



HÖGSKOLAN VÄST

Institutionen för hälsovetenskap

Sjuksköterskans erfarenheter av att identifiera våldsutsatta kvinnor

En litteraturstudie

Jonna Olausson & Johanna Andersson

**Examensarbete i omvårdnad på grundnivå
Sjuksköterskeprogrammet
Institutionen för Hälsovetenskap
Höstterminen 2023**

Sjuksköterskans erfarenheter av att identifiera våldsutsatta kvinnor. En litteraturstudie.

Nurses' experiences of identifying abused women. A literature study.

Författare	Jonna Olausson Johanna Andersson
Handledare	Emmy Tegelström
Examinator	Kicki Klaeson
Institution	Högskolan Väst, Institutionen för hälsovetenskap
Arbetets art	Examensarbete i omvårdnad, 15 hp
Program/kurs	Sjuksköterskeprogrammet, 180 hp
Termin/år	Höstterminen 2023
Antal sidor	17

Abstract

Background: Women around the world are subjected to violence in intimate relationships. Statistics indicate that one in three women has experienced intimate partner violence. The violence women are subjected to occurs in different forms and primarily behind closed doors in their homes. Nurses play a significant role in identifying violence in their interactions with these women, as they often withhold this information from healthcare providers. **Aim:** The aim was to describe nurse's experiences of identifying women exposed to violence. **Method:** A literature study based on eight qualitative scientific articles from the nurse's perspective and analysed with Friberg's five-step model. **Results:** The result consists of two main themes and seven subthemes. It turned out that nurses often get emotionally affected when they hear the abused women talk about their experiences. Nurses' previous experiences have a significant role in the care encounter. Other factors that affect the nurses' ability to identify abused women are perceived to be lack of knowledge, lack of routine and lack of time. But also the dilemma of nurses believing that it is not their responsibility to identify abused women. **Conclusion:** Nurses have a lack of knowledge about the subject which results in them hesitating and not daring to ask the question about violence. The conclusion is that several factors affect the nurse in the identification of abused women. Nurses need to improve their knowledge of the subject and need clear guidelines from their workplace to be able to take their responsibility.

Keywords: Nurse, identifying, experience, intimate partner violence, abused women

Populärvetenskaplig sammanfattning

Syftet med detta examensarbete var att beskriva sjuksköterskans erfarenheter av att identifiera våldsutsatta kvinnor. I resultatet framkom det flera faktorer som påverkade sjuksköterskornas arbete med att identifiera kvinnor som blivit utsatta för våld. En del faktorer handlade om sjuksköterskans känslor i mötet och vissa om den kunskapsbrist och tidsbrist som sjuksköterskor uttryckte att dom hade. Men också att brister fanns när det gäller, kunskap, ansvarsfördelning och rutiner vilket var ett stort och vanligt förekommande problem hos sjuksköterskan. De slutsatser som gick att dra utifrån resultatet var att sjuksköterskans känslor och tidigare erfarenheter hade en betydande roll i hur sjuksköterskans möte med kvinnan kom att bli. För att kunna utföra sin profession behövde sjuksköterskan få mer kunskap och avsätta tid för att ge det omhändertagande som kvinnan behövde i dessa situationer men också få tydliga riktlinjer och rutiner. Våld i nära relationer är ett problem som finns världen över och som kan återfinnas i alla typer av relationer men framför allt sker våldet mellan två personer som har en nära relation eller starka känslomässiga band. Våld kan utspelas på flera olika sätt exempelvis fysiskt eller sexuellt våld och vanligt är att kvinnan i de flesta fall inte berättar för någon att hon är våldsutsatt. Sjuksköterskor har ett ansvar gentemot våldsutsatta kvinnor som innebär att identifiera kvinnor genom att ställa frågan om hon är utsatt för våld i nära relationer. Examensarbetet genomfördes med en litteraturstudie baserat på åtta kvalitativa vetenskapliga artiklar ur sjuksköterskans perspektiv och analyserades utifrån Fribergs femstegsmodell. Sjuksköterskor är oftast den första yrkesprofession våldsutsatta kvinnor möter, vilket innebär att sjuksköterskor bör ha kompetens för att kunna se tecken, fånga upp och hantera information och situation.

Innehållsförteckning

Inledning	1
Bakgrund	1
Våld i nära relationer.....	1
Våld i nära relationer globalt.....	1
Våld i nära relationer i Sverige	2
Olika former av våld	2
Sjuksköterskans ansvar	3
Identifiera våldsutsatta kvinnor.....	3
Teoretisk utgångspunkt	4
Miljö.....	4
Vårdande kommunikation	5
Problemformulering	5
Syfte	6
Metod	6
Litteratursökning	6
Urval.....	7
Analys.....	7
Resultat	7
Sjuksköterskans egna barriärer i vårdmötet	8
Känslomässiga reaktioner i vårdmötet	8
Personliga erfarenheter påverkar sjuksköterskans förhållningssätt.....	8
Sjuksköterskans egna värderingar kan leda till negativ attityd.....	9
Hindrande faktorer	9
Brist på kunskap och utbildning leder till osäkerhet	9
Hög arbetsbelastning leder till tidsbrist.....	10
Brist på tillit leder till otrygghet hos kvinnan	10
Bristande ansvar och rutiner.....	11
Diskussion	11
Resultatdiskussion.....	11
Sjuksköterskans egna barriärer i vårdmötet	11
Hindrande faktorer	12
Metoddiskussion.....	14
Trovärdighet	15
Överförbarhet	15
Forskningsetiska aspekter	15
Slutsatser	16

Praktiska implikationer	16
Förslag till fortsatt kunskapsutveckling inom sjuksköterskans kompetensområde.....	16
Referenser	18

Bilaga I Systematisk sökning

Bilaga II Mall för kvalitetsbedömning av studie med kvalitativ metod

Bilaga III Översikt av analyserad litteratur

Inledning

Våld i nära relationer är ett omfattande problem på global nivå. En av tre kvinnor i världen har blivit utsatt för våld i nära relation (World Health Organization, 2021). Även i Sverige är våld i nära relationer ett allvarligt problem, där det under år 2022 anmäldes 29 224 fall av misshandel mot vuxna kvinnor. Under samma år registrerades även tio fall av våld i partnerrelationer med dödlig utgång (Brottsförebyggande rådet, 2023). Det är dock viktigt att notera att trots höga siffror av anmälningar finns det ett stort mörkertal då många våldsutsatta kvinnor väljer att inte polisanmäla det våld de är utsatta för (Nationellt centrum för kvinnofrid, 2023e). Sjuksköterskor spelar en avgörande roll i mötet med våldsutsatta kvinnor, då dessa kvinnor ofta söker vård för mer ospecifika symtom såsom buksmärter och inte nämner att de blivit utsatta för våld (Socialstyrelsen, 2014). Det är därför av stor betydelse att sjuksköterskor har tillräckligt med kunskap för att kunna upptäcka och identifiera tecken på våldsutsatthet. Genom att belysa sjuksköterskors erfarenheter av att identifiera våldsutsatta kvinnor kommer studien ge en fördjupad kunskap och medvetenhet i ämnet.

Bakgrund

Våld i nära relationer

Enligt Nationellt centrum för kvinnofrid (NCK) (2023e) kan våld i nära relationer ge uttryck i både fysiskt och psykiskt våld men fler förekommande sätt att bruka våld på förekommer i samhället. Betydelsen av våld i nära relationer innebär främst att den som blivit utsatt för våld har en nära relation och starka känslomässiga band till våldsutövaren. Våld kan finnas i alla typer av relationer mellan närstående och behöver inte präglas av något speciellt förhållande. Allvarlighetsgraden och intensiteten av våld i nära relationer tenderar att öka ju längre relationen fortgår och det är framför allt i offrets egen bostad som majoriteten av våldshändelserna inträffar (NCK, 2023e).

Våld i nära relationer globalt

Våld i nära relationer är ett existerande samhällsproblem världen över. Våldet är förekommande oavsett kulturell tillhörighet, etniskt ursprung, ålder, sexuell läggning eller könsidentitet. Enligt den studie som genomfördes av World Health Organization (WHO) (2013) ligger Sydostasien, Afrika samt östra medelhavet i täten av de värst drabbade regionerna av våld i nära relationer. Sardinha m.fl., (2022) belyser att det fanns en skillnad mellan låg, medel och höginkomstländer. Det fanns en högre prevalens i låg- och medelinkomstländerna än i höginkomstländerna. Anledningen trodde man berodde på att låg- och medelinkomstländerna är drabbade av politiska konflikter och de våldsutsatta kvinnorna har sämre förutsättningar att kunna lämna en våldsam relation till följd av sociala, ekonomiska och politiska begränsningar.

Det vanligaste våldet som kvinnor drabbas av är det våld som sker i hemmet av sin partner, innanför dem stängda dörrarna, vilket drabbar cirka 30 % av kvinnorna i världen (WHO, 2013). Johnsson-Latham (2019) beskriver att flertalet orsaker för våld i nära relation har identifierats, men en grundläggande orsak tros vara den rådande maktordningen mellan kvinnor och män i dagens samhälle. Manlig makt och prestige är faktorer som kan leda till våld mot kvinnor. Detta beskrivs som männens kontroll över kvinnan och att våldet ger männen en annan form av status, respekt och tillgång till resurser gentemot vad män som inte använder våld har. Även övergången från det traditionella samhället till modernitet, traditioner, kulturer och religiösa tolkningar samt socialitet och ekonomi anses också vara bidragande faktorer till våldet. I de internationella länderna är en stor orsak till våldet traditioner, kulturer och religiösa tolkningar. Tanken om att män har rätt till att kontrollera kvinnorna och begränsa deras rättigheter är tyvärr framträdande i flera olika kulturer, traditioner och religioner och bidrar till våld mot kvinnor

globalt (Johnsson-Latham, 2019). Oavsett i vilket land våldet sker får det livslånga konsekvenser för miljontals kvinnor och barn (Sardinha, m.fl., 2022).

