos sjuksköterskan .....	6
Rädslan att bli involverad .....	6
Att ta ansvar för våld.....	7
Föreställningar om den våldsutsatta kvinnan .....	7
Att skapa tillit.....	8
Kunskap om våld i nära relation .....	8
Faktorer gällande den våldsutsatta kvinnan .....	9
Att inte våga berätta .....	9
Tillit till sjuksköterskan .....	9
Faktorer i vårdmiljön.....	9
En önskan om mer tid .....	9
Bristen på avskildhet.....	10
Avsaknaden av rutiner .....	10
Resurser och stöd till sjuksköterskan .....	10
Diskussion .....	11
Resultatdiskussion.....	11
Metoddiskussion .....	14
Slutsatser.....	16
Praktiska implikationer.....	17
Förslag till fortsatt kunskapsutveckling.....	17
Referenser.....	18
Bilaga I. Tabeller över systematiska sökningar	
Bilaga II. Översikt över analyserad litteratur	
Bilaga III. Granskningsmallar	

## **Inledning**

Var fjärde kvinna blir utsatt för våld i nära relation någon gång under sin livstid vilket är såväl ett samhällsproblem som ett jämställdhetsproblem och för de utsatta kvinnorna är detta också ett hälsoproblem med fysiska, psykiska och sociala konsekvenser. Våldsutsatta kvinnor söker vård men ofta på grund av andra anledningar än just våldet. Hälso- och sjukvården har ett ansvar att förebygga våld och upptäcka dessa kvinnor. Det är därmed av stor vikt att sjuksköterskor vet hur kvinnor som utsätts för våld kan identifieras och att då kunna erbjuda den vård, hjälp och stöttning dessa kvinnor behöver. Rutiner och riktlinjer kring screening av våldsutsatta finns men detta återspeglas sällan i praktiken och många kvinnor förblir oidentifierade.

## **Bakgrund**

### **Hot mot mänskliga rättigheter**

Våld mot kvinnor är ett av de mest utbredda och förödande brotten mot mänskliga rättigheter världen över (United Nations, 2019). Våldet mot kvinnor har nått epidemiska proportioner och är helt oberoende av nationalitet, ålder, etnicitet och samhällsklass (Alhabib, Nur & Jones, 2009). Världshälsoorganisation (WHO) framhäver att våld i nära relationer är ett allvarligt hot mot den våldsutsattas hälsa och säkerhet och innebär ofta långvarig fysisk och psykisk ohälsa och i vissa fall även dödliga konsekvenser. Kvinnor som dödas av en närstående har ofta fått utstå upprepat våld innan (Nationellt Centrum för Kvinnofrid, [NCK], u.å.-a). Sverige är förpliktigt att ha en lagstiftning som stämmer överens med FN-konventionens krav att all typ av diskriminering mot kvinnor ska avskaffas (Socialstyrelsen, 2016).

### **Våldets olika uttryck**

Våld är ett brett begrepp som kan innebära mycket och ta sig olika uttryck. Enligt Operation Kvinnofrid (u.å.) är våld en handling en person utför för att skada eller kränka en annan person. Våld innefattar också att få en annan person att göra något mot sin vilja eller avstå från något han eller hon vill.

Mäns våld mot kvinnor är överrepresenterat och denna studie kommer att fokusera på det våldet som män utsätter kvinnor för i en nära relation, i detta fall en partnerrelation. Våldsutsatta kvinnor är i denna studie därmed kvinnor som blir utsatta för våld av sin manliga partner. Våldet mot kvinnor sker i större utsträckning av en närstående, partner eller före detta partner och våldet sker oftare i hemmet eller på arbetsplatsen. När män utsätts för våld är gärningspersonen ofta okänd och brottsplatsen är vanligtvis en offentlig miljö (Socialstyrelsen, 2016).

Våld som utövas av en närstående kan se ut på många skilda sätt. Det handlar ofta om fysiskt våld och sexuella övergrepp och även sådant som enligt lagstiftning inte är brottsligt, men som ökar utsattheten för offret. Exempel på detta är systematiska och verbala kränkningar, utpressning både emotionellt och ekonomiskt samt isolering från familj eller vänner. För att upptäcka och identifiera våldsutsatta kvinnor krävs det därmed även att sådant som inte är

brottsligt enligt lag tas i beaktande (Socialstyrelsen, 2016). Det specifika med våld i nära relationer är att den utsatta har ett nära förhållande till förövaren. Den nära relationen innebär vanligtvis starka emotionella band och våldsutövaren besitter ofta makt och kontroll över den våldsutsatta, vilket försämrar den utsattas chans att söka vård och hjälp (Operation Kvinnofrid, u.å.).

## Våldet som drabbar kvinnor

I Sverige utsätts var fjärde kvinna någon gång under sin livstid för våld i nära relation. Denna siffra motsvarar våldet som anmäls och utöver detta finns det ett stort mörkertal. Anmälningssbenägenheten är lägre då förövaren är en närstående till offret än när förövaren är okänd (Brottsförebyggande rådet, 2014). Enligt NCK (u.å.-a) är 85 procent av det rapporterade våldet i nära relationer utövat av män mot kvinnor. Kvinnor utsätts också i större utsträckning för grövre och mer upprepat våld och de drabbas också oftare av sexuellt våld än vad män gör (Socialstyrelsen, 2016).

År 1998 utformades begreppet *Grov kvinnofridskränkning* och blev en del i den svenska brottsbalken (NCK, u.å.-b.). Begreppet syftar på det fysiska, psykiska eller sexuella våld en våldsutövande man utsätter en kvinna för i en nära relation. Brottet grov kvinnofridskränkning infördes för att göra det enklare att väcka åtal gentemot gärningsmän som utövar våld mot kvinnor.

I FN:s deklaration om avskaffande av våld mot kvinnor från år 1993 beskrivs det att våldet mot kvinnor orsakas av det ojämställda förhållandet mellan kvinnor och män. Enligt Istanbulkonventionen från år 2014 framgår det att våld mot kvinnor är ett strukturellt problem och en av de främsta anledningarna till det ojämställda maktförhållandet mellan könen (NCK, u.å.-c.). Organisationen Kvinna till Kvinna (u.å.) hävdar att det är först när mäns våld mot kvinnor upphör som jämställdhet kan uppnås och kvinnor och män kan leva i samhället på lika villkor.

## Identifiering av våld inom hälso- och sjukvård

En avgörande faktor för att våldsutsatta kvinnor ska kunna erbjudas anpassad vård, rätt behandling och stöd är att dessa kvinnor identifieras av personal inom hälso- och sjukvården. Socialstyrelsen (2014a) har fastslagit en föreskrift som handlar om vårdgivarens ansvar att ha rutiner gällande arbetet med våldsutsatta och det innebär att när tecken eller symtom finns på att en person utsätts för våld så bör frågor om våld ställas. Därför är kunskap om signaler, tecken och särskilt utsatta grupper inom samhället värdefullt för vårdpersonal att besitta (Socialstyrelsen, 2014b).

Våldsutsatta kvinnor söker sjukvård för annat än just på grund av våldet i sig (Socialstyrelsen, 2014b). Våldet kan ge fysiska och psykiska besvär och yttra sig i form av yrsel, svårigheter att svälja, magont, oro, depression, gynekologiska besvär och sömnstörningar (Socialstyrelsen, 2016). I många fall väljer kvinnorna att inte berätta om våldet de utsätts för, vilket kan ha flera orsaker. Det kan vara att kvinnorna inte tror att de nuvarande symtomen beror på det direkta våldet, det kan ha sin grund i skuld- och skamkänslor eller att våldet blivit normaliserat. Det är inte heller lätt att berätta om att vara våldsutsatt om inte någon frågar (Socialstyrelsen, 2014b). Identifiering av våld ökar drastiskt genom att ställa frågan om våld, även då frågan ställs till kvinnor där inga misstankar till våld finns (Taft et al., 2013). Enligt Socialstyrelsens rekommendationer (2014b) ska alla kvinnliga

patienter inom mödrahälsovården och psykiatrin få frågan om de utsätts för våld. Faktorer som påverkar att våldsutsatta kvinnor förblir oidentifierade kan bero på organisationsfrågor, vårdarnas subjektiva känslor, vårdarnas upplevda roll och fördomar gällande vem som är våldsutsatt (Saletti-Cuesta, Aizenberg & Ricci-Cabello, 2018).

Inom hälso- och sjukvård är screening en metod för att upptäcka våldsutsatta. Ett exempel är FREDA, som används både inom socialtjänsten och hälso- och sjukvården då en person utsätts eller misstänks utsättas för våld. FREDA är en standardiserad bedömningsmetod gjord för att identifiera våld inom en partnerrelation (Socialstyrelsen, 2014c).

## **Sjuksköterskans roll**

För att möjliggöra adekvat vård är det avgörande att sjuksköterskor identifierar kvinnor utsatta för våld i nära relation (Alshammari, McGarry & Awoko Higginbottom, 2018). Sjuksköterskan arbetar patientnära och har därmed en viktig roll i att identifiera om patienten har utsatts för våld. För att möjliggöra identifiering är det viktigt att arbeta utifrån ett personcentrerat förhållningssätt vilket innebär att se hela personen, det vill säga det själsliga, psykologiska, sociala och fysiska och att alla aspekterna ses som lika viktiga. Personcentrerat förhållningssätt innebär för sjuksköterskan att vara öppen, lyhörd och intresserad av att lyssna på personens egen berättelse om sina behov och sin situation. Detta är relevant vid identifiering av våldsutsatta kvinnor då sjuksköterskans vilja att lyssna och samtala är av betydelse. En del i sjuksköterskans roll i att arbeta personcentrerat är att ge möjlighet till personer att förändra sitt liv till det bättre (Svensk sjuksköterskeförening, 2016) och genom att ställa frågor om våld får våldsutsatta kvinnor en möjlighet att fundera över sin situation och även finna en vilja till förändring (NCK, 2019).

Sjuksköterskor har ett behov av utbildning kring våld i nära relationer och en ökad förståelse krävs för att kunna identifiera och vårda våldsutsatta kvinnor på ett lämpligt sätt i en klinisk miljö (Alshammari et al., 2018).

## **Teoretisk utgångspunkt - Miljö**

Miljö är ett begrepp med många dimensioner och en viktig del är omgivningen runt patienten (Ylikangas, 2012). Anledningen till att många våldsutsatta kvinnor väljer att inte tala om sin situation är på grund av rädsla över att ej bli betrodd och känslor av skam (Socialstyrelsen, 2016). Det är därmed viktigt att som sjuksköterska inge trygghet och lugn för den som vårdas och genom att sjuksköterskan finns nära till hands för patienten möjliggörs välbefinnande vilket bidrar till en vårdande miljö (Ylikangas, 2016).

En del i att identifiera våldsutsatta kvinnor sker genom samtal om våld och dessa samtal menar Snyder (2016) hjälper mer än det skadar. För att dessa samtal ska kunna vara vårdande behöver kvinnan känna att hon är i en trygg och konfidentiell miljö. En sådan miljö kan utgöras av till exempel enkelrum, vilket ger möjlighet till enskilda samtal mellan sjuksköterskan och kvinnan i fråga (Svensk sjuksköterskeförening, 2010). Inom en sådan stöttande miljö finns det få kvinnor som uppger ånger över att ha berättat om sin situation, utan ser istället samtalet som givande (Snyder, 2016).

Sjukvårdspersonal inklusive sjuksköterskor möter våldsutsatta kvinnor i sin arbetsmiljö, därför behövs utbildningsstrategier för att ge anpassad vård till dessa kvinnor. Sjuksköterskor rekommenderas få kontinuerlig utbildning inom säkerhetsplanering och kommunikation för

att kunna ge säker och evidensbaserad omvårdnad av god kvalitet till kvinnorna som är våldsutsatta. Det är även viktigt att belysa personalens attityder gentemot kvinnor som utsätts för våld. Att sjuksköterskor får kunskap kring problematiken kring våld i nära relation och hur man vårdar våldsutsatta kommer bidra till en säkrare vårdmiljö för dessa kvinnor (Crombie, Hooker & Reisenhofer, 2017).

## Problemformulering

Att kvinnor utsätts för upprepat våld i nära relationer innebär ett stort lidande för de utsatta med fysiska, psykiska och ibland även dödliga konsekvenser. Våldsutsatta kvinnor söker i stor utsträckning vård, men ändå förblir våldet i många fall oidentifierat. Sjuksköterskor har en viktig uppgift i att identifiera våldsutsatta kvinnor och det är först när våldet upptäcks som vårdpersonal kan erbjuda adekvat vård och hjälp till dessa kvinnor. Föreskrifter, rutiner och rekommendationer kring hur hälso- och sjukvården ska handskas med att upptäcka våldsutsatta kvinnor finns men ändå är mörkertalet fortfarande stort och många väljer att inte berätta om sin situation. Detta kan därmed ses som ett problemområde som behöver förbättras inom vårdsammanhang. Sjuksköterskor uttrycker också behov och önskemål om mer utbildning och förståelse kring våld i nära relationer. Det är av den anledningen av stor vikt att samla kunskap kring vilka faktorer som påverkar sjuksköterskans identifiering av våldsutsatta kvinnor för att beskriva både vad som främjar och hindrar identifiering och för att förbättra kvaliteten inom vården av dessa kvinnor.

## Syfte

Att beskriva vilka faktorer som påverkar sjuksköterskans identifiering av kvinnor utsatta för våld i nära relation.

## Metod

I denna studie har litteraturoversikt använts som metod. Enligt Friberg (2006a) syftar denna modell till att få en översikt över det befintliga kunskapsläget inom ett vårdvetenskapligt område. Motivet kan även vara att skapa förutsättning för vidare forskning inom området. En litteraturoversikt innefattar både kvantitativa och kvalitativa studier i analysen.

## Litteratursökning

Arbetet inleddes med en osystematisk sökning för att få en omfattande bild av helheten gällande det valda ämnet. Sedan övergick processen till den huvudsakliga informationssökningen där en systematisk sökning ägde rum och där var sökningen specificerad till valda sökord som lämpade sig till syftet. Cinahl och Pubmed är databaser som användes för sökning av artiklar inom vårdområdet och för att hitta lämpliga artiklar som svarade mot syftet valdes sökorden; *intimate partner violence, women, nurs\*, nurse experience, screening, identif\*, battered women, factors*. Sökorden användes var för sig för att sedan kombineras på olika sätt (se tabeller i Bilaga I). Inom litteraturstudier används ofta boolesk söklogik för att kunna kombinera flera sökord på olika sätt och till hjälp finns olika sökoperatörer. Sökoperatören AND användes för att koppla ihop olika sökord samt trunkering genom att sätta asterisk (\*) som ger träffar innehållande sökordets olika böjningsformer. Vissa sökord har använts som ämnesord, vilket är ord som beskriver innehållet i artiklarna



(Östlund, 2006). En avgränsning till artiklar som uppfyllde kriteriet "peer reviewed" gjordes, vilket enligt Östlundh (2006) innebär att artiklarna hämtas från vetenskapliga tidskrifter. Två ytterligare avgränsningar var att de valda studierna skulle vara publicerade mellan år 2009-2019 och att de var skrivna på engelska språket.

## Urval

Totala urvalet bestod av 139 artiklar efter avgränsningar gjorts. Alla titlar lästes och artiklar med titlar som inte berörde studiens ämne eller syfte exkluderades. Efter det återstod 44 artiklar vars abstrakt lästes för att få en sammanfattning av artikeln med mest fokus på studiens resultat. Exklusionskriterier var review-artiklar, artiklar där våldsutövaren inte var en man, artiklar där våldet inte förekom i en nära relation och studier som inte berörde sjuksköterskor. Dessa kriterier bestämdes på grund av att artiklarna skulle matcha syftet, sammanlagt exkluderades tolv artiklar. Studier från olika länder inkluderades då det ansågs av värde att samla så mycket kunskap som möjligt kring ämnet och belysa olika perspektiv. Det inkluderades också studier oberoende av deltagarnas åldrar. Ett inklusionskriterie var att artiklarna skulle vara etiskt godkända. Därefter kvarstod 32 artiklar och av dessa artiklar var det totalt 13 stycken unika artiklar då flertalet uppkom vid olika sökningar. Dessa 13 artiklar lästes i fulltext och två artiklar exkluderades på grund av att resultatet inte urskilde sjuksköterskornas svar utan sammanställde flera olika professioners svar. Dock togs beslutet om att behålla två artiklar där sjuksköterskornas svar inte går att separera från andra yrkeskategorier på grund av att majoriteten av deltagarna var sjuksköterskor. De resterande elva artiklarna (se Bilaga II) granskades med hjälp av en mall för kvalitetsgranskning utformad av Högskolan väst (se Bilaga III) för att kontrollera om artiklarna var av hög, medel eller låg kvalitet.

## Analys

Analysen var baserad på Fribergs (2006a) analysmodell och inleddes med att anlägga ett helikopterperspektiv som gav en överblick av artiklarna. För fortsatt analys användes Fribergs (2006b) modell innehållande fem olika steg för att få fram ett resultat. Dessa fem steg innefattar; inledning med att upprepade gånger läsa igenom studierna med fokus på resultat för att få en känsla för innehållet, observation av nyckelfyndnen i studiernas resultat, sammanställning av varje artikels resultat, relatera resultatet av artiklarna till varandra och till sist utformning av en beskrivning som grundar sig i de nya kategorier som identifieras.

Artiklarna lästes separat och vid flera tillfällen för att inte undgå viktig information. Efter alla artiklar granskats skapades en översikt där varje artikels resultat sammanställdes och gav en överblick över den totala datainsamlingen. Resultatet som sammanställdes valdes baserat på vad som svarade på studiens syfte. Därefter jämfördes resultatet av artiklarna sinsemellan och likheter och olikheter i resultatet framträdde. Det systematiska arbetet inleddes med att identifiera olika faktorer som svarade på studiens syfte i exempelvis den första artikeln och därefter granskades de övriga artiklarnas resultat för att finna om faktorerna återkommer i artiklarnas resultat. Resultat som var likartade och som handlade om samma faktor sedd från olika perspektiv samlades under en kategori och utifrån denna analysmetod och arbetssätt skapades kategorier. Omjustering av kategorier skedde successivt då det som framkom i vissa fall inte svarade på studiens syfte. Genom att ha studiens syfte i åtanke under hela processen skapades kategorier och avslutningsvis framträdde tre kategorier med vardera subkategorier.

## Resultat

Resultatet baserades på elva vårdvetenskapliga artiklar som bidrog till att svara på studiens syfte vilket var att beskriva vilka faktorer som påverkar sjuksköterskans identifiering av kvinnor utsatta för våld i nära relation. Litteraturoversikten resulterade i tre kategorier med vardera subkategorier. En översikt över kategorierna presenteras i tabell 1.

Tabell 1. Kategorier och subkategorier.

Kategorier	Subkategorier
Faktorer hos sjuksköterskan	<ul style="list-style-type: none"><li>- Rädslan att bli involverad</li><li>- Att ta ansvar för våld</li><li>- Föreställningar om den våldsutsatta kvinnan</li><li>- Att skapa tillit</li><li>- Kunskap om våld i nära relation</li></ul>
Faktorer gällande den våldsutsatta kvinnan	<ul style="list-style-type: none"><li>- Att inte våga berätta</li><li>- Tillit till sjuksköterskan</li></ul>
Faktorer i vårdmiljön	<ul style="list-style-type: none"><li>- En önskan om mer tid</li><li>- Bristen på avskildhet</li><li>- Avsaknaden av rutiner</li><li>- Resurser och stöd till sjuksköterskan</li></ul>

### Faktorer hos sjuksköterskan

Resultatet visade faktorer hos sjuksköterskan som påverkade identifieringen av våldsutsatta kvinnor. Dessa faktorer var sjuksköterskans rädsla att bli involverad, huruvida sjuksköterskan tar ansvar för våld eller inte, föreställningar om den våldsutsatta kvinnan, att skapa tillit hos den våldsutsatta kvinnan samt kunskap om våld i nära relation.

#### Rädslan att bli involverad

Sjuksköterskor beskrev obehag eller rädsla i förhållande till våld i nära relation, men att rädslan inte var ett hinder när det kommer till att identifiera våldsutsatta kvinnor (Beynon, Gutmanis, Tutty, Wathen & Macmillan, 2012; Guillery, Benzies, Mannion & Evans, 2012). Det fanns sjuksköterskor som reagerade känslösamt av att lyssna på kvinnor som pratade om sina erfarenheter av våld. De kände rädsla för att bli för involverade och känslomässigt påverkade, därför skyddade de sig själva genom att inte fråga kvinnorna om våld (Sundborg, Törnkvist, Saleh, Wändell & Hylander, 2017). I en annan studie nämnde sjuksköterskorna att ämnet var tabubelagt och att det var obekvämt att prata om och att screena för.

Sjuksköterskorna trodde att en våldsutsatt kvinna tyckte att våld var ett förbjudet ämne att prata om eller en mörk hemlighet (Wyatt, McClelland & Spangaro, 2019). En annan rädsla sjuksköterskorna beskrev var att göra en felbedömning och fråga en kvinna som inte hade varit utsatt för våld och på så sätt göra bort sig, därmed utfördes inte screening (Sundborg et al., 2017; Guillery et al., 2012). Guillery et al. (2012) visade att sjuksköterskorna uttryckte en oro att göra patientens partner arg om kvinnan frågas om partnervåld. I en annan studie

redovisades att 77 procent av sjuksköterskorna var bekväma med att fråga frågorna angående partnervåld (DeBoer, Kothari, Kothari, Koestner & Rhos Jr, 2013). Sjuksköterskor med en positiv attityd gentemot att screena för våld främjade identifieringen av våldsutsatta kvinnor (Natan & Rais, 2010).