Våld i nära relationer i Sverige

Våld i nära relationer är den främsta orsaken till ojämlika samhällen och höga sociala kostnader (Jämställdhetsmyndigheten, 2023a). I Sverige sägs jämställdheten mellan kvinnor och män vara relativt jämn men trots detta finns ojämlikheter i samhället som kan tänkas bero på maskulinitetsnormen. Acceptans av maskulinitet, att män och maskulinitet förknippas med makt, konkurrens och dominans snarare än omsorg och jämställdhet. Denna maktobalans anses ha en betydande påverkan på förekomsten av våld i nära relationer (European Commission, 2013). Till följd av mäns våld mot kvinnor har 7 % av Sveriges kvinnor under år 2012 uppgett att de varit utsatta för våld i nära relationer. Det visade sig även att utsattheten för att drabbas av våld i nära relation var densamma hos båda könen dock drabbade det grövre våldet, som i många fall ledde till sjukvård, oftare kvinnor än män (Brottsförebyggande rådet, 2023). Den farligaste tiden för en våldsutsatt kvinna är när hon har bestämt sig för att lämna en våldsamt relation, kvinnan kan bli allvarligt skadad eller i värsta fall mördad. Mellan åren 2018 – 2020 dödades mellan 13–22 kvinnor av dödligt våld av sin nuvarande eller tidigare partner (Socialstyrelsen, 2023).

Våld i nära relationer är ett kostsamt problem både för det svenska samhället men också för individen själv. EU:s organ för jämställdhet, European Institute for Gender Equality (EIGE) (2014) har beräknat att den årliga kostnaden för våld mot kvinnor uppgår till över 200 miljoner euro. Största delen av kostnaden orsakas av personligt lidande och förlust av livskvalitet, därefter samhällets insatser som hälso- och sjukvård, sociala insatser och stöd, rättsväsende och kriminalvård. Som ett resultat av våldsutsattheten förlorar kvinnorna i de flesta fall sina jobb vilket leder till att inkomsterna för en våldsutsatt kvinna minskar. Det har visat sig minska med 25 procent och sjukfrånvaron ökar med över 20 procent för kvinnor. Risken att dö i förtid är 17 gånger större för kvinnorna. Ökningen beror till stor del på en högre självmordsfrekvens (NCK, 2023d). Risken att drabbas av psykisk ohälsa i samband med våld i nära relationer ökar, det finns också en förhöjd risk för att drabbas av posttraumatiskt stressyndrom (PTSD) och sexuellt relaterade besvär (WHO, 2021).

I Sverige finns en tioårig nationell strategi som regeringen tagit fram för att förebygga och bekämpa våldet mot kvinnor. Förebygga våld, öka kunskapen, förbättra brottsbekämpning och upptäckt av våld samt stärka skydd och stöd för våldsutsatta kvinnor är de fyra målen i den tioåriga strategin. Vilket är en viktig del i Sveriges arbete för att mäns våld mot kvinnor ska upphöra och våld förebyggas (Jämställdhetsmyndigheten, 2023b). Det första juridiskt bindande regionala instrument inom Europa är Istanbulkonventionen som går ut på att skydda kvinnor från våld och förebygga, lagföra samt avskaffa våld mot kvinnor (NCK, 2023c).

Olika former av våld

Enligt NCK (2023f) ingår både fysiskt, sexuellt, socialt, ekonomiskt, materiellt och psykiskt våld i begreppet våld i nära relation. Fysiska tecken och symptom som kan väcka misstankar om att våld i nära relation förekommer är till exempel sår, blåmärken, frakturer och brännskador. Psykiska tecken som sömnstörningar, psykosomatiska problem, depression, ångest och bristande omsorg om egna barn kan visa på bakomliggande våldsutsatthet. Det fysiska våldet kan exempelvis vara knuffar, sparkar och stryptag. Sexuellt våld är när sexuella handlingar utförs under tvång, hot och utan samtycke. Socialt våld kan uttryckas genom begränsningar i umgänge med släktingar och vänner. Exempel på ekonomiskt våld kan vara att förövaren tar kontroll över bankkonton och materiellt våld kan visas genom förstörande av

möbler eller hot av att skada husdjur. Verbala kränkningar, hot och trakasserier samt ett kontrollerande beteende med ett underliggande hot om våld kan ligga till grund för psykiskt våld (NCK, 2023f). Enligt Nordborg (2019) kan vissa kvinnor befinna sig i en särskilt sårbar situation som en följd av diskriminering och utanförskap, olika former av funktionsnedsättning eller missbruk. Våldsutövandet mot kvinnor som är särskilt sårbara riktar ofta in sig på just de faktorer som gör dem känsliga och extra utsatta. Exempelvis kan förövaren utnyttja att kvinnan har en funktionsnedsättning genom att undanhålla mediciner eller utöva fysiskt våld mot delar av kroppen som redan gör ont. Kvinnan kan komma att normalisera våldet genom att anpassa sig, skapa en överlevnadsstrategi och bli psykiskt nedbruten. Normaliseringsprocessen består av kontroll, isolering och växlar mellan våldsinslag och värme i relationen. Våldsutövaren förvränger kvinnans syn på sig själv och lägger skulden på henne. Relationen bryts ner för att sedan byggas upp så som våldsutövaren tycker är passande för att behålla sin känsla av makt och manlighet. Våldshandlingar förminskas och positiva handlingars betydelse förstärks (Nordborg, 2019). Något som våldsutövaren kan använda sig av är internalisering, vilket innebär att våldsutövaren förändrar kvinnans syn på relationen för att i stället dela våldsutövarens värderingar och bild på relationen (NCK, 2022).

Sjuksköterskans ansvar

Enligt svensk sjuksköterskeförenings kompetensbeskrivning (2023) ingår det i en legitimerad sjuksköterskas ansvar att kunna fastställa, planera, genomföra och utvärdera omvårdnaden. Bemötande och respektfullhet med avsikt att hjälpa och inge förtroende är avgörande i vårdmötet (Fredriksson, 2012). I enlighet med ICN:s etiska kod för sjuksköterskor skall hälsa, sjukvård, hälsofrämjande och evidensbaserad personcentrerad omvårdnad ske i samarbete med patient och anhöriga. Enligt svensk sjuksköterskeförening (SSF) (2021) ska sjuksköterskan stötta till social rättvisa och utöva ett samhällsansvar. Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd om våld i nära relationer (HSLF-FS 2022:39) ersätter Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd om våld i nära relationer (SOSFS 2014:4). Där beskrivs hur rutiner, samarbete och åtgärder skall fastställas kring våld i nära relationer. Syftet är att fortsätta höja kvaliteten i stödet till våldsutsatta (SOSFS 2014:4). I Hälso- Sjukvårdslagen (2017:30) beskrivs målet vara att alla ska ha rätt till vård på lika villkor, främja hälsa, trygghet och säkerhet. Hälso- Sjukvårdslagen (2017:30) och Socialtjänstlagen (2001:453) beskriver att en samordnad individuell plan (SIP) skall upprättas där planerade och beslutade insatser skall framgå, med stöd både från hälso- och sjukvården och kommunens socialtjänst. Enligt offentlighets- och sekretesslagen (2009:400) ska patientjournalen omfattas av sekretess och vid dokumentation finns det numera i många regioner ett sökord om våldsutsatthet. Då skyddas informationen så den inte går att läsa via webbportaler för patientåtkomst. Patientlagen (2014:821) belyser att all undersökning och provtagning av patienten skall ske efter samtycke och tydligt given information. Enligt patientsäkerhetslagen (2010:659) ska hälso- och sjukvårdspersonalen i frågor som rör barn som far illa eller riskerar att fara illa samverka med samhällsorgan, organisationer och andra som berörs. Vid allvarliga hot mot kvinnan finns möjlighet att söka skyddade personuppgifter hos Skatteverket, dessa är vanligtvis offentliga, och söker någon med skyddade personuppgifter vård måste rutiner finnas i sekretesshanteringen.

Identifiera våldsutsatta kvinnor

Våld i nära relationer är ett känsligt ämne och det är oftast inget som den utsatta kvinnan berättar om. I flertalet fall beror det på att kvinnorna bedömer våldet som skett som en småsak (Brottsförebyggande rådet, 2023). I andra fall kan det också bero på okunskap kring innebörden vad våld i nära relationer är. I stället söker som tidigare nämnts de våldsutsatta kvinnorna för andra ospecifika åkommor. Vårdpersonalen utgör en mycket stor roll i att fånga in våldsutsatta

kvinnor och identifiera våldet. En djupgående undersökning kan krävas för att komma åt den faktiska orsaken till exempelvis buksmärtna kvinnan söker för. I de flesta fall berättar kvinnorna inte spontant till följd av skuld och skam därav bör hälso- och sjukvården ställa rutinmässiga frågor till alla för att minska den risk som finns för att missa de kvinnor som är våldsutsatta (Hällen & Sinisalo, 2018).

Enligt NCK (2023a) är kunskap kring hur sjuksköterskorna ska hantera svaret och remittera vidare avgörande för om screening av kvinnan kommer genomföras. Lutgendorf (2019) belyser även vårdpersonalens attityd och rädsla för att kränka patienterna som ett möjligt hinder för screening av patienter. När vårdpersonal använder sig av screeninginstrument ökar chanserna till att identifiera våldsutsatta kvinnor. Enligt Lutgendorf (2019) har det visat sig att det flesta våldsutsatta kvinnor föredrar screeningmetoder som genomförs själv så som enkät med frågor snarare än de metoder där frågorna ställs ansikte mot ansikte. Det finns därav flera screeningverktyg med olika tillvägagångssätt att använda sig av för att identifiera våldsutsatta kvinnor. Vilken metod som kommer att användas kan bero på vilket verktyg som vårdpersonalen känner sig tryggast med och vad som kan tänkas passa kvinnan bäst. Ett exempel på ett screeningverktyg att använda är HITS, som står för Hurt, Insult, Threaten, Scream. HITS är ett frågeformulär som den våldsutsatta själv får fylla i, formuläret består av 4 frågor som besvaras med en skala från ett till fem beroende på hur frekvent våldet är. Sherin m.fl., (1998) beskriver att siffrorna sedan omvandlas till poäng mellan fyra och tjugo och en siffra över tio innebär att kvinnan utsätts för våld.

Teoretisk utgångspunkt

Miljö

Definition av det vårdvetenskapliga begreppet miljö innehåller flera begrepp som den fysiska miljön, vårdmiljön, omgivningen och den psykosociala, emotionella, sociala, livsvärlden. Miljö begreppet har utvecklats mot ett mer holistiskt helhetsperspektiv där både den inre och yttre miljön påverkar människan. I rätt miljö underlättas det goda vårdmötet att äga rum och ett omvårdande samtal kan föras (Ylikangas, 2012). Begreppet miljö innehåller många olika delar som kan vara av betydelse för våldsutsatta kvinnor. Hemmiljön där kvinnan befinner sig bakom stängda dörrar är privat och oviss för utomstående och utan insyn om vad som sker. Det är där det mesta våldet utspelar sig. Är vårdmiljön stressig, hotfull och stökig med stressade människor runtomkring får det den vårdsökande kvinnan att sluta sig och inte berätta mer än det absolut nödvändiga kring vad som frågas (NCK, 2023e). Vårdmiljön skall skapa trygghet och ge lugn och ro till såväl vårdgivare som vårdtagare. Fysiska miljön bör vara lugn och atmosfären utstråla en betryggande omvårdande miljö i linje med ett holistiskt tänkande. Den emotionella psykosociala miljön skall främja trygghet (Ylikangas, 2012).

Vårdpersonal måste vara medveten om att kvinnan nästan alltid känner att hon befinner sig i underläge som hjälpsökande. Uppläsa kvinnan om vanliga reaktioner som en följd av olika former av övergrepp och vilket stöd som går att få är viktigt. Det kan utgöra en stor påfrestning att anmäla sig i receptionen, sitta länge i väntrummet före en undersökning eller ett förhör, genomgå detaljerade utfrågningar om händelseförloppet och fysisk undersökning med provtagning samt fotografering (NCK, 2023b).

Miljön kan påverka både patienter och vårdpersonal beskriver Kieft m.fl. (2014). Den fysiska miljön där det är rent, lugnt, välorganiserat, harmoniskt ger en tryggare känsla än om det är stökigt, högljutt och smutsigt. Det är i själva mötet mellan patient och vårdpersonal som förtroende och tillit skapas. Kringliggande faktorer påverkar dock till viss del. Musik, konst, växter kan ha en lugnande positiv inverkan på vissa medan andra ogillar och störs av det. Att

se helheten på ett holistiskt synsätt där både människa, kropp, sinne och själ tas i beaktande är numera en mer tydlig och användbar åskådning i det personcentrerade omvårdnadsarbetet med patienten. Vårdmiljön runt patienten behöver vara trygg och lugn såväl fysiskt som psykiskt, genom att avsätta tid för att genomföra ett samtal där kommunikation når fram (Kieft m.fl., 2014). Florence Nightingale påtalade vikten av god vårdmiljö där både ren miljö, inget oväsen och estetisk miljö är fördelaktigt för patientens tillfriskande. Läkning sker såväl kroppsligt som själsligt och omväxling, variation och naturen är faktorer som bidrar positivt (Nightingale, 1989).

Vårdande kommunikation

Definition av det vårdvetenskapliga begreppet vårdande kommunikation innebär att ett utbyte och en tolkning av information sker mellan människor och en kontakt sker med empati och kunskap där berättelsen delas och görs gemensam. I patient- och vårdgivarrelationen är vårdande kommunikation viktigt för problemlösning tillsammans för att minska lidande. Sjuksköterskan ska bjuda in till ett gemensamt respektfullt samtal. Det första mötet är viktigt då grunden till förtroende skall byggas och tillit inges mellan sjuksköterska och patient (Fredriksson, 2012). NCK (2023a) menar att om inte frågan om våld i nära relation ställs och inte innebörden beskrivs så kan det förbli outtalat. Viktigt är också att upplysa patienten om vad som kan ingå i begreppet våld i nära relationer då både fysiskt, sexuellt och psykiskt våld förekommer med delar som verbala kränkningar, misshandel, hot och trakasserier. Enligt NCK (2023a) visar studier att kvinnan sällan själv tar upp ämnet våld i nära relationer men om frågan ställs besvarar kvinnan lättare sjuksköterskans fråga. Det viktiga är att sjuksköterskan talar med patienten i enrum. Många uppskattar om det framgår att alla patienter får frågan på rutin eftersom det handlar om ett omfattande folkhälsoproblem. Ibland kan det vara bra att börja med lite mer allmänna frågor innan frågor om våld ställs. Både direkta och indirekta frågor fungerar väl. Eftersom inte alla har en klar bild av vad våld kan vara, betyda och innehålla är det också viktigt att komma med faktiska exempel (NCK, 2023a).

Är kvinnan själv under samtalet när frågan om våld i nära relation kommer bör även följderna och konsekvenserna tas hänsyn till inför kvinnans hemgång och säkerhet. Finns det barn, husdjur eller hur ser familjesituationen ut. I de vårdmöten där misstanke om våld väcks kan ett uppföljande möte med exempelvis provtagning och rutinundersökning erbjudas enbart till kvinnan i de fall där partner är med under besöket. Erbjudandet ska ges till kvinnan utan att väcka misstankar hos partnern för att inte äventyra kvinnans säkerhet. Personcentrerat samtal där god kommunikation uppstår är avgörande i mötet med den våldsutsatta kvinnan för att bygga förtroende, tillit och trygghet att öppna sig (Socialstyrelsen, 2023). Under det vårdande samtalet bör etik och personcentrering vara centralt med en inkännande förståelse och utan att döma i vad som framkommer. Med förmågan att sätta sig in i någon annans känslor och perspektiv ger det en bredare och djupare förmåga till att hjälpa och förstå den andres situation. Lyssna och ge patienten tid att formulera sina tankar och känslor och sätta ord på dem är viktigt. Genom att ställa öppna frågor kunna tydliggöra och fånga in och förklara vad som menas underlättar samtalet (Öhlén & Friberg, 2023).

Problemformulering

Våld mot kvinnor är ett allvarligt problem som förekommer över hela världen. I de flesta fall besöker våldsutsatta kvinnor vården av andra skäl än att de har utsatts för våld. När den vårdsökande kvinnan besöker vården sker det första mötet i de flesta fall med en sjuksköterska men tyvärr identifieras inte alltid våldsutsatta kvinnor av hälso- och sjukvårdspersonal under vårdmötet. Idag har flertalet sjuksköterskor inte kunskap kring att känna igen och identifiera våldsutsatta kvinnor. Flera faktorer bidrar till att sjuksköterskor inte frågar om våld bland annat

tidsbrist och bristande rutiner inom verksamheten. Som ett resultat av att vårdpersonal inte rutinmässigt screenar alla patienter finns en ökad risk att kvinnor som utsätts för våld inte identifieras. Litteraturstudien syftar till att sjuksköterskan skall få en ökad förståelse kring komplexiteten i att identifiera våldsutsatta kvinnor. En ökad förståelse är väsentlig för att sjuksköterskan på ett djupare plan skall kunna utveckla sin kompetens i att identifiera våldsutsatta kvinnor och minska kvinnornas lidande.

Syfte

Syftet med denna litteraturstudie var att beskriva sjuksköterskans erfarenheter av att identifiera våldsutsatta kvinnor.

Metod

Metoden som valts till detta examensarbete är en litteraturbaserad studie med analys av kvalitativa artiklar. Friberg (2017) beskriver litteraturstudie som sammanställda resultat av flera tidigare studier som satts ihop till en helt ny helhet. Kvalitativa studier anses som lämpligt att använda när erfarenheter och upplevelser ska undersökas (Friberg, 2017).

Litteratursökning

Arbetet inleddes med att göra inledande sökning för att få en uppfattning om hur mycket forskning det fanns att tillgå inom det valda ämnet. Till den egentliga litteratursökningen gjordes sökningar i de två databaserna Cumulative Index to Nursing and Allied Health Literature (CINAHL) och PsycInfo genom systematiska sökningar. I databasen CINAHL publiceras material inom framför allt omvårdnad medan i PsycInfo publiceras material inom psykologi (Willman m.fl., 2016). Passande sökord till ämnet togs fram och därefter söktes relevanta artiklar. Ämnesord som "Domestic violence", "Battered women" och "Intimate partner violence" användes vid sökningarna. Frassökning innebär att ordet sätts inom citationstecken, frassökningen användes när sökning med ord som ska hänga ihop gjordes så som "domestic violence". Trunkering beskriver Östlundh (2017) som ett sätt att använda för att kunna ska efter ordets alla böjningsformer. Trunkering användes vid sökning med Nurs* för att få fram fler sökresultat med ordets böjningar. Boolesk söklogik användes mot slutet av sökning. Boolesk söklogik är en metod för att få fram bra litteratururval. Östlundh (2017) belyser också att metoden innehåller flera olika sök-operatorer som till exempel AND och OR. Sök-operatorn AND används för att slå ihop sökord medan OR används mellan sökorden för att få ett större antal träffar (Östlundh, 2017).

I sökningarna gjorde författarna flera sökblock där OR användes, exempelvis gjordes ett sökblock av screening, detection och identification. Sökningen ser ut följande då ett sökblock med OR görs screening OR detection OR identification, artiklar som innehöll något av dessa ord visades i sökresultatet. Slutligen användes alla sökblock för att söka, men genom att lägga till AND mellan varje sökblock för att få med alla sökblock i sökning och få fram relevanta artiklar.

Efter den systematiska sökning gjordes avgränsningar, fyra avgränsningar användes för att få fram relevanta artiklar. Första avgränsningen var gällande året, artiklarna skulle vara publicerade mellan 20140101 samt 20231231. Peer Review, engelskt språk och vuxna var de tre sista avgränsningarna som användes.

Urval

Artiklarna till resultatet valdes noga ut, dels genom att de behövde besvara vårt syfte men också följa de inklusionskriterier som framtagits. Inklusionskriterierna innefattade att artiklarna skulle handla om sjuksköterskors erfarenheter, artiklarna fick utgå ifrån både specialistsjuksköterskor och allmänsjuksköterskor, innefatta kvinnor som blivit utsatta för våld, kvinnorna skulle vara i vuxen ålder och artiklarna skulle vara kvalitativa. De studier som exkluderas var de som primärt utgick ifrån andra yrkesgrupper samt studier som gällde män eller barn och ungdomar under 18 år. Artiklar där inte sjuksköterskors erfarenheter belystes valdes också bort. Författarna läste igenom titlarna för att se om någon av dem var relevanta för syftet. De som ansågs relevanta utifrån titeln lästes abstraktet på för att ta reda på om artikeln var aktuell för studien eller inte. I databasen CINAHL läste författarna 41 abstract varav 20 hela artiklar medan i databasen PsycInfo lästes 18 abstract och sju hela artiklar. Med hjälp av urvalsprocessen så togs åtta användbara artiklar fram varav fyra från CINAHL och fyra från PsycInfo. Dessa granskades med bedömningsmall av Brink och Larsson (2019) för kvalitativa artiklar (bilaga II). I alla artiklar bedömdes kvalitén vara hög. Artiklarna hade sitt ursprung ifrån Sverige, Jordanien, Spanien, Sydafrika (2), USA (2), Indien och alla utgick ifrån sjuksköterskors perspektiv.