### **Att ta ansvar för våld**

Sjuksköterskor upplevde att screening för våld i nära relation inte var deras ansvar och när sjuksköterskan misstänkte partnervåld lade de över ansvaret på andra professioner som de ansåg kunde möta kvinnans behov bättre (Sundborg et al., 2017). Fyra av tio sjuksköterskor menade att våldsproblematik inte var en del av deras arbetsuppgifter (Natan & Rais, 2010). En annan studie visade att sjuksköterskorna tyckte att screening var inom ramen för omvårdnadsarbetet och detta blev motsägelsefullt då de samtidigt inte rutinmässigt screenade kvinnor för partnervåld. Majoriteten av sjuksköterskorna tyckte att det fanns mer passande tillfällen att fråga i andra vårdkontexter (Guillery et al., 2012). DeBoer et al. (2013) visade att 95 procent av sjuksköterskorna ansåg att det var deras ensak om kvinnan var utsatt för partnervåld. Nio av tio tyckte att screening av våld var en viktig del i deras roll som sjuksköterska och majoriteten höll inte med om att ansvaret låg på läkarna. Sjuksköterskor i Jordanien beskrev att screening för våld i nära relation inte var en del av deras egentliga arbetsuppgift och de kunde också förlora sitt arbete om de utförde screening. Detta försvårade eller förhindrade identifiering av våldsutsatta kvinnor och sjuksköterskorna prioriterade medicinsk vård framför identifiering av våld (Al, Qandil & Gillespie, 2016).

### **Föreställningar om den våldsutsatta kvinnan**

Sjuksköterskor tyckte att det syntes vilka kvinnor som utsattes för våld och inte utsattes för våld och de screenade därmed utifrån deras magkänsla, vilket var en faktor som påverkade identifieringen (Wyatt et al., 2019). Misstanke om våld väcktes då en kvinnans berättelse inte hörde samman med skadorna och sjuksköterskan såg tydliga tecken på våld, så som blåmärken, svullna läppar och strypmärken på kvinnans hals. Sjuksköterskor förbisåg ofta osynliga tecken och skador (Leppäkoski, Åtstedt-Kurki & Paavilainen, 2010). En annan studie visade att majoriteten av sjuksköterskorna tyckte att alla patienter skulle bli screenade oavsett om hon hade synliga skador eller ej (DeBoer et al. (2013).

Det konstaterades att sjuksköterskor ansåg att det var problematiskt att identifiera våld då de trodde att vissa kvinnor som var våldsutsatta inte har samma definition av våld (Jack et al., 2017). Sundborg et al. (2017) beskrev att vissa sjuksköterskor trodde att våld i nära relation uppfattades olika i olika kulturer och därmed tvekade de att fråga kvinnliga patienter från andra kulturer om våld, vilket följande citat beskriver;

“I think that for her it is a more integrated part, that it is actually OK, it is a way of ‘educating’ her” (Sundborg et al., 2017, s.2259).

I Jordanien menade sjuksköterskor att kvinnor tolererade våld för att familjens värdighet och rykte skulle bevaras (Al et al., 2016). Sjuksköterskor beskrevs också ha uppfattningen att äldre kvinnor undervärderade våldet de blev utsatta för. Det framkom även att vissa sjuksköterskor trodde att kvinnor med alkoholmissbruk var mer vana vid våldet och av den anledningen inte skulle ta våldet på lika stort allvar (Sundborg et al., 2017). Ett hinder i identifieringen var att sjuksköterskor trodde att olika beteenden hörde ihop med att vara

våldsutsatt (Beynon et al., 2012). Sundborg et al. (2017) beskrev att sjuksköterskor trodde att den våldsutsatta kvinnan skämdes över att avslöja om våld och därmed tvekade eller undvek de att fråga kvinnorna om våld.

### **Att skapa tillit**

Sjuksköterskor förklarade att tillit var den viktigaste faktorn för att kvinnor skulle berätta om sina erfarenheter av våld (Jack et al., 2017). Sjuksköterskorna menade att kvinnorna behövde ha ett förtroende för dem annars började kvinnorna inte samtala om våld. Sjuksköterskorna upplevde att kvinnans förtroende för dem växte när de visade intresse, visade att de var pålitliga och visade att de hade tid. Dessa faktorer var alla av betydelse för att kunna identifiera om kvinnan är våldsutsatt (Sundborg et al., 2017). Tiden var också essentiell för att hinna främja en god relation mellan sjuksköterskan och kvinnan som sökte vård. I en studie gjorde sjuksköterskor hembesök hos kvinnor och sjuksköterskorna menade att om de frågade om våld i ett tidigt skede så ledde det till att kvinnorna vågade berätta om våldet under ett senare tillfälle (Jack et al., 2017), vilket följande citat illustrerar;

”even if they are not honest with you in the beginning, you plant a seed...” (Jack et al., 2017, s.2219).

Även språkskillnader påverkade relationen mellan sjuksköterskan och den våldsutsatta kvinnan och att sjuksköterskan och den kvinnliga patienten inte talade samma språk flytande var en faktor som försvårade screening av våld (Beynon et al., 2012; Guillery et al., 2012).

### **Kunskap om våld i nära relation**

Att sjuksköterskan hade eller fick utbildning och träning inom våld i nära relationer var en faktor som påverkade sjuksköterskans identifiering av våldsutsatta kvinnor (Beynon et al., 2012; Sundborg et al., 2017; Leppäkoski et al., 2010; Natan & Rais., 2012; Dawson et al., 2019). Det framkom att sjuksköterskor hade brist på utbildning inom ämnet vilket negativt påverkade sjuksköterskans förmåga att identifiera (Beynon et al., 2012; Guillery et al., 2012; Leppäkoski et al., 2010; Natan & Rais, 2012; Al et al., 2016). Kunskap om hur sjuksköterskan skulle hantera situationen ifall kvinnan berättade om våld var viktigt för sjuksköterskan. Det skapade en känsla hos sjuksköterskan av att vara förberedd vilket främjade identifiering av våldsutsatta (Sundborg et al., 2017). Hälften av sjuksköterskorna upplevde en osäkerhet gällande vad de skulle göra med svaret om kvinnan berättade att hon var våldsutsatt (Guillery et al., 2012). En främjande faktor för identifiering var att få utbildning inom typiska tecken för våld i nära relation (Sundborg et al., 2017). Det var svårt för sjuksköterskor att veta att vissa symtom som kvinnorna sökte vård var på grund av att kvinnan var utsatt för våld (Leppäkoski et al., 2010).

“People are seeking care for all kinds of problems in the emergency department, and it’s impossible to know whether their chest pain is caused by their fear of the violent partner.” (Leppäkoski et al., 2010, s.643)

Att ha erfarenhet inom våld i nära relation, både yrkesmässig och personlig, främjade sjuksköterskans identifiering av våldsutsatta kvinnor (Beynon et al., 2012). Sjuksköterskor med personliga erfarenheter av våld i nära relation tvekade i mindre grad gällande att fråga kvinnliga patienter om våld. (Sundborg et al., 2017). Ju mer erfarenhet en sjuksköterska hade

av screening för våld, desto större tendens att screena igen (Ben Natan, Ben Ari, Bader & Hallak, 2012).

## **Faktorer gällande den våldsutsatta kvinnan**

Resultatet visade faktorer gällande den våldsutsatta kvinnan som påverkade sjuksköterskans identifiering av dessa kvinnor. Dessa faktorer var huruvida den våldsutsatta kvinnan vågar berätta och om hon känner tillit till sjuksköterskan.

### **Att inte våga berätta**

Kvinnornas rädsla om att det som sägs till sjuksköterskan gällande våld skulle nå partnern och att våldet då skulle eskalera eller att informationen nådde socialtjänsten hindrade identifieringen (Jack et al., 2017). Läppekoski et al. (2010) resultat visade att vissa kvinnor inte var öppna för att förklara sina skador utan istället förklarade bort det på ett eller annat sätt. Kvinnorna var ovilliga att diskutera och avslöja de våldshandlingar som begåtts och en del av kvinnorna ville skydda sin partner vilket hindrade identifieringen av våld (Dawson et al., 2019).

### **Tillit till sjuksköterskan**

Våldsutsatta kvinnor förklarade att de kunde berätta om våldet först när de kände sig bekväma med sjuksköterskan och en tillit hade byggts upp (Jack et al., 2017). Kvinnorna kände att det var enklare att berätta om sin situation för en kvinnlig läkare eller sjuksköterska (Dawson et al., 2019). Våldsutsatta kvinnor var mer benägna att öppna upp sig om våld när sjuksköterskan inledde med ostrukturerade diskussioner och förklarade att de inte berättar för sjuksköterskan om våldet när frågan kommer utan förvarning utan önskade istället förklaring om varför sjuksköterskan frågade om det. Om kvinnorna blev lovade tystnadsplikt så berättade de hellre om våldet. I vissa fall kunde en stark relation bli ett hinder när kvinnan ville öppna upp sig och när sjuksköterskan följde kvinnor under längre tid beskrev kvinnorna att de kände att de gjorde sjuksköterskan besviken om de valde att stanna i en våldsam relation. Därmed valde kvinnorna att inte berätta om våldet om det fortsatte (Jack et al., 2017).

## **Faktorer i vårdmiljön**

Resultatet visade att det fanns faktorer i vårdmiljön som påverkade sjuksköterskans identifiering av våldsutsatta kvinnor. Dessa faktorer var tidsaspekt, avskildhet, rutiner, resurser och stöd.

### **En önskan om mer tid**

Tidsbrist var en faktor som försämrade och i vissa fall omöjliggjorde identifieringen av våldsutsatta kvinnor (Beynon et al., 2012; Sundborg et al., 2017; Guillery et al., 2012; Leppäkoski et al., 2010; Wyatt et al., 2019). Sjuksköterskor önskade mer tid för screening av våldsutsatta (Beynon et al., 2012) och tidsbristen grundade sig i att övriga arbetsuppgifter tog tid från screening (Sundborg et al., 2017). Bristen på tid gjorde att sjuksköterskorna inte hann

skapa en tillitsfull relation med kvinnan vilket försämrade möjligheten till identifiering av våld (Guillery et al., 2012). Den hektiska arbetsmiljön och tidsbristen på akutmottagningar begränsade sjuksköterskans möjlighet att identifiera våldsutsatta kvinnor (Dawson et al., 2019). Deboer et al. (2013) fann däremot att tidsbrist inte var ett problem och majoriteten av sjuksköterskorna menade att det fanns tillräckligt med tid för att screena för våld i nära relation.

### **Bristen på avskildhet**

Avskildhet främjade identifieringen av våldsutsatta kvinnor och samtidigt beskrevs en brist på avskildhet i vårdsammanhang (Beynon et al., 2012; Guillery et al., 2012). Leppäkoski et al. (2010) redogjorde att det rådde brist på rum på akutmottagningen där sjuksköterskan kunde prata enskilt med kvinnan. Bristen på avskildhet handlade om, förutom avsaknad av enskilda rum, att kvinnans partner var närvarande och därmed minskade också chansen för identifiering av våldsutsatta kvinnor (Beynon et al., 2012; Leppäkoski et al., 2010; Dawson et al., 2019). Genom att låta kvinnan stanna på sjukhuset över natten och därmed separera henne från partnern ökade möjligheten att kvinnan öppnade upp sig om våld (Dawson et al., 2019).

### **Avsaknaden av rutiner**

Ett sätt att öka frekvensen av identifiering av våldsutsatta kvinnor var att ha tydliga rutiner på arbetsplatsen för screening inom vården (Beynon et al., 2012; Natan & Rais, 2010). Guillery et al. (2012) menade att avsaknad av rutiner hindrade identifiering. Sjuksköterskors omedvetenhet kring direktiv och protokoll gällande våld i nära relation var också ett problem (Dawson et al., 2019; Al et al., 2016). Sjuksköterskor önskade mer riktlinjer och direktiv för screening angående vilka kvinnor, när och hur de ska fråga. Utan detta screenades de kvinnor med uppenbara och synliga tecken på våld oftare än andra kvinnor (Sundborg et al., 2017).