Analys

Författarna valde att använda sig av femstegsmodellen som Friberg (2017) beskriver som ett sätt att använda sig av för att analysera de valda artiklarna. Det första steget i femstegsmodellen var att läsa igenom artiklarna flertalet gånger för att helheten skulle förstås. Författarna läste därför igenom artiklarna flertalet gånger både tillsammans och var för sig för att få en förståelse och ett sammanhang. Artiklarna fördes in i en översiktstabell för att få en kortare sammanfattning av artiklarnas olika delar (bilaga III). Artiklarna skrevs ut för att kategorisering av artiklarnas olika teman skulle kunna genomföras. Andra steget i modellen var att urskilja nyckelord i de valda artiklarnas resultatdel (Friberg, 2017). Författarna läste igenom alla artiklars resultat och plockade ut meningsenheter ur varje artikel. Dessa meningsenheter ansågs besvara studiens syfte och vara betydelsefulla att ha med i det kommande resultatet. Detta till följd av att Friberg (2017) beskriver steg tre som att en sammanställning av de olika resultaten i studierna ska ske. Sjuksköterskornas erfarenheter sammanställdes därför i detta steg utifrån artiklarnas resultat. I steg fyra skulle meningsenheterna jämföras med varandra för att skapa teman och subteman. Författarna använde sig av färgmarkeringar, varje enskild artikel fick varsin färg och erfarenheter färgmarkerades i varje artikel. Dessa klipptes därefter ut för att kunna urskilja likheter. I steg fem sammanställdes likheterna, likartade erfarenheter lades ihop och skapade nya teman. Det bildades två nya huvudteman samt sju subteman som presenterades i en tabell (tabell 1).

Resultat

Sjuksköterskors erfarenheter av att identifiera våldsutsatta kvinnor presenteras i litteraturstudien under två teman och sju subteman (tabell 1).

Tabell 1. Översikt av huvudteman och subteman

Huvudtema	Subtema
Sjuksköterskans egna barriärer i vårdmötet	<ul style="list-style-type: none">- Känsломässiga reaktioner i vårdmötet- Personliga erfarenheter påverkar sjuksköterskans förhållningssätt- Sjuksköterskans egna värderingar kan leda till negativ attityd
Hindrande faktorer för omvårdnad	<ul style="list-style-type: none">- Brist på kunskap och utbildning leder till osäkerhet- Hög arbetsbelastning leder till tidsbrist- Brist på tillit leder till otrygghet hos kvinnan- Bristande ansvar och rutiner

Sjuksköterskans egna barriärer i vårdmötet

Det första huvudtemat handlar om hur sjuksköterskans möjligheter av att identifiera våld påverkas av hennes personlighet samt individuella erfarenheter av våld i nära relationer. Identifiera våldsutsatta kvinnor kan innebära att det väcks olika känslor hos sjuksköterskorna. Dessa barriärer som sjuksköterskan bär med sig kan ge en påverkan både på miljön och den vårdanden kommunikationen i vårdmötet. Genom att sjuksköterskan kan möta kvinnan med en negativ attityd och förutfattade åsikter kan miljön och kommunikationen påverkas negativt något som kan leda till att kvinnan inte känner sig trygg och vill öppna upp sig och visa sin sårbara sida. Sjuksköterskans rädslor för att göra fel kan leda till att frågor om våld inte ställs och den vårdande kommunikationen påverkas till det sämre eller också uteblir helt.

Känsломässiga reaktioner i vårdmötet

I mötet med våldsutsatta kvinnor upplevde sjuksköterskor känslor av obekvämheter och osäkerhet. Sjuksköterskor uttryckte en rädsla för att inte veta hur de ska bemöta informationen från den våldsutsatta kvinnan (Briones-Vozmediano m.fl., 2022; Sundborg m.fl., 2017). Manliga sjuksköterskor beskrev rädslan över att vara man i mötet med den våldsutsatta kvinnan, dels över att han var en man som kan utföra våld men också över hur kvinnan och våldsutövaren skulle se på honom som sjuksköterska (van Wyk & van der Wath., 2015). Sjuksköterskorna beskrev att samhället ser våld i nära relationer som ett tabubelagt och hemlighetsfullt ämne. Sjuksköterskor var rädda för att göra fel, skämma ut sig eller gå för långt i mötet med den våldsutsatta kvinnan genom att ställa frågan om våld (Sundborg m.fl., 2017; Wyatt m.fl., 2019). När de våldsutsatta kvinnorna berättade om sina upplevelser uttryckte sjuksköterskorna att de hade svårt att kontrollera sina känslor och de blev känsломässigt påverkade (Briones-Vozmediano m.fl., 2022; Poreddi m.fl., 2020; van Wyk & van der Wath., 2015). I flertalet fall valde sjuksköterskor att inte ställa frågan till kvinnorna då de var rädda för att känslorna som uppstod skulle ha en för stor personlig inverkan på dem (Briones-Vozmediano m.fl., 2022; Sundborg m.fl., 2017). Sjuksköterskorna bar på skuld-känslor gentemot de våldsutsatta kvinnorna till följd av att de inte hade screenat dem för våld och kunde hjälpa kvinnorna vidare (Al-Natour m.fl., 2016; Poreddi m.fl., 2020).

Personliga erfarenheter påverkar sjuksköterskans förhållningssätt

Sjuksköterskor beskrev hur deras tidigare erfarenheter kunde påverka mötet med den våldsutsatta kvinnan. Sjuksköterskornas förmåga att hjälpa och kommunicera med kvinnorna

kunde färgas av vad sjuksköterskorna personligen blivit utsatta för (Sprague m.fl., 2017; Sundborg m.fl., 2017).

Tidigare erfarenheter har bevisligen flertalet blandade fördelar i att identifiera våldsutsatta kvinnor. Sjuksköterskor beskrev att de lär sig att känna igen signaler och symtom utan att kvinnan uppvisar tecken på våldsutsatthet vilket gav dem stöd i att fråga om våld i nära relationer (Sprague m.fl., 2017; Sundborg m.fl., 2017). Sjuksköterskor som hade tidigare erfarenhet av att möta våldsutsatta kvinnor var medvetna om att i de flesta fall kommer kvinnorna inte att erkänna sin situation utan de söker vård till följd av andra åkommor. Sjuksköterskorna beskrev också att kvinnor som blivit utsatta för våld inte kommer att berätta om sin våldsutsatthet förrän frågan om våld ställs (Briones-Vozmediano m.fl., 2022; Poreddi m.fl., 2020).

Både personliga och professionella erfarenheter visade sig vara en fördel för sjuksköterskorna vid screeningmomenten. Genom att screeningverktyg användes kom sjuksköterskorna att utvecklas i handhavandet av informationen som hade kommit fram (Al-Natour m.fl., 2015; Wyatt m.fl., 2019).

Sjuksköterskans egna värderingar kan leda till negativ attityd

Sjuksköterskor borde kunna gå in i en professionell yrkesroll. I de fall där sjuksköterskor hade konservativa åsikter, en annan ideologi eller skyllde på kvinnan gällande våld i nära relationer kom kvinnan att sluta sig och sökte aldrig mer hjälp igen (Al-Natour m.fl., 2016; Briones-Vozmediano m.fl., 2022). En annan ideologi kunde innebära svårigheter i mötet om sjuksköterskan ansåg att våld i nära relationer var en del av kvinnans liv då det sågs vara en del av kulturen och att kvinnorna inte kom att avslöja våldet ändå. Till följd av att sjuksköterskorna hade denna inställning hindrades de ifrån att fråga kvinnor som tillhörde en annan kultur (Al-Natour m.fl., 2016; Sundborg m.fl., 2017). Sjuksköterskorna beskrev att genom användning av en icke dömande attityd kunde de ge kvinnan trygghet och stöd i mötet (Briones-Vozmediano m.fl., 2022; Sundborg m.fl., 2017). Sjuksköterskor beskrev en negativ attityd gentemot kvinnor som gick tillbaka till den våldsutövande partnern. Sjuksköterskor hade svårt att acceptera kvinnans beslut och skyllde på kvinnan för våldet. Normer som sjuksköterskor uttryckte var att kvinnan måste ha gjort något, varit en dålig mamma eller att kvinnan fick skylla sig själv som gick tillbaka till våldsutövaren (Briones-Vozmediano m.fl., 2022).

Hindrande faktorer

Resultatets andra huvudtema handlar om vilka faktorer som kan påverka möjligheten och förhindra till identifiering av våldsutsatta kvinnor som besöker vården. De subteman som identifierades var: brist på kunskap och utbildning leder till osäkerhet, hög arbetsbelastning leder till tidsbrist, brist på tillit leder till otrygghet hos kvinnan och bristande ansvar och rutiner leder till bristfällig våldshantering.

Brist på kunskap och utbildning leder till osäkerhet

Kunskap och utbildning var en faktor som sjuksköterskor beskrev som bristande och något som ledde till en osäkerhet hos dem. Flertalet sjuksköterskor uttryckte att de inte hade fått tillräckligt med utbildning inom ämnet på sin arbetsplats men inte heller under sin studiegång (Al-Natour m.fl., 2016; Wyatt m.fl., 2019). I följd med att sjuksköterskorna inte hade tillräckligt med kunskap bar de på en osäkerhet om hur de skulle ställa frågan om våld till kvinnan (Briones-Vozmediano m.fl., 2022; Poreddi m.fl., 2020; Williams m.fl., 2017; Wyatt m.fl., 2019). Det var först när det fanns tydliga tecken på våldsutsatthet så som blåmärken som sjuksköterskorna vågade ställa frågan (Sprague m.fl., 2017; Sundborg m.fl., 2017). Ställa frågor på rätt sätt

menade sjuksköterskorna vara viktigt men trots detta så ansåg de att frågorna inte alltid ställdes på rätt sätt till följd av deras okunskap vilket kunde få negativa konsekvenser för kvinnan (Briones-Vozmediano m.fl., 2022; Wyatt m.fl., 2019). Sjuksköterskorna ansåg att det saknades möjligheter till utbildning, de hade ett önskemål om mer och kontinuerlig utbildning inom screening och bemötande av våldsutsatta kvinnor (Al- Natour m.fl., 2016; Briones-Vozmediano m.fl., 2022; Poreddi m.fl., 2020). Det visade sig också att sjuksköterskor tappade kunskap om våld i nära relationer och motivation i arbetet när utbildningar och träning uteblev på grund av ekonomiska nedskärningar (Al- Natour m.fl., 2016; Briones- Vozmediano m.fl., 2022; Poreddi m.fl., 2020; Sundborg. m.fl., 2017).

Hög arbetsbelastning leder till tidsbrist

Tidsbrist var en vanlig förekommande faktor som hindrade sjuksköterskorna från att kunna identifiera våldsutsatta kvinnor. Det visade sig att sjuksköterskor ofta valde att inte fråga om våld på grund av att det upplevdes som tidskrävande och att de inte hade tillräckligt med tid för att genomföra en ordentlig screening (Briones- Vozmediano m.fl., 2022; Poreddi m.fl., 2020; Williams m.fl., 2017; Wyatt m.fl., 2019). Det framkom också att sjuksköterskor menade att den tunga arbetsbelastningen spelade en avgörande roll i att hindra dem från att identifiera kvinnor som kunde vara våldsutsatta, särskilt i de fallen där enbart misstankar om våld fanns utan några tydliga fysiska tecken. Kvinnor som behövde extra uppmärksamhet och tid för att berätta om sin situation blev ofta förbisedda på grund av bristande tid. Lyssna på patienternas berättelser ansågs vara alltför tidskrävande och prioriterades därmed bort (Briones-Vozmediano m.fl., 2022; Poreddi m.fl., 2020). Sjuksköterskorna tyckte inte att det var deras ansvar att identifiera våldsutsatta kvinnor och ansåg därför att de inte behövde lägga tid på andra åtgärder än de rent praktiska, medicinska och att ta hand om patienters hygien. Sjuksköterskorna menade att de redan hade många andra uppgifter att ta hand om och att det inte var meningen att deras tid skulle ägnas åt att fråga kvinnor om de har blivit utsatta för våld (Al- Natour m.fl., 2016; Poreddi m.fl., 2020; Sundborg m.fl., 2017).

Personalbrist med nedskärningar i budgeten resulterade i högre arbetsbelastning för sjuksköterskan vilket inte gav utrymme för mer än rutinuppgifter. Stöd från kollegor och en stöttande arbetsmiljö med handledning underlättade i arbetet med våld i nära relationer. (Sundborg m.fl.,2017; Poreddi m.fl., 2020).

Brist på tillit leder till otrygghet hos kvinnan

I mötet mellan sjuksköterskan och den våldsutsatta kvinnan var det oerhört viktigt att bygga ett förtroende och en tillit dem emellan (Briones- Vozmediano m.fl., 2022; Poreddi m.fl. 2020; Sundborg m.fl., 2017). Sjuksköterskor beskrev att under samtal med kvinnan var det viktigt att vara närvarande och att lyssna aktivt. Genom att lyssna och vara uppmärksam kunde ett förtroende och en tillit mellan sjuksköterskan och kvinnan växa fram. Minska otryggheten kunde göras genom att visa intresse och ta sig tid samt respektera kvinnan genom att visa empati (Briones- Vozmediano m.fl., 2022; Sundborg m.fl., 2017). Brist på tillit under vårdmötet kunde uppstå om det inte fanns en trygg miljö kring kvinnan där integriteten respekterades och samtalet skedde enskilt i enrum (Briones- Vozmediano m.fl. 2022; Poreddi m.fl., 2022; Sundborg m.fl., 2017; Williams,m.fl., 2017). Professionellt bemötande med empati som inger tillit var viktigt i mötet. Sjuksköterskan behövde känna sig trygg i mötet och sluta tveka gällande frågor om våld i nära relationer för att kvinnan skulle kunna känna tillit (Sundborg m.fl., 2017; Poreddi m.fl., 2020). Manliga sjuksköterskor uppgav att de vill få den våldsutsatta kvinnan att se på dem som vårdgivare och inte som förövare. Att vara manlig sjuksköterska upplevdes som svårt när det gällde att bemöta och vårda våldsutsatta kvinnor (Al-Natour m.fl., 2016; van Wyk & van der Wath., 2015).

Bristande ansvar och rutiner

Vid brist på riktlinjer och sjukhuspolicy uppstod en tvekan i att fråga om våld i nära relationer då sjuksköterskan inte visste vad de skulle göra med svaret eller vem de kunde vända sig till (Al-Natour m.fl., 2016; Sundborg m.fl., 2017; Poreddi m.fl., 2020). Fanns det rutiner så ställdes frågan om det förekommer våld i nära relationer och det underlättade för både sjuksköterskan och kvinnan när tydliga frågor fanns framtagna (Briones- Vozmediano m.fl., 2022; Poreddi m.fl., 2020). Sjuksköterskor uppgav att de kryssat ja i frågan om våld i nära relationer ställts fastän de aldrig frågat (Wyatt m.fl., 2019). Där screening av våld i nära relationer införts på rutin har synligheten kring problemet bland sjukvårdspersonal ökat (Briones- Vozmediano, 2022). Behov av rutiner och protokoll att följa efterfrågades av sjuksköterskor för att underlätta i frågandet om våld i nära relationer. Strategier under vårdmötet med att ställa raka frågor först på ett enkelt tydligt språk för att konversera med kvinnan hjälpte mer än att läsa innantill ur ett formulär (Briones- Vozmediano m.fl. 2022; Sundborg m.fl., 2017).

Det har visat sig att utan tydliga riktlinjer så kunde sjuksköterskan flytta över ansvaret till läkare eller socialtjänst. Om rutinfrågor fanns att tillgå så underlättade det i mötet med kvinnan (Briones- Vozmediano m.fl., 2022; Sundborg m.fl., 2017). Okunskap i sjuksköterskans roll, ansvar och sjukhusets riktlinjer medförde brister i hanteringen av våld i nära relationer. Brist på förståelse och engagemang skapade en barriär i att effektivt hantera våld i nära relationer (Al- Natour m.fl., 2016; Briones- Vozmediano m.fl., 2022). Där våldsutsatthet framkom såg sjuksköterskan först till de fysiska skadorna och informerade läkare för att sedan dokumentera och lyssna tålmodigt och stötta kvinnan psykologiskt (Poreddi m.fl., 2020).

Samarbete och samverkan mellan instanser som sjukvård och kommuners socialtjänst efterfrågades bland sjuksköterskorna. Koordinerade insatser mellan polis, hälsovårds- och socialtjänstpersonal ansågs som främjande faktorer i agerandet att hjälpa våldsutsatta kvinnor (Briones- Vozmediano m.fl., 2022; Poreddi m.fl., 2020).

Diskussion

Resultatdiskussion

Studiens syfte var att beskriva sjuksköterskans erfarenheter av att identifiera våldsutsatta kvinnor. Författarna kommer nedan gå igenom och diskutera de viktigaste fynden från studiens resultat, tema för tema.

Sjuksköterskans egna barriärer i vårdmötet

I resultatet har det visat sig att emotionella barriärer är vanligt förekommande hos sjuksköterskor som möter våldsutsatta kvinnor i sin yrkesroll. Framträdande känslor benämndes vara osäkerhet, rädsla, skuldkänslor, ilska och obekvämheter. I mötet med kvinnor som berättar om sin våldsutsatthet beskriver sjuksköterskor hur de blir känslomässigt berörda. Hos manliga sjuksköterskor uppstod rädslan till följd av att de som män skulle omhändertaga en våldsutsatt kvinna som blivit utsatt för våld av en man. Rädsla identifierade också Häggblom och Möller (2006) som en vanlig känsla hos sjuksköterskor när de mötte våldsutsatta kvinnor. När starka känslor tog över hos sjuksköterskan kunde detta komma att försvåra omhändertagandet av kvinnan vilket också kunde speglas av sjuksköterskans tidigare erfarenheter. Tidigare erfarenheter visade sig kunna vara en fördel. Tidigare erfarenheter var till hjälp för sjuksköterskan, dels genom att de kunde känna igen tecken och visste hur många av kvinnorna tänkte. Exempelvis att de oftast inte berättade om våldet om de inte fick frågan. Häggblom och Möller (2006) beskrev i sin studie att sjuksköterskorna som hade tidigare erfarenheter hade en uppfattning om att kvinnans historia i många fall inte stämde överens med skadorna som fanns på hennes kropp eller med vad hon egentligen sökte hjälp för. I de fall där sjuksköterskan själv

hade varit utsatt för våld i nära relation kunde det leda till en större motivation att vilja hjälpa kvinnan ur relationen.

Sjuksköterskans förkunskaper och värderingar hade en betydande roll för hur bemötandet gentemot kvinnan kom att bli. Exempelvis hade det framkommit att sjuksköterskor ansåg att i flertalet religioner och kulturer fanns det en högre tolerans för våld i nära relationer och sjuksköterskorna vill inte skämma ut kvinnan genom att fråga om våld. Till följd av detta tvekade sjuksköterskorna att fråga om våld när de misstänkte att kvinnan tillhörde en sådan kultur. Det finns en signifikant skillnad mellan våld i nära relationer i Sverige och globalt. Sverige är jämfört med andra länder ett långt framskridet jämställt land till skillnad ifrån andra länder globalt så som Syrien och Afghanistan. Johnson-Latham (2019) beskrev hur manlig makt och prestige hade en påverkan på våld i nära relationer i de globala länderna. Kvinnosynen var långt ifrån den samma som i Sverige och männen hade i dessa länder en högre maktposition än vad kvinnorna hade. I Sverige finns en helt annan syn, kvinnor har samma rättigheter som män och det ska inte finnas någon skillnad mellan könen. Trots detta finns det fortfarande skillnader mellan könen och det förekommer våld i nära relationer i Sverige. För att sikta mot en hållbar utveckling världen över har FN tagit fram Agenda 2030 som består av 17 globala mål. Jämställdhet är mål nummer fem där syftet är att kvinnor och män ska ha samma rättigheter, villkor och möjligheter. Trots att jämställdhet är en mänsklig rättighet sker det kränkningar mot flickor och kvinnors rättigheter världen över, flickor gifts bort eller utsätts för könsstympning. Men med FN:s globala mål nummer 5 är alla världens ledare skyldiga att arbeta för flickors och kvinnors rättigheter att ha makt över sitt eget liv och få bestämma över sin egen kropp (Svenska FN-förbundet, 2018). Lutgendorf (2019) har som tidigare nämnt beskrivit att sjuksköterskornas attityd kunde vara ett hinder i mötet med våldsutsatta kvinnor. I studiens resultat framkom det att en del sjuksköterskor ansåg att kvinnorna också hade en ansvarig roll i att våldet hade utspelat sig genom exempelvis att kvinnan hade varit en dålig mamma.