Sextio procent av sjuksköterskorna i en studie ansåg att arbetsmiljön och befintliga rutiner gav möjlighet att screena för våld i nära relation (DeBoer et al., 2013). Sjuksköterskor rapporterade i andra studier att de kände sig begränsade av sina övriga dagliga rutiner och därmed prioriterades inte screening (Sundborg et al., 2017; Dawson et al., 2019) och att screena för våld utöver alla andra riskfaktorer sjuksköterskan screenade för på en akutmottagning ansågs överväldigande (Dawson et al., 2019).

### **Resurser och stöd till sjuksköterskan**

För att sjuksköterskor skulle kunna identifiera våldsutsatta kvinnor var det viktigt att de fick stöd, både på en professionell och personlig nivå (Beynon et al., 2012; Sundborg et al., 2017). Stödet kunde bestå av stöttande kollegor och tillgång till personer med ytterligare kunskap inom våld i nära relationer (Beynon et al., 2012). Att ge sjuksköterskor professionellt stöd och tillsyn hade positiva effekter på identifiering av våldsutsatta kvinnor (Sundborg et al., 2017). En aspekt gällande resurser var bemanning där underbemanning var en faktor som försvårade eller hindrade identifieringen av våldsutsatta kvinnor (Wyatt et al., 2019).

## Diskussion

### Resultatdiskussion

Syftet med denna studie var att beskriva vilka faktorer som påverkar sjuksköterskans identifiering av kvinnor utsatta för våld i nära relation. Resultatet presenterade ett flertal faktorer som hindrade eller främjade identifieringen av dessa kvinnor. Faktorerna handlade om sjuksköterskan, den våldsutsatta kvinnan och olika aspekter inom vårdmiljön.

Det framkom i resultatet att sjuksköterskor skyddade sig själva genom att inte fråga kvinnorna om våld då de uppgav en rädsla för att bli för involverade och känslomässigt påverkade (Sundborg et al., 2017). Detta stärks av Goldblatt (2009) som redovisade att sjuksköterskor berättade att det var svårt att distansera sig själv från den våldsutsatta kvinnan, men att vissa valde att göra det för att undvika att känna hjälplöshet. Sjuksköterskorna kunde uppleva frustration, både gällande den våldsutsatta kvinnan som stannar i en våldsam relation och våldsutövaren, vilket ledde till överväldigande känslor och däribland en känsla att inte vara professionell. Att som sjuksköterska vara mer orolig över att eventuellt bli känslomässigt involverad än för vad kvinnan råkar ut för om inte våldet uppmärksammas kan anses själviskt och riskerar sjuksköterskans professionalitet. Enligt Patientlagen (SFS 2014:821) ska sjuksköterskan tillgodose patientens behov av trygghet och säkerhet. Väljer sjuksköterskan att inte fråga om våld riskeras kvinnans trygghet och säkerhet då våldet förblir oidentifierat. Sjuksköterskor kommer vara med om psykiskt påfrestande och ibland sorgliga situationer som kommer påverka en känslomässigt, men det är en del av att vara sjuksköterska och det får inte stå i vägen för att ge god vård och att fråga om våld. Enligt Svensk Sjuksköterskeförening (2010) ska sjuksköterskan ta hand om sin fysiska såväl som psykiska hälsa så att förmågan att ge vård inte äventyras. Om sjuksköterskan väljer att inte fråga om våld för att skydda sig själv från psykisk påfrestande riskeras en god vård gällande våldsutsatta kvinnor. Enligt Ylikangas (2016) är det också viktigt att som sjuksköterska finnas nära till hands för patienten för att kunna skapa en vårdande miljö, vilket inte uppfylls om sjuksköterskan distanserar sig från den våldsutsatta kvinnan. Resultatet visade att om sjuksköterskan ska bibehålla en god hälsa var det viktigt att sjuksköterskor upplevde stöd inom arbetsmiljön. En stöttande miljö bidrog också till att sjuksköterskans förmåga att identifiera våld ökade och stödet kunde ges av kollegor och personer med kunskap inom våld i nära relation (Beynon et al., 2012).

Enligt resultatet upplevde sjuksköterskorna att kvinnor behövde ha tillit och förtroende för sjuksköterskorna för att de skulle vilja öppna upp sig om våldet de utsätts för (Sundborg et al., 2017). När våldsutsatta kvinnor skulle berätta om våldet förväntade de sig att sjuksköterskan skulle lyssna respektfullt och validera deras känslor och upplevelser (Snyder, 2016). Detta överensstämmer med resultatet där det framkom att sjuksköterskorna upplevde att det krävdes att de visade intresse, visade sig pålitlig och visade att tid finns för att kvinnan skulle berätta om våld (Sundborg et al., 2017). Att skapa tillit var alltså väsentligt för huruvida kvinnan skulle berätta för sjuksköterskan om våldet men detta kan upplevas svårt. Det kan dels anses svårt för sjuksköterskan att skapa en tillitsfull relation med kvinnan på begränsad tid samt svårt för den våldsutsatta kvinnan att känna tillit för sjuksköterskan. Då kvinnans partner är någon som hon ska kunna lita på samtidigt utsätter henne för upprepade kränkningar, våld och ett stort lidande är det fullt förståeligt att inte våga lita på en främmande sjuksköterska.

Resultatet visade att om sjuksköterskan frågade kvinnor om våld i ett tidigt skede ökade chansen att kvinnorna öppnade upp sig om våld senare (Jack et al., 2017). Våldsutsatta kvinnor ville bli presenterade med valmöjligheter och hjälpresurser, till exempel blanketter och telefonnummer, trots att de inte hade bestämt sig om de skulle lämna partnern ännu. Kvinnorna uppskattade när sjuksköterskan lämnade konversationen öppen och att de blev erbjudna att höra av sig när de var redo att prata (Snyder, 2016). Vi har fått uppfattningen att om sjuksköterskan ställer frågan om våld tidigt ger det en känsla hos kvinnan att hjälp finns att tillgå och kvinnan ges ökade förutsättningar att berätta om våldet. Att också ställa frågan upprepade gånger visar på att sjuksköterskan anser att våld bör tas på största allvar.

Det framkom att sjuksköterskor hade bristfällig utbildning inom våld i nära relation vilket negativt påverkade sjuksköterskans förmåga att identifiera (Beynon et al., 2012; Guillery et al., 2012; Leppäkoski et al., 2010; Natan & Rais, 2012; Al et al., 2016). Det fanns ett starkt behov att sjukvården förser sjuksköterskor med den efterfrågade träningen och vidare utbildning gällande våld (Alshammari et al., 2018). Precis som vårdpersonal får upprepade träningstillfällen i exempelvis hjärt- och lungräddning, så behövs det träning i hur vårdpersonal ska identifiera och vårda våldsutsatta kvinnor. Om sjuksköterskor kände sig förberedda på hur de ska agera om en kvinna berättar om våld främjade det identifieringen (Sundborg et al., 2017). Denna kunskap anses av stor vikt för vi tror att om sjuksköterskor inte vet vad de ska göra med svaret eller vilken hjälp kvinnan behöver kan det kännas meningslöst att fråga. Resultatet visade att en sjuksköterska med erfarenhet av screening för våld hade större tendens att screena igen (Ben Natan et al., 2012). Detta resultat är hoppfullt då en sjuksköterska som identifierar och förhoppningsvis hjälper kvinnor har större chans att fortsätta hjälpa fler kvinnor i framtiden. Dessa sjuksköterskor kan också bidra till en förändring i attityder gentemot screening av våld och en mer tillåtande arbetsmiljö då deras kollegor förhoppningsvis lär sig av dem. Det är av stor vikt att belysa personalens attityder gentemot kvinnor som utsätts för våld för att skapa en säkrare vårdmiljö dessa kvinnor (Crombie et al., 2017).

I resultatet framkom att våldsutsatta kvinnor hellre öppnade upp sig om våld då sjuksköterskan inledde icke-strukturerade diskussioner (Jack et al., 2017). Detta stärks delvis av Snyders (2016) studie som visade att våldsutsatta kvinnor hade blandade känslor gentemot att sjuksköterskan frågade på rutin. Vissa kvinnor kände att frågor som ställs på rutin är opersonligt och upplevde att frågan om våld var en punkt som bara ska checkas av. Andra kvinnor kände sig dock mer bekväma med rutinfrågor för de tänkte att sjuksköterskan inte baserade frågan på huruvida kvinnan "såg" våldsutsatt ut eller inte (Snyder, 2016). Vissa sjuksköterskor menade dock att de kunde se vilka kvinnor som utsätts för våld och inte och att de screenade baserat på sin magkänsla (Wyatt et al., 2019). Detta känns problematiskt då identifieringen sker utifrån sjuksköterskans fördomar om hur en våldsutsatt kvinna ser ut och patientsäkerheten riskeras då sjuksköterskan missar att screena många kvinnor. Detta stämmer inte överens med ett personcentrerat förhållningssätt då sjuksköterskan i detta fall inte ser till varje kvinnas individuella vårdbehov. Det är av stor vikt att som sjuksköterska ha ett normkritiskt tänkande generellt men kanske allra främst gällande våldsutsatta kvinnor då det har visat sig vara ett hinder i identifieringen att som sjuksköterska tro att vissa beteenden är sammankopplat med att vara våldsutsatt (Beynon et al., 2012). Sjuksköterskor upplevde det också problematiskt att identifiera våld då de trodde att vissa kvinnor inte hade samma definition av våld som dem (Jack et al., 2017). För att upprätthålla en vård på lika villkor (SFS 1982:763) anser vi att alla kvinnor ska få frågan, men sjuksköterskan bör reflektera över hur frågan om våld framställs. En förklaring till varför sjuksköterskan frågar om våld känns passande och kan undvika att kvinnorna tar illa upp av frågan. Sjuksköterskan bör också



förklara för kvinnan vad som menas med våld för att ge bästa förutsättningar för henne att svara på frågan och få henne att förstå att våldet kan ta olika uttryck. Det är viktigt att sjuksköterskan förklarar att det inte bara är fysiskt våld det kan handla om utan att våld i nära relation enligt Socialstyrelsen (2016) också kan innefatta verbala kränkningar, utpressning samt isolering.

Sjuksköterskor önskade få mer tid för identifiering av våldsutsatta kvinnor (Beynon et al., 2012). Kvinnorna hade också upplevelsen att sjuksköterskans tidsbegränsningar var hindrande för att de skulle öppna upp sig om våldet och få adekvat vård (Montalvo-Liendo, 2009). Problemet gällande tidsbrist kan ses utifrån en organisationsfråga där vårdpersonal behöver få mer tid för varje patient för att tillgodose varje patients behov. Underbemanning kan vara en faktor som leder till denna tidsbrist och enligt Wyatt et al (2019) försvårade detta identifieringen av våldsutsatta kvinnor. Tidsbristen kan också kretsa kring hur sjuksköterskan bemöter den våldsutsatta kvinnan. Det var viktigt att som sjuksköterska visa att tid fanns för kvinnan i fråga (Sundborg et al., 2017). Att arbeta inom vården innebär tyvärr ofta underbemanning, stress och en känsla av att tiden inte räcker till. Sjuksköterskor behöver trots detta i bästa möjliga mån försöka prioritera tiden så att dessa kvinnor kan identifieras. Vi anser att det behöver ske en förändring inom sjuksköterskors arbetsmiljö för att ge bättre förutsättningar för dem att identifiera våld. Dawson et al (2019) beskrev att sjuksköterskor ansåg att det var överväldigande att screena för våld när de redan screenade för andra riskfaktorer. Vi hävdar dock att identifieringen av våld är något av det viktigaste en sjuksköterska kan göra då våld i nära relation faktiskt är en fråga om liv och död.