Dahlborg Lyckhage (2015) menar att om man skulle se till vårdandets normer så kan sjuksköterskan gå in i mötet med den kvinnliga patienten med ett normativt förhållningsätt. Till följd av detta kan kvinnan ses som ett objekt då sjuksköterskan väljer att inte fråga kvinnan om hennes egna berättelse om vem hon är som person. Sjuksköterskan kan också gå in med en stereotyp föreställningen så som hur en kvinna bör leva eller bete sig, något som också framkom i vårt resultat. Sjuksköterskan ansåg i vårt resultat att en kvinna som inte har levt så som hon bör göra, behöver inte sjuksköterskan lyssna och tar hänsyn till. Sjuksköterskan har en makt i mötet med patienten och behöver därför sträva efter att minska maktskillnaderna mellan sjuksköterska och patient. När kvinnan blir bemött av sjuksköterskan med normativa och stereotypa föreställningar kan det leda till en sämre vårdmiljö där den vårdande kommunikationen kan bli lidande. Även Al-Natour m.fl., (2014) beskrev att sjuksköterskor hade oprofessionella åsikter om våld i nära relationer. De jordanska sjuksköterskorna tyckte att kvinnorna valde att vara offer för våld i nära relation, att det var kvinnornas personligheter som gjorde dem till offer och att det både var kvinnan och våldsutövaren som var ansvariga för våldet.

Hindrande faktorer

Det var ofta fler än en orsak till att det brister i hantering och uppföljning av våld i nära relationer såsom både tidsbrist, hög arbetsbelastning och bristande rutiner eller otydlig ansvarsfördelning inom sjuksköterskans omvårdnadsområde.

Brist på kunskap och utbildning ledde till osäkerhet framkom det i resultatet. Att vara påläst och ha tillgodosett sig med den senaste evidensbaserade kunskapen är en del av sjuksköterskans ansvarsområde inom omvårdnad och i sin yrkesroll (SSF, 2023). Flera sjuksköterskor påtalade

en kunskapsbrist och en önskan att utbilda sig inom området våld i nära relationer för att bli säkrare i sin yrkesroll i kontakt med den våldsutsatta kvinnan. Genom att ha tydliga rutiner att följa och screeningverktyg till stöd så kunde osäkerheten hos sjuksköterskan minska och kvinnan kunde få den hjälp hon behövde i sin situation som våldsutsatt. Sjuksköterskan kan också få stöttning när hon känner osäkerhet i sin profession genom att få omvårdnadshandledning. Detta innebär att man regelbundet i en grupp träffas och reflekterar samt får stöd av kollegor (SSF, u.å.)

Hög arbetsbelastning ledde till tidsbrist vilket synliggjordes i resultatet. Att ta sig tiden att fråga finns inte alltid då arbetsbelastningen är alltför stor. Det fysiska omhändertagandet gick först och den psykosociala omsorgen fick komma i andra hand. Vilket innebar att prioriteringen av omhändertagandet blev en stor risk för att missa våld i nära relationer på grund av tidsbrist och personalbrist (Baig, 2012). Sjuksköterskor ansåg att det var tidskrävande att fråga om våld i nära relationer och att tid för djupare samtal inte prioriterades lika högt som mer praktisk omvårdnad. Vid yttre fysiska synliga tecken på våld frågade allt oftare sjuksköterskan om kvinnan var våldsutsatt än om det inte fanns några tecken på yttre skador. Ansvarsfördelningen på arbetsplatsen var oklar och då ansåg sjuksköterskan inte att det är hennes uppgift att fråga utan att det är någon annans ansvar att göra detta.

Brist på tillit under vårdmötet ledde till otrygghet hos kvinnan. Första mötet var viktigt i etablerandet av en trygg kontakt och brister det då både i tid, enskildhet och i hantering kan tillit inte uppnås (Fredriksson, 2012). Det är viktigt med ett personcentrerat bemötande i omvårdnaden för att etablera en relation och skapa tillit (SSF, 2022).

I resultatet framkommer det att en arbetsmiljö som är lämpad för att kunna utöva en god och säker vård är lagstadgad (SFS 2017:30). Men i verkligheten påverkar flera faktorer som stress, arbetsbelastning, ekonomi, tidsbrist och lokalernas rent praktiska utformning huruvida den goda omsorgen och omvårdnaden kan ske och tillämpas. Till följd av dessa omständigheter möter sjuksköterskan flera utmaningar i att kunna utöva och tillämpa sina kärnkompetenser i personcentrerad omvårdnad och i arbetet med att säkerställa en trygg och säker vård för kvinnan. Tillit under vårdmötet kunde inte fastställas då ett samtal i enrum inte alltid kunde tillämpas. Tidsbrist påverkade vårdmiljön negativt då det inte fanns avsatt tid att lyssna och samtala (SSF, 2023).

I en stressad miljö med mycket människor och hög ljudnivå finns sällan plats och tid att få den avskildhet och lugn som krävs för att inleda ett djupare känsligare samtal om våld i nära relationer. Genom god väl tillämpad kommunikation med väl avsatt tid och där kompetens finns hos sjuksköterskan som i sin professionalism inger förtroende och tillit till kvinnan kan en trygg relation byggas upp (Öhlén & Friberg, 2023). Resultatet påvisade en förståelse och kunskap hos sjuksköterskan kring det viktiga samtalet och vikten av en tillitsfull relation. Vikten av att inge lugn och visa empati är grundläggande i tillitsbyggandet. Respekt gentemot kvinnan är också viktigt i samtalet när våld i nära relationer tas upp (Kieft m.fl., 2014). Det visade sig dock också att det var det svårt att etablera kunskap i praktiken. Med begränsad tillgång till en lugn miljö och där det är en hög arbetsbelastning begränsades genomförandet av samtal. Den höga arbetsbelastningen som sjuksköterskor i många verksamheter påverkar inte bara mötet med kvinnan utan också henne själv. I en artikel av Asp m.fl., (2017) framkommer det att en hög arbetsbelastning har visat sig kunna leda till att sjuksköterskan drabbas av samvetsstress. Samvetsstressen uppkommer främst till följd av att sjuksköterskorna upplever att dom inte kan genomföra deras arbetsuppgifter så som att ge en god vård till patienterna på det sätt som dom hade önskat. Man kan därför anse att arbetsbelastningen har en stor inverkan

på sjuksköterskans hälsa och är en stor bidragande faktor till att de upplever ohälsa och lämnar yrket.

Teamsamverkan där tydlig omvårdnadskompetens och ansvarsfördelning finns ger sjuksköterskan en trygghet i hanteringen av den våldsutsatta kvinnan. Genom samarbete mellan professioner och inom teamet med god kommunikation och konsultation blir yrkesutövandet säkrare och tryggare för både sjuksköterska och kvinna (SSF, 2023).

När ansvarsfördelningen var otydlig och inte fastställd i tydliga rutiner kunde det resultera i att ingen riktigt visste var ansvaret låg och ingen tog tag i frågan kring våld i nära relationer så föll den bort och adresserades aldrig ordentligt. Att i ett formulär kryssa i att man ställt frågan i ett fastän det inte gjorts visar på en tydlig brist i ansvar och i att följa rutiner men det är också moraliskt och lagligt oförsvarbart. Tydlighet behövs ifrån ledningen och samarbete över yrkesgrupper. Rutiner skall fastställas i enlighet med Socialstyrelsens (2023) riktlinjer och protokoll samt finnas på plats för att vara lättåtkomliga i det dagliga arbetet. På de platser där det fanns tydliga rutiner med fastställda frågor kring våld i nära relationer så ställdes frågan oftare och sjuksköterskan kände sig tryggare med hanteringen av våldsutsatta kvinnor. Enligt Hälso- och sjukvårdslagen (2017:30) skall ansvar och samarbete vara tydligt beskrivet. Trots detta så förekommer en osäkerhet i vems ansvaret är och vart sjuksköterskorna kan vända sig eller hänvisa vidare vid behov av hjälp och stöd i den fortsatta hanteringen av en våldsutsatt kvinna. Enligt Baig (2012) efterfrågades samarbete mellan vård och socialtjänst och när ett nära samarbete fanns så blev hanteringen allt bättre för den våldsutsatta kvinnan i sin rätt till hjälp och stöd. Det krävs mer organisatoriska förändringar som mer tid till patientbesök, mer personaltäthet, institutionella förändringar och implementering av protokoll för våld i nära relationer i vårdmiljöer.

Metoddiskussion

Till en början övervägde författarna att göra en litteraturöversikt där både kvalitativa och kvantitativa vetenskapliga artiklar skulle användas. Anledningen till detta var att författarna önskade undersöka statistiskt hur mycket kunskap sjuksköterskorna hade inom detta ämne. Detta hade resulterat i bredare litteratursökningar och att fler sjuksköterskor varit inkluderade i studierna. Men efter att författarna insåg att de bara var intresserade av att ta reda på erfarenheter, beslutades det att genomföra en litteraturstudie. Syftet med studien var att ta reda på sjuksköterskors erfarenheter av att identifiera våldsutsatta kvinnor, därav anses användning av studier med kvalitativ metod som relevant. Analysen är gjord utifrån Fribergs (2017) femstegsmodell vilket stärker att resultatet tagits fram lämpligt.