Resultatet visade att det rådde en brist på avskildhet i vårdsammanhang (Beynon et al., 2012; Guillery et al., 2012) och att det kunde handla om att kvinnans partner var närvarande (Beynon et al., 2012; Leppäkoski et al., 2010; Dawson et al., 2019) vilket minskade chansen att kvinnan berättade om våldet hon utsätts för. Enligt Snyder (2016) lade kvinnor ansvaret på vårdpersonal att skapa den rätta miljön för att de skulle kunna öppna upp sig om våld. Kvinnorna förväntade sig att vårdpersonal skulle be partnern lämna rummet för att åstadkomma en trygg miljö. Med detta i åtanke är det av stor vikt att sjuksköterskan tar ansvaret att faktiskt be partnern lämna rummet för att på så vis skapa avskildhet där kvinnan ges bättre förutsättningar att berätta om våld. Inom sjukvården finns det inte alltid förutsättningar att be partnern lämna rummet och vår tanke är att sjuksköterskan kan vara rädd att kränka mannen om han ombeds lämna. Det vore önskvärt att vårdpersonal enligt rutin krävdes prata med kvinnan enskilt, dels för att faktiskt ge kvinnan bättre möjlighet att berätta om våld och för att sjuksköterskan då skulle ha en förklaring till varför partnern behöver lämna rummet. En del av kvinnorna utsatta för våld i nära relation ville skydda sin partner (Dawson et al., 2019) och detta kan ha sin förklaring i att våldsutövaren besitter makt och kontroll över kvinnan (Operation Kvinnofrid, u.å.). Denna starka kontroll som mannen har över kvinnan kan leda till att kvinnan inte går med på att partnern ska lämna rummet. Om det hade varit enligt verksamhetsrutin att prata med kvinnan enskilt så hade detta scenario kunnat undvikas och i nuläget behöver det finnas tydliga rutiner för hanteringen av screening för våld i nära relation. I resultatet framkom att sjuksköterskor önskade mer riktlinjer och direktiv för screening (Sundborg et al., 2017). Vi tänker att tydliga rutiner hade bidragit till att fler sjuksköterskor genomför screening av våldsutsatta kvinnor och att det då hade ansetts vara en viktig del i omvårdnaden som sjuksköterskan ansvarar för.

## Metoddiskussion

Studien är en litteraturöversikt då detta ansågs vara en passande metod i relation till syftet. En litteraturöversikt handlar om att kartlägga kunskapsläget inom ett specifikt ämne i vårdvetenskapen eller att få en översikt över ett problem inom sjuksköterskans yrkesfält (Friberg, 2006a). Att identifiera våldsutsatta kvinnor är en utmaning inom hälso- och sjukvård och därmed krävs ökad kunskap om ämnet och problemet behöver studeras. I en litteraturöversikt kan både kvantitativa och kvalitativa artiklar användas (Friberg, 2006a). Därför ansågs syftet med studien kunna besvaras genom en litteraturöversikt. En vanlig metod i kvantitativa studier är frågeformulär och detta kan vara att föredra vid känsliga frågor då slutna frågor inte kräver vidare formulering av deltagarna. Frågeformulär erbjuder också fullständig anonymitet vilket kan öka chansen för uppriktiga svar, speciellt om frågorna är personliga eller känsliga (Polit & Beck, 2004). Vi tror att det kan finnas en risk för förskönande av sanningen då sjuksköterskor frågas om eventuella personliga brister under en intervju och trots lovad konfidentialitet tror vi att det är skillnad på att svara ärligt i ett frågeformulär och att svara ärligt till den som intervjuar. Det ansågs på grund av detta viktigt att inkludera kvantitativa artiklar såväl som kvalitativa. Studiens resultat baserade sig på sex kvalitativa artiklar, fyra kvantitativa artiklar och en multimetodsstudie. De kvalitativa artiklarna gav mer djupgående och subjektiva resultat där sjuksköterskans känslor och tankar kring identifieringen av våldsutsatta kvinnor redovisades, medan de kvantitativa artiklarna generellt presenterade mer objektiva faktorer som aspekter i vårdmiljön. Eftersom det var påverkande faktorer på identifieringen av våldsutsatta kvinnor som önskades återfinnas i artiklarna, och inte endast sjuksköterskans subjektiva upplevelser av identifiering, ansågs både kvalitativa och kvantitativa artiklar ge resultat som var värdefullt relaterat till syftet.

Litteratursökningen inleddes med en osystematisk sökning för att skapa en bild av det valda området och den inledande litteratursökningen kan göras för att få idéer och för att kunna koncentrera studien till ett mer specifikt område (Östlundh, 2006). Den osystematiska sökningen gjordes för att säkerställa att det fanns publicerad forskning inom det valda ämnet och att syftet kunde specificeras till det nuvarande. Majoriteten av artiklarna som söktes fram handlade om vilka faktorer som påverkar identifieringen av kvinnor utsatta för våld i nära relation därav det valda syftet. Den inledande sökningen gav också idéer på användbara sökord. Efter den osystematiska sökningen gjordes den systematiska litteratursökningen och en systematisk metod kännetecknas av att planera och dokumentera från start (Östlundh, 2006). Alla steg i den systematiska sökningen dokumenterades för att till exempel inte glömma anledningen till varför vissa artiklar inkluderades eller exkluderades. Sökning av artiklar genomfördes i databaserna Cinahl och Pubmed. Sökningen i Pubmed tillförde dock inga nya artiklar utan gav endast två artiklar som redan söktes fram via Cinahl.

Informationssökningen innehöll avgränsningar i form av "peer reviewed" som innebär att artiklarna som framkommer i sökningen är publicerade i vetenskapliga tidsskrifter (Östlundh, 2006). Denna avgränsning är inte möjlig i databasen Pubmed utan där kontrollerades artiklarna var för sig. Även tidsspännet för publicering av artiklarna begränsades mellan år 2009 och 2019, vilket ansågs relevant då vetenskapligt material är en färskvara (Östlundh, 2006). En ytterligare avgränsning var engelska språket för att sortera bort artiklar skrivna på språk vi inte behärskar. Detta möjliggjorde ett urval av artiklar från hela världen, vilket gav en bredd på datainsamlingen och för att uppnå rättvis tolkning av engelska språket användes lexikon.

Trovärdighet, pålitlighet och överförbarhet är begrepp som beskriver hur tillförlitligt ett

resultat är inom kvalitativa studier (Graneheim & Lundman, 2004). Inom kvantitativa studier bedöms kvalitén främst utifrån begreppen validitet, reliabilitet och generaliserbarhet (Polit & Beck, 2004). Trovärdighet handlar forskningens fokus och hur väl datainsamling och analys håller sig till studiens avsedda fokus (Graneheim & Lundman, 2004). Studiens fokus tolkas i detta fall som studiens syfte och genom att syftet har varit i åtanke under hela arbetsprocessen anses studien ha god trovärdighet. Begreppet validitet syftar på om metoden mäter det som avsett att mäta (Polit & Beck, 2004). Gällande en litteraturöversikt kan validiteten handla om att metoden ger ett resultat som svarar på syftet och därmed görs bedömningen att studien har en god validitet då stor vikt har lagts vid att resultat ska svara på syftet. Reliabilitet är ett kvalitetsbegrepp som avser hur tillförlitligt och noggrant ett resultat är vilket ofta baserar sig på vald metod (Polit & Beck, 2004). Den valda metoden och det systematiska arbetssättet har ökat denna studies reliabilitet.

Artiklar där det har tydliggjorts att våldsutövaren inte var en man exkluderades eftersom arbetet fokuserar på mäns våld mot kvinnor. Ett ytterligare exklusionskriterie var artiklar som handlade om våld som inte var i en nära relation. Det inkluderades studier där åldern på kvinnorna inte specificerades. Eftersom studien innefattar artiklar som kretsade kring faktorer som påverkar sjuksköterskans identifiering av våldsutsatta kvinnor var det väsentliga att artiklarna fokuserade på våldet mot kvinnor oavsett ålder. Om en avgränsning hade gjorts till en snäv åldersgrupp hade eventuellt resultatet blivit tunt och därmed har denna inkludering bidragit till ett fylligare resultat.

Då studien har ett sjuksköterskeperspektiv exkluderades artiklar som inte berörde sjuksköterskor och vi är medvetna om att viktig information från annan vårdpersonal, som även sjuksköterskor kan ha nytta av, kan ha undgått oss i och med detta exklusionskriterie. Efter exklusions- och inklusionskriterierna gjorts återstod 13 artiklar och två av dessa valdes bort då det inte gick urskilja sjuksköterskornas svar utan resultatet var en sammanställning av flera professioners svar som till exempel läkare och terapeuter. Två artiklar (Leppäkoski et al., 2010; Dawson et al., 2019) där sjuksköterskornas svar inte går att separera från andra yrkeskategorier inkluderades då majoriteten av deltagarna var sjuksköterskor och de ansågs bidra med värdefullt resultat. Detta kan ha bidragit till att validiteten minskat och det kan anses som en svaghet i relation till studiens syfte som tar an ett sjuksköterskeperspektiv, men då sjuksköterskor står för majoriteten av deltagarna i artiklarna gjordes valet att inkludera dessa studier.

Tre av artiklarna tog även upp den våldsutsatta kvinnans subjektiva perspektiv gällande vad som hindrar eller främjar att kvinnorna berättar om våldet. Det påverkade sjuksköterskans identifiering av våldsutsatta kvinnor och kan därmed ses utifrån ett sjuksköterskeperspektiv. Syftet var att beskriva faktorer som påverkar sjuksköterskans identifiering av kvinnor utsatta för våld i nära relation och några av dessa faktorer handlade om huruvida kvinnorna vågar berätta om våldet eller inte och deras relation med sjuksköterskan.

Artiklarna som valdes var publicerade i Jordanien, Israel, Kanada, Australien, USA, Finland och Sverige. Medvetenhet om att kulturen och hälso-och sjukvården ser olika ut beroende på land finns i åtanke, men då syftet med en litteraturöversikt är att samla kunskap gjordes ingen avgränsning till ett specifikt land. Det ansågs istället vara av värde att få olika perspektiv på identifiering av våldsutsatta kvinnor från olika delar av världen för att förhoppningsvis kunna applicera denna kunskap inom den svenska sjukvården. De olika studiernas resultat överensstämde med varandra och därmed ansågs överförbarheten och generaliserbarheten god. Överförbarhet och generaliserbarhet innebär huruvida ett resultat kan överföras till andra

kontexter (Polit & Beck, 2004).

De valda artiklarna granskades utifrån Högskolan Västs mall (se bilaga III) för kvalitetsbedömning som användes för att kontrollera att artiklarnas kvalitet var tillräcklig för att kunna användas i resultatet. Av artiklarna som valdes bedömdes tio stycken ha hög kvalitet och en medel kvalitet. Den av medel kvalitet inkluderades då den ansågs kunna bidra till ett relevant resultat. Den övergripande höga kvaliteten på artiklarna stärker tillförlitligheten på studiens resultat.

Gällande litteraturöversikter är det viktigt att vara kritisk under arbetets gång och vid läsning av artiklar annars finns risken för selektivt urval och att artiklarna väljs utifrån författarnas åsikter (Friberg, 2006a). Mäns våld mot kvinnor är ett ämne som berör och kan väcka mycket känslor och det har under arbetets gång varit svårt att inte låta ens personliga tankar och åsikter spegla arbetet. Vi är därmed medvetna om att det finns en risk att detta arbete kan ha färgats av våra tankar och det faktum att vi som gjort denna studie är kvinnor. Det finns alltid en viss grad av egen tolkning vid granskning av text, vilket påverkar tillförlitligheten (Graneheim & Lundman, 2004). För att försöka hålla arbetet på en objektiv och vetenskaplig nivå har samtliga artiklar granskats och analyserats av båda författarna för att öka tillförlitligheten och diskussioner har ägt rum för att förhålla oss objektiva under hela processen och sortera bort personliga åsikter.

Då denna studie berör ett känsligt ämne och att dessa kvinnor är särskilt utsatta var det etiska perspektivet viktigt vid val av artiklar och de valda artiklarna kontrollerades för att säkerställa att de var etiskt granskade och godkända. För att en studie ska bli etiskt godkänd krävs det att varje aspekt av studien blivit etiskt granskad och att deltagarnas rättigheter har skyddats (Polit & Beck, 2004). Aktuell studie belyser ett sjuksköterskeperspektiv och vilka faktorer som påverkar sjuksköterskans identifiering av våldsutsatta kvinnor. Vi vill därmed hävda att syftet känns etiskt korrekt då vår förhoppning med arbetet är att identifieringen av våldsutsatta kvinnor ska öka och att dessa kvinnor därmed ska kunna få den vård och hjälp som behövs. Det indirekta syftet är att främja dessa kvinnors hälsa och lindra deras lidande, vilket går i linje med ICN:s etiska kod för sjuksköterskor (Svensk sjuksköterskeförening, 2012). Gällande egna etiska ställningstaganden har vi lagt stor vikt på objektivitet och varit noggranna med att endast framföra det resultat som artiklarna bidragit med och inte förvrängt sanningen.

## Slutsatser

I studien framkom flera faktorer som påverkar sjuksköterskans identifiering av våldsutsatta kvinnor. Detta var faktorer hos sjuksköterskan själv, gällande den våldsutsatta kvinnan och inom vårdmiljön. Hos sjuksköterskan styrde deras egna känslor till stor del identifieringen av våld och kunskapen kring våld i nära relation hade också stor påverkan på identifieringen. Sjuksköterskor har fördomar gällande våldsutsatta kvinnor vilket hindrade identifieringen. Det framkom att den våldsutsatta kvinnan hade förväntningar på relationen mellan henne och sjuksköterskan för att vilja berätta om våld. Slutsatsen gällande faktorerna i vårdmiljön är att identifieringen av våld måste prioriteras högre. Sjuksköterskor bör få mer tid till att screena, det behöver finnas möjlighet till avskildhet på vårdavdelningar, rutiner måste tydliggöras och stöd till personal bör tillgodoses. Faktorerna hos sjuksköterskan och i vårdmiljön är föränderliga vilket innebär att det går att uppnå förbättring inom vården av identifiering av våldsutsatta kvinnor om åtgärder vidtas och förutsättningar skapas både inom sjuksköterskans kliniska arbete och på organisationsnivå. Både sjuksköterskan och våldsutsatta kvinnor bör

ges förutsättningar för att möjliggöra identifiering av våld, men det är sjuksköterskans ansvar att skapa dessa förutsättningar för kvinnan.

## **Praktiska implikationer**

Att få ökad kunskap om vilka faktorer som påverkar sjuksköterskans identifiering av våldsutsatta kvinnor är värdefullt för att veta vilka faktorer som främjar identifieringen, vad som hindrar identifieringen och därmed behöver förbättras och förändras både hos sjuksköterskor och i vårdmiljön. Identifieringen av våldsutsatta kvinnor är ett första steg i att kunna hjälpa dessa kvinnor och för att i sin tur kunna erbjuda dessa kvinnor rätt stöd och anpassad vård. Denna studie belyser ett allvarligt problem där kvinnor riskerar sina liv om de inte får den hjälp som krävs. Därför behöver sjuksköterskan kunna identifiera våld, ha ökad förståelse för våld i nära relation och möjlighet att skapa en säkrare vårdmiljö för dessa kvinnor. Denna studie kan vara användbar i alla vårdkontexter och även för andra vårdprofessioner. Förhoppningen med studien är att identifieringen av våld ska öka och på så vis kan fler kvinnor drabbade av våld i nära relation få rätt hjälp och vård.

## **Förslag till fortsatt kunskapsutveckling**

Denna studie beskriver ur ett sjuksköterskeperspektiv faktorer som påverkar identifiering av kvinnor utsatta för våld i nära relation. Ett viktigt perspektiv att forska vidare på är de våldsutsatta kvinnornas upplevelser av att berätta om våld, detta för att ge sjuksköterskor en ökad insikt i hur kvinnorna vill bli bemötta. Det finns ett ytterligare kunskapsbehov gällande att undersöka andra vårdprofessioners erfarenheter av identifiering av våldsutsatta kvinnor som till exempel undersköterskor och vårdbiträden som har mycket patientkontakt. Då sjuksköterskan arbetar tätt med dessa yrkeskategorier kan denna kunskap vara intressant för sjuksköterskor att ta del av. Hälso- och sjukvården har ett gemensamt ansvar att fånga upp och identifiera våldsutsatta kvinnor och därför kan det vara av värde att anta fler perspektiv än endast sjuksköterskans.

## Referenser

Alhabib, S., Nur, U., & Jones, R. (2009). Domestic Violence Against Women: Systematic Review of Prevalence Studies. *Journal of Family Violence*, 25(4), 369-382. doi: 10.1007/s10896-009-9298-4

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

Alshammari, K.F., McGarry, J., & Awoko Higginbottom, G.M. (2018). Nurse education and understanding related to domestic violence and abuse against women: An integrative review of the literature. *Nurs Open*, 5(3), 237-253. doi: 10.1002/nop2.133

Ben Natan, M., Ben Ari, G., Bader, T., & Hallak, M. (2012). Universal screening for domestic violence in a department of obstetrics and gynaecology: a patient and carer perspective. *International Nursing Review*, 59(1), 108-114. doi: /10.1111/j.1466-7657.2011.00931.x

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(1), 473. doi: /10.1186/1471-2458-12-473

Brottsförebyggande rådet. (2014). *Brott i nära relationer - En nationell kartläggning*. Hämtad 2019-11-22 från: [https://www.bra.se/download/18.9eaaede145606cc8651ff/1399015861526/2014\\_8\\_Brott\\_i\\_nara\\_relationer.pdf](https://www.bra.se/download/18.9eaaede145606cc8651ff/1399015861526/2014_8_Brott_i_nara_relationer.pdf)

Crombie, N., Hooker, L., & Reisenhofer, S. (2017). Nurse and midwifery education and intimate partner violence: a scoping review. *Journal of Clinical Nursing (John Wiley & Sons, Inc.)*, 26(15-16), 2100-2125. <https://doi-org.ezproxy.server.hv.se/10.1111/jocn.13376>

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

DeBoer, M. I., Kothari, R., Kothari, C., Koestner, A. L., & Rhos Jr, T. (2013). What Are Barriers to Nurses Screening for Intimate Partner Violence? *Journal of Trauma Nursing*, 20(3), 155-160. doi: /10.1097/JTN.0b013e3182a7b5c3

Friberg, F. (2006b). Att bidra till evidensbaserad omvårdnad med grund i analys av kvalitativ forskning. I F. Friberg (Red.), *Dags för uppsats - vägledning för litteraturbaserade examensarbeten* (ss. 105-114). Lund: Studentlitteratur.

Friberg, F. (2006a). Att göra en litteraturoversikt. I F. Friberg (Red.), *Dags för uppsats - vägledning för litteraturbaserade examensarbeten* (ss. 115-124). Lund: Studentlitteratur.

Goldblatt H. (2009). Caring for abused women: impact on nurses' professional and personal life experiences. *Journal of Advanced Nursing (Wiley-Blackwell)*, 65(8), 1645–1654. doi: 10.1111/j.1365-2648.2009.05019.x

Graneheim, U.H., & Lundman, B. (2004). Qualitative content analysis in nursing research: concepts, procedures and measures to achieve trustworthiness. *Nurse Education Today*, 24, 105-112.

Guillery, M. E., Benzie, 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. doi: /10.1186/1472-6955-11-2

Jack, S. M., Ford, G. M., Davidov, D., MacMillan, H. L., O'Brien, R., Gasbarro, M., ... McNaughton, D. (2017). Identification and assessment of intimate partner violence in nurse home visitation. *Journal of Clinical Nursing (John Wiley & Sons, Inc.)*, 26(15–16), 2215–2228. doi: /10.1111/jocn.13392

Kvinna till Kvinna. (u.å.). *En värld fri från mäns våld mot kvinnor*. Hämtad 2019-11-11 från <https://kvinnatillkvinna.se/om-oss/vart-arbete/mans-vald-mot-kvinnor/?fbclid=IwAR0oM2V0CmfYayhc92apSvtl4gxvMMHTeXnHbbFU8muSjtuO8URxtUITVmY>

Leppäkoski T, Åstedt-Kurki P, & Paavilainen E. (2010). Identification of women exposed to acute physical intimate partner violence in an emergency department setting in Finland. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 24(4), 638–647. doi:/10.1111/j.1471-6712.2009.00754.x

Montalvo-Liendo N. (2009). Cross-cultural factors in disclosure of intimate partner violence: an integrated review. *Journal of Advanced Nursing (Wiley-Blackwell)*, 65(1), 20–34. doi: 10.1111/j.1365-2648.2008.04850.x

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

Nationellt Centrum För Kvinnofrid, NCK. (u.å.-b.). *Grov kvinnofridskränkning*. Hämtad 2019-10-28 från <https://nck.uu.se/kunskapsbanken/amnesguider/vald-i-nara-relationer/grov-kvinnofridskrankning/>

Nationellt Centrum För Kvinnofrid. (u.å.-a). *Våld i nära relationer*. Hämtad 2019-10-28 från <https://nck.uu.se/kunskapsbanken/amnesguider/vald-i-nara-relationer/vald-i-nara-relationer/>

Nationellt Centrum för Kvinnofrid. (2019). *Våld i nära relationer - omhändertagande av kvinnor utsatta för fysiskt, psykiskt eller sexuellt våld*. Hämtad 2019-10-29 från <https://kunskapsbanken.nck.uu.se/nckkb/nck/publik/fil/visa/595/2018-03-Region-Uppsala-Vardprogram-Vald-i-nara-relationer.pdf>

Nationellt Centrum för Kvinnofrid. (u.å.-c.) *Våld som privat eller politisk fråga*. Hämtad 2019-11-11 från <https://nck.uu.se/kunskapsbanken/amnesguider/mans-vald-mot-kvinnor-ett-globalt-perspektiv/vald-som-privat-eller-politisk-fraga/>

Operation Kvinnofrid. (u.å.). *Definition av våld*. Hämtad 2019-10-24 från <https://www.operationkvinnofrid.se/operation-kvinnofrid/definition-av-vald>

Polit, D.F. & Beck, C.T. (2004). *Nursing research: principles and methodes*. (7. ed.) Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins

Saletti-Cuesta, L., Aizenberg, L., & Ricci-Cabello, I. (2018). Opinions and Experiences of Primary Healthcare Providers Regarding Violence against Women: a Systematic Review of Qualitative Studies. *Journal of Family Violence*, 33(6), 405-420. doi: 10.1007/s10896-018-9971-6

SFS 1982:763. *Hälso- och sjukvårdslag*. Stockholm: Socialdepartementet.