För att ta fram relevanta artiklar till vårt resultat användes två databaser dessa var CINAHL och PsycInfo som är relevanta utifrån vårt syfte. Att använda sig av flera databaser ger en högre trovärdighet i studien då de ger en ökad mängd av artiklar (Willman m.fl., 2016). Med hjälp av passande sökord gjordes sökningar för att få fram relevanta artiklar. I CINAHL togs fyra artiklar fram och detsamma i PsycInfo där också fyra artiklar togs med samtliga bedömdes ha en hög kvalitet. De valda artiklarna är skrivna på engelska något som kan påverka det framtagna resultatet då författarnas modersmål är svenska. Därav kan viss språkförobistring förekomma men författarna har vid tveksamheter använt sig av Google Translate för att få en så korrekt översättning som möjligt. Andra svagheter som författarna anser kan vara en nackdel är att en artikel enbart har två deltagare. Dock är det relevant anser vi författare att få ett manligt perspektiv på upplevelser i mötet med våldsutsatta kvinnor, därav valdes artikeln till en del av resultatet. En annan svaghet kan upplevas vara att endast åtta artiklar togs ut till resultatet, det

fanns utrymme för författarna att inkludera två studier till. En litteratursökning i PubMed hade kunnat resultera i fler studier som besvarat vårt syfte och därav kunnat redovisas i vårt resultat. Till följd av att antalet studier som ansågs relevanta var begränsat hade en litteraturöversikt kunnat vara till en fördel trots allt. Vid en litteraturöversikt hade alla de tillgängliga och relevanta studierna kunnat användas oavsett vilken metod som använts i studien och gett ett bredare resultat. En annan svaghet gentemot artiklarna är att flertalet är utförda i länder med annan kulturell bakgrund där annan kvinnosyn råder. Detta kan samtidigt vara en styrka globalt sett då vårt resultat bygger på svar ifrån sjuksköterskor över hela världen.

Trovärdighet

Vi anser att studien är trovärdig efter att ha granskat artiklarnas kvalitet och identifierat viktiga komponenter som ska vara med. När författarna genomförde analysen av de valda artiklarna togs Fribergs femstegsmodell till hjälp för att få ett strukturerat tillvägagångssätt något som ökar trovärdigheten. Lundman & Hällgren Graneheim (2017) beskriver att trovärdigheten kan öka om det finns en röd tråd genom hela arbetet ifrån syfte och fram till slutsatserna. Författarna har jobbat med att bibehålla en röd tråd under processens gång, att bärande begrepp för arbetet har tagits fram och följt med genom hela arbetet. Författarna har också strävat efter att resultatet ska besvara det syfte som studien har. Därav anser författarna att studien är trovärdig utifrån det. Under arbetets gång ändrades teman och subteman för att få ett resultat som tydligt speglar de framkomna resultaten ur de åtta artiklarna som analyserades. Författarna har valt att enbart ta med sjuksköterskors erfarenheter i resultatet vilket leder till en ökad trovärdighet relaterat till att det endast är sjuksköterskors perspektiv som besvarar syftet.

Överförbarhet

Överförbarhet är hur väl resultatet kan överföras till ett annan grupp eller sammanhang (Polit & Beck, 2021). Artiklarna är sammanställda i Sverige, Jordanien, Spanien, Sydafrika, USA och Indien. Men oavsett vilket land som sjuksköterskorna arbetade i framkom det liknande känslor och brister så som tid, kunskap, rutiner och ansvar. Till följd av att vårt resultat är grundat på artiklar som gjorts globalt anser författarna att studien är överförbar till andra patientgrupper så som barn både internationellt och nationellt.

Forskningsetiska aspekter

Författarna av detta arbete har tidigare under sin utbildning på sjuksköterskeprogrammet blivit introducerade i ämnet men har ingen tidigare erfarenhet av att möta våldsutsatta kvinnor i vården. Men trots detta finns en förförståelse hos författarna till följd av medier. Förförståelsen kan komma att påverka studiens resultat exempelvis genom att vår förförståelse hade kunnat leda till att författarna endast valt artiklar som speglar deras åsikter. För att undvika detta har författarna hållit sig så neutrala som möjligt och fört en öppen dialog författarna emellan. Det valdes också att ta med både kvinnliga, manliga och andra kulturella perspektiv för att ta fram ett så neutralt resultat som möjligt. I högsta möjliga mån valdes artiklar som var etiskt godkända vilket uppnåddes i sex av åtta artiklar. I sex av artiklarna framgick tydlig beskrivning av den etiska granskningen medan i de andra två artiklarna är det inte tydligt beskrivet att de är etiskt granskade vilket skulle kunna vara en svaghet. Den etiska granskningen innebär att den ska vara granskad och godkänd enligt vissa kriterier ifrån en etisk kommitté så som Helsingforsdeklarationen. Ett av dessa kriterier är att deltagarna ska ha lämnat ett skriftligt informerat samtycke (World Medical Association, 2013). Samtliga artiklar är framsökta med peer-review avgränsning så styrker detta att artiklarna är vetenskapligt granskade och publicerade i en vetenskaplig tidskrift. Författarna ansåg att de två artiklarna besvarade syftet och valde att bortse ifrån den frånvarande etiska godkännandet av studierna.

Slutsatser

Det framkom i resultatet att flertalet faktorer exempelvis tidsbrist, kunskapsbrist, känslomässiga reaktioner kan komma att påverka sjuksköterskans arbete med att identifiera våldsutsatta kvinnor. Dessa faktorer resulterar i att sjuksköterskorna tvekar och inte frågar om våld till följd av exempelvis kunskapsbrist. Det visade sig att när sjuksköterskorna hade erfarenhet och kände sig trygga i situationen hade de lättare för att kunna identifiera våldsutsatta kvinnor. Utifrån dessa observationer kan slutsatsen att sjuksköterskor behöver mer kunskap och tydliga riktlinjer för att kunna utföra sitt arbete dras. Dessutom behöver verksamheterna ge stöd i form av tydliga riktlinjer och hjälpa sjuksköterskor att prioritera och avsätta tid för att identifiera våldsutsatta kvinnor. Detta är viktigt för att säkerställa att sjuksköterskor kan uppfylla sitt ansvar gentemot kvinnorna och erbjuda rätt stöd och vård till denna utsatta grupp. Men trots att vi har kommit så långt i världen med framtagna hållbarhetsmål som inkluderar jämställdhet så är det fortfarande en lång väg kvar innan vi kan uppnå detta.

Praktiska implikationer

Resultat i denna litteraturstudie visar tydligt på hinder och brister i sjuksköterskans omvårdnadshantering av våldsutsatta kvinnor. Vikten av kunskap och utbildning kring ämnet våld i nära relationer påtalas återkommande. Rutiner och protokoll att följa efterfrågas och ska finnas men det visar sig att även när det gör det så är tidsbrist, ansvarsfördelning och arbetsbelastning hinder till att de efterföljs. Brist i ledning, samordning och samarbete försvårar sjuksköterskans arbete i att hjälpa kvinnan. Sjuksköterskans roll som omvårdare kan vara emotionellt utmanande och då krävs goda kollegor och stöd av ledningen.

Samhällsperspektivet globalt sett kring synen på våldsutsatta kvinnor är ett stort problem där kulturella skillnader i kvinnoyn och jämställdhet försvårar och påverkar kvinnans rättigheter till en säker och trygg tillvaro i samhället och hjälp, stöd och insatser ifrån sjuksköterskan inom hälso- och sjukvården. På individnivå är våld i nära relationer alltid relevant, då det kan vara din mamma, syster, vän eller kollega som blir utsatt. Fortsatt utveckling av screeningverktyg och rutiner för att fånga in de utsatta krävs. Genom spridning av kunskap, utbilda och informera såväl patienter, personal och anhöriga kan sjuksköterskorna bryta tystnaden och tabun kring våld i nära relationer.

Förslag till fortsatt kunskapsutveckling inom sjuksköterskans kompetensområde

I vår kommande roll som sjuksköterska behöver vi en djupare kunskap när det gäller hur man tar upp ett ämne som våld i nära relationer. Samtalet är en viktig del i att identifiera och därav behövs mer kunskap hos oss kring vilka frågor man bör använda sig av i mötet. Vi anser också att vi behöver mer kunskap kring vad det finns för stödjande åtgärder att erbjuda och hur man ska gå vidare med svaret. Våld i nära relationer är ett ämne som tyvärr har visat sig brista kunskapsmässigt hos sjuksköterskor. Under examensarbetets gång har författarna fått förståelse om hur stor kunskapslucka det egentligen är inom ämnet. Kunskap om våld i nära relationer är som sjuksköterska viktigt att ha oavsett inom vilken vårdverksamhet man arbetar inom då de kan komma att träffa på kvinnor som är våldsutsatta inom all vårdverksamhet. För att förbättra kunskapen hos sjuksköterskor är ett första steg att utbilda sjuksköterskestudenter som är på väg ut i verksamheterna. Grundutbildningar inom identifiering av våldsutsatthet i sjukvårdsverksamheter bör införas varje år. Utbildningar inom våld i nära relationer är lika viktigt som att ha utbildning inom Hjärt-Lungräddning (HLR) och dessa utbildningar ska göras minst en gång om året. Sjuksköterskorna behöver framför allt få mer kunskap om hur våldet kan se ut, att alla kvinnor bör screenas för våld och även kring rutiner och tillvägagångssätt som ska finnas i verksamheterna. Sjuksköterskor behöver också bli mer normmedvetna för att kunna

ge en jämlik vård. Det behövs mer reflektion och handledning ute i våra verksamheter för att förbättra medvetenheten om samhällets normer. Författarna finner också ett intresse i att se en studie som grundar sig i svenska sjuksköterskors upplevelser och erfarenheter av att identifiera våldsutsatta kvinnor då som tidigare nämnt så skiljer sig kunskap och värderingar mellan olika länder. Även en implementeringsstudie av screening inom våld i nära relationer i den svenska sjukvården hade varit av intresse att kunna ta del av.