SFS 2014:821. *Patientlagen*. Stockholm: Socialdepartementet.

Snyder, B. L. (2016). Women's experience of being interviewed about abuse: a qualitative systematic review. *Journal of Psychiatric & Mental Health Nursing (John Wiley & Sons, Inc.)*, 23(9/10), 605–613. <https://doi-org.ezproxy.server.hv.se/10.1111/jpm.12353>

Socialstyrelsen. (2014b). *Att vilja se, vilja veta och att våga fråga*. Hämtad 2019-10-28 från <https://www.socialstyrelsen.se/globalassets/sharepoint-dokument/artikelkatalog/vagledning/2014-10-30.pdf>

Socialstyrelsen (2014c.) *Manual för FREDA - Standardiserade bedömningsmetoder för socialtjänstens arbete mot våld i nära relationer*. Hämtad 2019-11-11 från [https://www.socialstyrelsen.se/globalassets/sharepoint-dokument/artikelkatalog/ovrigt/2014-6-15.pdf?fbclid=IwAR01mFCj8u3Yu4d6MbWah6ow28garL2\\_M-opLLTwBPfotGXrUB8RjOaKra4](https://www.socialstyrelsen.se/globalassets/sharepoint-dokument/artikelkatalog/ovrigt/2014-6-15.pdf?fbclid=IwAR01mFCj8u3Yu4d6MbWah6ow28garL2_M-opLLTwBPfotGXrUB8RjOaKra4)

Socialstyrelsen. (2014a). *Våld i nära relationer*. Hämtad 2019-10-28 från <https://www.socialstyrelsen.se/globalassets/sharepoint-dokument/artikelkatalog/foreskrifter-och-allmanna-rad/2014-5-7.pdf>

Socialstyrelsen. (2016). *Våld - Handbok om socialtjänstens och hälso- och sjukvårdens arbete med våld i nära relationer*. Hämtad 2019-10-24 från <https://www.socialstyrelsen.se/globalassets/sharepoint-dokument/artikelkatalog/handbocker/2016-6-37.pdf>

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

Svensk sjuksköterskeförening. (2010). *ICN:s etiska kod för sjuksköterskor*. Hämtad 2019-12-08 från [https://www.swenurse.se/globalassets/01-svensk-sjukskoterskeforening/publikationer-svensk-sjukskoterskeforening/etik-publikationer/sjukskoterskornas\\_etiska\\_kod\\_2017.pdf](https://www.swenurse.se/globalassets/01-svensk-sjukskoterskeforening/publikationer-svensk-sjukskoterskeforening/etik-publikationer/sjukskoterskornas_etiska_kod_2017.pdf)

Svensk sjuksköterskeförening. (2016). *SSF om personcentrerad vård*. Hämtad 2019-10-29 från <https://www.swenurse.se/globalassets/01-svensk-sjukskoterskeforening/publikationer-svensk-sjukskoterskeforening/ssf-om->



publikationer/svensk\_sjukskoterskeforening\_om\_personcentrerad\_vard\_oktober\_2016.pdf

Svensk sjuksköterskeförening. (2010). *Vårdmiljöns betydelse*. Hämtad 2019-12-03 från <https://www.swenurse.se/globalassets/01-svensk-sjukskoterskeforening/publikationer-svensk-sjukskoterskeforening/ssf-om-publikationer/om.vardmiljons.betydelse.pdf>

Taft, A., O'Doherty, L., Hegarty, K., Ramsay, J., Davidson, L., & Feder, G. (2013). Screening women for intimate partner violence in healthcare settings. *The Cochrane database of systematic reviews*, 4(CD007007). doi: 10.1002/14651858.CD007007.pub2.

United Nations. (2019). *Ending violence against women and girls*. Hämtad 2019-10-24 från <https://www.un.org/sustainabledevelopment/ending-violence-against-women-and-girls/>

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. doi: /10.1016/j.nepr.2018.12.010

Ylikangas, C. (2012). Miljö. I L. Wiklund Gustin & I. Bergbom (Red.), *Vårdvetenskapliga begrepp i teori och praktik* (ss. 265-277). Lund: Studentlitteratur.

Östlundh, L. (2006). Informationssökning. I F. Friberg (Red.), *Dags för uppsats - vägledning för litteraturbaserade examensarbeten* (ss. 45-70). Lund: Studentlitteratur.

## Tabeller över systematiska sökningar

## Bilaga I

Tabell 2. Tabell med valda sökord och schema över systematisk sökning.

Databas/datum Cinahl 2019-11-21	Sökord/ämnesord	Träffar	Lästa titlar	Lästa abstract	Lästa artiklar	Valda artiklar till resultatet
Sökning 1	AB nurse experience	33501				
Sökning 2	AB Intimate partner violence	4922				
Sökning 3	AB identif*	546,754				
Sökning 4	S1+S2+S3	40				
Avgränsningar:Peer review, engelska, år, 2009-2019		23	23	6	6	6

Tabell 3. Tabell med valda sökord och schema över systematisk sökning.

Databas/datum	Sökord/ämnesord	Träffar	Lästa titlar	Lästa abstract	Lästa artiklar	Valda artiklar till resultatet
Cinahl 2019-11-21						
Sökning 1	AB factors	490390				
Sökning 2	AB intimate partner violence	4922				
Sökning 3	AB nurs*	277898				
Sökning	AB identif*	541322				
Sökning 5	S1+S2+S3+S4	32				
Avgränsningar: Peer review, engelska, år, 2009- 2019		24	24	9	5	4

Tabell 4. Tabell med valda sökord och schema över systematisk sökning.

Databas/datum	Sökord/ämnesord	Träffar	Lästa titlar	Lästa abstract	Lästa artiklar	Valda artiklar till resultatet
Cinahl 2019-11-21						
Sökning 1	AB nurse experience	33501				
Sökning 2	AB screening	91353				
Sökning 3	(MH "Intimate Partner Violence"	9097				
Sökning 4	S1+S2+S3	29				
Avgränsningar: Peer review, engelska, år 2009- 2019		18	18	7	5	4

Tabell 5. Tabell med valda sökord och schema över systematisk sökning.

Databas/datum	Sökord/ämnesord	Träffar	Lästa titlar	Lästa abstract	Lästa artiklar	Valda artiklar till resultatet
Cinahl 2019-11-22						
Sökning 1	AB factors	490390				
Sökning 2	AB intimate partner violence	4925				
Sökning 3	AB nurs*	278066				
Sökning 4	AB screening	91458				
Sökning 5	S1+S2+S3+S4	17				
Avgränsningar: Peer review, engelska, år 2009- 2019		12	12	4	4	3

Tabell 6. Tabell med valda sökord och schema över systematisk sökning.

Databas/datum	Sökord/ämnesord	Träffar	Lästa titlar	Lästa abstract	Lästa artiklar	Valda artiklar till resultatet
Cinahl 2019-11-22						
Sökning 1	AB nurs*	278066				
Sökning 2	(MH "Intimate Partner Violence")	9103				
Sökning 3	AB screening	91458				
Sökning 4	AB identif*	542027				
Sökning 5	S1+S2+S3+S4	60				
Avgränsningar: Peer review, engelska, år 2009- 2019		32	32	11	9	7

Tabell 7. Tabell med valda sökord och schema över systematisk sökning.

Databas/datum	Sökord/ämnesord	Träffar	Lästa titlar	Lästa abstract	Lästa artiklar	Valda artiklar till resultatet
PubMed 2019-11-22						
Sökning 1	Intimate partner violence	12744				
Sökning 2	factors	4199550				
Sökning 3	nurses	248161				
Sökning 4	S1+S2+S3	150				
Sökning 5	identify	936862				
Sökning 6	S4+S5	37				
Avgränsningar: år 2009-2019		30	30	7	3	2

## Översikt över analyserad litteratur

	Problem och syfte	Ansats/Metod	Urval/ Studiegrupp	Huvudsakligt resultat	Kvalitetsgranskning
Al, N. A., Qandil, A., & Gillespie, G. L. 2016 Jordanien  International Nursing Review.	Syftet med studien var att beskriva sjuksköterskors screening av våldsutsatta kvinnor.	Kvalitativ beskrivande fenomenologisk design. Semistrukturerade intervjuer. Svaren analyserades enligt Colaizzi's.	12 jordanska sjuksköterskor från ett universitetssjukhus. 6 var kvinnor och 6 var män.	Sjuksköterskorna screenade vanligtvis inte för våld. De var positiva till att screena men det ingick inte i deras arbetsuppgifter. Sjuksköterskorna fick ingen information eller träning om våld i nära relation.	Hög kvalitet
Ben Natan, M., Ben Ari, G., Bader, T., & Hallak, M. 2011  Israel  International Nursing Review	Undersöka effekterna av sjuksköterskors och läkares kunskap, rutiner och attityder gällande identifiering av våldsutsatta kvinnor men även patienternas attityder gentemot screeningen	Kvantitativ tvärsnittsstudie där datainsamlingen bestod av ett frågeformulär till sjuksköterskorna och läkarna och ett annat frågeformulär till kvinnorna. Dataanalysen gjordes med statistisk.	100 sjuksköterskor och läkare som arbetade inom obstetrik och gynekologi och 100 randomiserade kvinnliga patienter deltog i studien.	Sjuksköterskor var motvilliga till att screena för våld i nära relation. Flera faktorer hindrar screening, fastän det är obligatoriskt via lag. De med tidigare erfarenhet av att screena hade större tendens att screena igen.	Hög kvalitet



<p>Natan, MB., &amp; Rais, I.</p> <p>2010</p> <p>Israel</p> <p>Journal of Trauma Nursing</p>	<p>Syftet var att undersöka sjuksköterskors kunskap, arbetsrutiner och attityder gentemot identifiering av våldsutsatta kvinnor.</p>	<p>Det var en kvantitativ beskrivande studie och datainsamlingen skedde utifrån ett frågeformulär. Dataanalysen gjordes med statistikpaketet för samhällsvetenskap.</p>	<p>100 sjuksköterskor deltog i studien. Sjuksköterskorna arbetade både inom sjukhus och kommun som möter kvinnor i sitt dagliga arbete.</p>	<p>Fastän sjuksköterskor var medvetna om våld i nära relation och om vikten av identifiering, så återspeglas detta sällan i praktiken. Nästan hälften av deltagarna hade inte fått någon träning inom ämnet. Över hälften menar att det finns en avdelningsrutin angående identifiering av våld.</p>	<p>Medel kvalité</p>
<p>Beynon, C.E., Gutmanis, I.A., Tutty, L. M., Wathen, C.N., &amp; Macmillan, H.L</p> <p>2012</p> <p>Kanada</p> <p>BMC Public Health</p>	<p>Syftet var att identifiera hinder och vad som främjar när det kommer till att fråga om våld i nära relation.</p>	<p>En kvalitativ studie som utgick ifrån två öppna frågor utifrån ett frågeformulär som skickades ut till deltagarna. En induktiv innehållsanalys användes som analysmetod och kategorier skapades.</p>	<p>Formuläret skickades ut till ett slumpmässigt urval av läkare och sjuksköterskor. Totalt var det 769 svar som kunde användas och 527 var från sjuksköterskor.</p>	<p>Enligt sjuksköterskor var de största hindren för att fråga brist på tid, beteenden tillskrivna våldsutsatta kvinnor, brist på utbildning, språk/kultur och att partnern närvarade. Det som underlättade var utbildning, samhällsresurser, professionella verktyg/protokoll/ policyer.</p>	<p>Hög kvalité</p>

<p>Dawson, A.J., Rossiter, C., Doab, A., Romero, B., Fitzpatrick, L., &amp; Fry, M.</p> <p>2019</p> <p>Australien</p> <p>Academic Emergency Medicine</p>	<p>Studiens syfte var att undersöka och få ökad förståelse för hur sjuksköterskor, läkare och socialarbetare känner igen, identifierar och reagerar på kvinnor som utsätts för våld i nära relation.</p>	<p>En beskrivande kvalitativ studie där man ville få fram deltagarnas upplevelser via både semistrukturerade individuella intervjuer och fokusgruppdiskussioner. Datan analyserades och teman bildades.</p>	<p>Deltagarna rekryterades från två akutmottagningar på två olika sjukhus. Totalt var det 35 stycken deltagare i studien där 26 utav dessa var sjuksköterskor.</p>	<p>Enligt deltagarna i studien så finns det flera utmaningar med att identifiera våld i nära relation. De främsta utmaningarna handlade om yrkesmässig osäkerhet, obehagskänslor och kvinnornas rädsla att prata om våld.</p>	<p>Hög kvalitet</p>
<p>Deboer, M. I., Kothari, R., Kothari, C., Koestner, A. L., &amp; Rhos Jr, T.</p> <p>2013</p> <p>USA</p> <p>Journal of Trauma Nursing.</p>	<p>Syftet med studien var att identifiera sjuksköterskors attityder och uppfattade hinder i att screena för våld i nära relation.</p>	<p>En anonym kvantitativ tvärsnittsstudie där man svarade på ett frågeformulär. Statistisk analys användes.</p>	<p>156 sjuksköterskor som jobbade på traumacentrum i akutvårdsområden och i slutenvården deltog.</p>	<p>Majoriteten av sjuksköterskorna tyckte att de hade tillräckligt med tid för att screena för våld i nära relation. De tyckte att screening för våld är en del av sjuksköterskans ansvar.</p>	<p>Hög kvalitet</p>

<p>Guillery, M.E., Benzies, K.M., Mannion, C., &amp; Evans, S.</p> <p>2012</p> <p>Kanada</p> <p>BMC Nursing</p>	<p>Syftet var att identifiera frekvensen av screening för våld i nära relationer, vilka hinder det finns till att genomföra screening, sambandet mellan hinder och att screena för olika typer av våld och att identifiera faktorer som påverkar frekvensen av screening.</p>	<p>En kvantitativ tvärsnittsundersökning. Datainsamlingen skedde utifrån ett formulär med påståenden och deltagarna svarade utifrån en Likert-skala. Statistisk analys användes.</p>	<p>96 sjuksköterskor från 3 olika sjukhus som arbetade på postpartum-avdelningar deltog i studien</p>	<p>Frekvensen av screening varierade beroende på vilken typ av våld det handlade om. Brist på kunskap, tid och avskildhet var hinder till att genomföra screening för våld i nära relation.</p>	<p>Hög kvalitet</p>
<p>Jack, S.M., Ford-Gilboe, M., Davidov, D., &amp; MacMillan, H.L., O'Brien, R., Gasbarro, M., ... McNaughton, D.</p> <p>2016</p> <p>Kanada</p> <p>Journal of Clinical Nursing</p>	<p>Syftet med studien var att utveckla strategier för att identifiera och utvärdera våld i nära relation i ett Nursing-Family-Partnership (NFP) program för sjuksköterskor i hemsjukvården.</p>	<p>En kvalitativ studie där deltagarna hade fokusgrupper och intervjuades. Kvalitativ innehållsanalys användes.</p>	<p>32 sjuksköterskor, 5 övervakare till NFP-programmet och 26 kvinnor som deltar i NFP-programmet som är eller har varit utsatta för våld i nära relation deltog.</p>	<p>Screeningverktyg främjar inte identifiering av våldsutsatta kvinnor. Kvinnorna är mer benägna att öppna upp sig om våld när sjuksköterskor inleder icke-strukturerade diskussioner. Kvinnorna berättar att en nära relation med sjuksköterskan kan vara ett hinder i att berätta om våld.</p>	<p>Hög kvalitet</p>

<p>Leppäkoski, T., Åstedt-Kurki, P., &amp; Paavilainen, E.</p> <p>2010</p> <p>Finland</p> <p>Scandinavian Journal of Caring Sciences</p>	<p>Syftet var att beskriva hur många av kvinnorna som söker akutsjukvård som utsätts för våld i nära relation och vårdpersonalens (främst sjuksköterskors) identifiering av våld i nära relation.</p>	<p>Mixstudie med kvantitativ och kvalitativ metodansats. Datainsamlingen skedde utifrån både frågeformulär samt en öppen fråga och semi-strukturerade intervjuer via telefon. Statistik och innehållsanalys.</p>	<p>488 stycken vårdpersonal (främst sjuksköterskor) på 28 akutmottagningar på 13 olika finska sjukhus svarade på frågeformulären. 16 telefonintervjuer genomfördes.</p>	<p>48 procent av vårdpersonalen rapporterade att de möter kvinnor minst en gång i månaden som utsätts för våld i nära relation. Över hälften av deltagarna rapporterade att det fanns problem i identifieringen, som att kvinnans partner var närvarande och att vårdpersonal förbiser osynliga tecken på våld.</p>	<p>Hög kvalitet</p>
<p>Sundborg, E., Törnkvist, L., Saleh, S. N., Wändell, P., &amp; Hylander, I.</p> <p>2017</p> <p>Sverige</p> <p>Journal of Clinical Nursing</p>	<p>Syftet med studien var att förbättra förståelsen för distriktssköterskornas upplevelser av att möta kvinnor utsatta för våld i nära relation.</p>	<p>En kvalitativ studie som analyserades med grundad teori. Djupintervjuer gjordes.</p>	<p>Kvinnliga distriktssköterskor i primärvården 11 djupintervjuer genomfördes.</p>	<p>Tveksamhetsprocessen kan förhindra distriktssköterskor från att fråga om våld i nära relation. Det beskrivs både hindrande och främjande faktorer gällande att identifiera våldsutsatta kvinnor. Exempel var tidsbrist, sjuksköterskans rädsla för att bli känslomässigt involverad, brist på strategier att fråga om våld. Främjande faktorer var att kvinnan hade förtroende för sjuksköterskan och en stöttande miljö.</p>	<p>Hög kvalitet</p>

<p>Wyatt, T., McClelland, M. L., &amp; Spangaro, J.</p> <p>2019</p> <p>USA</p> <p>Nurse Education in Practice</p>	<p>Syftet med studien var att identifiera om sjuksköterskor var förberedda att screena för våld i nära relation, hur och vem de screenar samt hur utbildningen i skolan och utbildning på arbetsplatsen påverkat val och beteende kring screeningen.</p>	<p>Det var en kvalitativ utforskande studie som använde öppna frågor i intervjuer som gjordes via telefonsamtal. Därefter analyserades svaren och delades in i teman.</p>	<p>16 kvinnliga nyexaminerade sjuksköterskor.</p>	<p>Sjuksköterskor blir inte utbildade i att screena efter våld i hemmet. Arbetsmiljön och arbetskolligor påverkade om och hur flitigt de screenade. Sjuksköterskor kan behöva träning gällande screening genom hela utbildningen och på jobbet.</p>	<p>Hög kvalitet</p>
---	--	---	---	---	---------------------

## Granskningsmallar

**Mall för kvalitetsbedömning av studie med kvalitativ metod**

Följande mall för kvalitetsgranskning av studier med kvalitativ metod används.

Mallen utformad av Eva Brink och Inga Larsson (2019). Institutionen för hälsovetenskap, Högskolan Väst.

<b>Kvalitetsbedömning</b>			
2019-07	<b>Ja</b>	<b>Nej</b>	<b>Vet ej</b>
Speglar artikelns titel innehållet?			
Finns det ett teoretiskt perspektiv?			
Är tidigare forskning beskriven?			
Är problemområdet tydligt presenterat och motiverat?			
Är syftet tydligt formulerat?			
Är metoden beskriven?			
Är metoden motiverad?			
Är kontexten presenterad?			
Är förförståelsen redovisad?			
Är urvalet relevant (inklusions- och exklusionskriterier)?			
Är datainsamlingen tydligt beskriven?			
Är analysen tydligt redovisad?			
Är forskningsetiska aspekter redovisade?			
Svarar resultatet mot syftet?			
Är resultatet klart och tydligt?			
Diskuteras resultatet gentemot bakgrund?			
Finns det en "röd tråd" i artikeln?			
Diskuteras studiens svagheter?			
Diskuteras studiens trovärdighet?			
Diskuteras överförbarhet?			
Är slutsatserna relevanta utifrån studiens resultat?			
<b>Granskningens sammanvägda bedömning av artikelns kvalitet</b>	<b>Låg</b>	<b>Medel</b>	<b>Hög</b>

## Mall för kvalitetsbedömning av studie med kvantitativ metod

Följande mall för kvalitetsgranskning av studier med kvantitativ metod används.

Mallen är utformad av Eva Brink och Inga Larsson (2019). Institutionen för hälsovetenskap, Högskolan Väst.

<b>Kvalitetsbedömning</b>			
2019-07	<b>Ja</b>	<b>Nej</b>	<b>Vet ej</b>
Speglar artikelns titel innehållet?			
Finns det ett teoretiskt perspektiv?			
Är tidigare forskning beskriven?			
Är problemområdet tydligt presenterat och motiverat?			
Är syftet tydligt formulerat?			
Finns en hypotes beskriven?			
Är metoden beskriven?			
Är statistisk metod adekvat?			
Är datainsamling tydligt beskriven?			
Är instrument valida och reliabla?			
Är populationen identifierad?			
Är urvalet representativt?			
Finns bortfallsanalys?			
Är analysen tydligt redovisad?			
Är forskningsetiska aspekter redovisade?			
Svarar resultatet mot syfte och hypotes?			
Är resultatet klart och tydligt?			
Diskuteras resultatet gentemot bakgrund?			
Finns det en "röd tråd" i artikeln?			
Diskuteras studiens svagheter?			
Diskuteras validitet och reliabilitet?			
Diskuteras resultatens generaliserbarhet?			
Är slutsatserna relevanta utifrån studiens resultat?			
<b>Granskningens sammanvägda bedömning av artikelns kvalitet</b>	<b>Låg</b>	<b>Medel</b>	<b>Hög</b>

**Högskolan Väst**  
**Institutionen för Hälsovetenskap**  
**461 86 Trollhättan**  
**Tel 0520-22 30 00 Fax 0520-22 30 99**  
**[www.hv.se](http://www.hv.se)**