Referenser

*=Artiklar som utgör resultatet

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

*Al, 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. <https://doi.org/10.1111/inr.12302>

Asp, M., Wiklund Gustin, L., Almerud Österberg, S., Hörberg, U., Lindberg, E & Palmér L. (2017, 4 maj). Samvetsstress och dåliga villkor bakom sjuksköterskeflykten. *Dagens Nyheter*. <https://www.dn.se/debatt/samvetsstress-och-daliga-villkor-bakom-sjukskoterskeflykten/>

Baig, A. A., Ryan, G. W., & Rodriguez, M. A. (2012). Provider barriers and facilitators to screening for intimate partner violence in Bogotá, Colombia. *Health care for women international*, 33(3), 250–261. <https://doi.org/10.1080/07399332.2011.646368>

Belghiti-Mahut, S., Bergmann, N., Gärtner, M., Hearn, J., Gullvåg Holter, Ø., Hrženjak, M., Puchert, R., Scambor, C., Scambor, E., Schuck, H., Seidler, V., White, A & Wojnicka, K. (2013). *The role of men in gender equality: European strategies & insights* (VC/2010/0592) Publications Office. <https://data.europa.eu/doi/10.2838/14738>

*Briones-Vozmediano, E., Otero-García, L., Gea-Sánchez, M., De Fuentes, S., García-Quinto, M., Vives-Cases, C., & Maquibar, A. (2022). A qualitative content analysis of nurses' perceptions about readiness to manage intimate partner violence. *Journal of Advanced Nursing*, 78(5), 1448–1460. <https://doi.org/10.1111/jan.15119>

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

Dahlborg-Lyckhage, E., Lau, M. & Tengelin, E. (2015). Vårdandets normer – minskat handlingsutrymme för vårdare och patient. I E, Dahlborg-Lyckhage., G, Lyckhage., & E, Tengelin., (Red.) *Jämlik vård: normmedvetna perspektiv*. (s. 61–77). Studentlitteratur.

Eriksson, M. (2019) Särskild sårbarhet - våldsutsatta kvinnor och barn som upplever våld. I G, Heimer., A, Björck., U, Albért & Y, Haraldsdotter (Red.), *Våldsutsatta kvinnor - samhällets ansvar*. (4:e uppl., s. 97–127). Studentlitteratur.

European Institute for Gender Equality. (2014). *Estimating the costs of gender-based violence in the European Union*. EIGE. https://eige.europa.eu/publications-resources/publications/estimating-costs-gender-based-violence-european-union-report?language_content_entity=en

Fredriksson, L. (2012). Vårdande kommunikation. I L. Wiklund Gustin, & I. Bergbom (Red.) *Vårdvetenskapliga begrepp i teori och praktik*. (s.321–334). Studentlitteratur.

Friberg, F. (2017). Att bidra till evidensbaserad omvårdnad med grund i analys av kvalitativ forskning. I F. Friberg. (Red.). *Dags för uppsats: vägledning för litteraturbaserade examensarbeten*. (3:e uppl., s. 129–139). Studentlitteratur.

HSLF-FS 2022:39. Gemensamma författningssamlingen avseende hälso- och sjukvård, socialtjänst, läkemedel, folkhälsa m.m. Socialstyrelsen. (2022).
<https://www.socialstyrelsen.se/globalassets/sharepoint-dokument/artikelkatalog/foreskrifter-och-allmanna-rad/2022-6-7967.pdf>

Hägglblom, A. M., & Möller, A. R. (2006). On a life-saving mission: Nurses' willingness to encounter with intimate partner abuse. *Qualitative health research*, 16(8), 1075–1090.
<https://doi.org/10.1177/1049732306292086>

Johnsson-Latham, G. (2019) Mäns våld mot kvinnor i ett globalt perspektiv. I G, Heimer., A, Björck., U, Albért & Y, Haraldsdotter (Red.), *Våldsutsatta kvinnor - samhällets ansvar*. (4:e uppl., s. 21–56). Studentlitteratur.

Jämställdhetsmyndigheten. (2023a). *Del mål 6: Mäns våld mot kvinnor ska upphöra*.
<https://jamstalldhetsmyndigheten.se/jamstalldhet-i-sverige/delmal-6-mans-vald-mot-kvinnor-ska-upphora/>

Jämställdhetsmyndigheten. (2023b). *Nationell strategi för att förebygga och bekämpa mäns våld mot kvinnor*.
<https://jamstalldhetsmyndigheten.se/fakta-om-jamstalldhet/nationell-strategi-for-att-forebygga-och-bekampa-mans-vald-mot-kvinnor/>

Kieft, R. A., de Brouwer, B. B., Francke, A. L., & Delnoij, D. M. (2014). How nurses and their work environment affect patient experiences of the quality of care: a qualitative study. *BMC Health Services Research*. 14, Artikel 249. <https://doi.org/10.1186/1472-6963-14-249>

Lutgendorf M. A. (2019). Intimate Partner Violence and Women's Health. *Obstetrics and gynecology*, 134(3), 470–480. <https://doi.org/10.1097/AOG.0000000000003326>

Lundman, L. & Hällgren Graneheim, U. (2017). Kvalitativ innehållsanalys. I B., Höglund Nielsen & M., Granskär. (Red.) *Tillämpad kvalitativ forskning inom hälso- och sjukvård*. (3:e uppl., s. 219 – 234.) Studentlitteratur.

Moser Hällen, L & Sinisalo, E. (2018). Varför ska vi fråga om våldsutsatthet? I E, Sinisalo & L, Moser Hällen. (Red.), *Våld i nära relationer*. (s. 89–97). Liber.

Nationellt centrum för kvinnofrid. (2022). *Uppbrottsprocessen*.
<https://www.nck.uu.se/kunskapsbanken/amnesguider/vald-i-nara-relationer/uppbrotsprocessen/>

Nationellt centrum för kvinnofrid. (2023a). *Att ställa frågan om våld*.
<https://www.nck.uu.se/kunskapsbanken/amnesguider/halso-och-sjukvardens-ansvar/att-stalla-fragan-om-vald/>

Nationellt centrum för kvinnofrid. (2023b). *Bemötande och behandling av personer som utsatts för våld*

<https://www.nck.uu.se/kunskapsbanken/amnesguider/halso-och-sjukvardens-ansvar/bemotande-och-behandling/>

Nationellt centrum för kvinnofrid. (2023c). *Istanbulkonventionen*.

<https://www.nck.uu.se/kunskapsbanken/amnesguider/mans-vald-mot-kvinnor-ett-globalt-perspektiv/istanbulkonventionen/>

Nationellt centrum för kvinnofrid. (2023d). *Kostnader för mäns våld mot kvinnor*.

<https://www.nck.uu.se/kunskapsbanken/amnesguider/vald-i-nara-relationer/valdets-kostnader/>

Nationellt centrum för kvinnofrid. (2023e). *Våld i nära relationer*.

<https://www.nck.uu.se/kunskapsbanken/amnesguider/vald-i-nara-relationer/vald-i-nara-relationer/>

Nationellt centrum för kvinnofrid. (2023f). *Våldets uttryck och mekanismer*.

<https://www.nck.uu.se/kunskapsbanken/amnesguider/vald-i-nara-relationer/valdets-uttryck-och-mekanismer/>

Nightingale, F. (1989). *Anteckningar om sjukvård: -ur vårt tidsperspektiv*. (Ny uppl., med tillägg). Artemis.

Nordborg, G. (2019) Mäns våld mot kvinnor. I G, Heimer., A, Björck., U, Albért & Y, Haraldsdotter (Red.), *Våldsutsatta kvinnor - samhällets ansvar*. (4:e uppl., s. 57–95). Studentlitteratur.

Polit, D. F., & Beck, C. T. (2021). *Nursing research: generating and assessing evidence for nursing practice* (11:e uppl.). Wolters Kluwer Health.

*Poreddi, V., Gandhi, S., S, S. N. R., Palaniappan, M., & BadaMath, S. (2020). Violence against women with mental illness and routine screening: Nurses' knowledge, confidence, barriers and learning needs. *Archives of Psychiatric Nursing*, 34(5), 398–404.

<https://doi.org/10.1016/j.apnu.2020.07.015>

Sardinha, L., Maheu-Giroux, M., Stöckl, H., Meyer, S. R., & García-Moreno, C. (2022). Global, regional, and national prevalence estimates of physical or sexual, or both, intimate partner violence against women in 2018. *Lancet (London, England)*, 399(10327), 803–813.

[https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(21\)02664-7](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(21)02664-7)

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

SFS 2009:400. *Offentlighets- och sekretesslag*. https://www.riksdagen.se/sv/dokument-och-lagar/dokument/svensk-forfattningssamling/offentlighets-och-sekretesslag-2009400_sfs-2009-400/

SFS 2010:659. *Patientsäkerhetslag*. https://www.riksdagen.se/sv/dokument-och-lagar/dokument/svensk-forfattningssamling/patientsakerhetslag-2010659_sfs-2010-659/

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

SFS 2017:30. *Hälso- och sjukvårdslag*. https://www.riksdagen.se/sv/dokument-och-lagar/dokument/svensk-forfattningssamling/halso--och-sjukvardslag_sfs-2017-30/

Sherin, K. M., Sinacore, J. M., Li, X. Q., Zitter, R. E., & Shakil, A. (1998). HITS: a short domestic violence screening tool for use in a family practice setting. *Family Medicine*, 30(7), 508–512.

https://www.researchgate.net/publication/13616105_HITS_A_short_domestic_violence_screening_tool_for_use_in_a_family_practice_setting

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

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

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

SOSFS 2014:4. (2014). *Våld i nära relationer. Föreskrifter och allmänna råd*.

<https://www.socialstyrelsen.se/globalassets/sharepoint-dokument/artikelkatalog/foreskrifter-och-allmanna-rad/2014-5-7.pdf>

*Sprague, C., Hatcher, A. M., Woollett, N., & Black, V. (2017). How Nurses in Johannesburg Address Intimate Partner Violence in Female Patients: Understanding IPV Responses in Low- and Middle-Income Country Health Systems. *Journal of Interpersonal Violence*, 32(11), 1591–1619. <https://doi.org/10.1177/0886260515589929>

*Sundborg, E., Törnkvist, L., Saleh-Stattin, N., Wändell, P., & Hylander, I. (2017). To ask, or not to ask: the hesitation process described by district nurses encountering women exposed to intimate partner violence. *Journal of Clinical Nursing*, 26(15–16), 2256–2265.

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

Svenska FN-förbundet. (2018). *Agenda 2030 och de globala målen för hållbar utveckling: ett informationsmaterial från svenska FN-förbundet*.

https://fn.se/wpcontent/uploads/2018/10/Infomaterial_Agenda3030_komprimerad.pdf

Svensk sjuksköterskeförening. (u.å.). *Handledning i omvårdnad (HiO) – sektion inom SSF*

<https://swenurse.se/sektioner/ochnatverk/sektionforhandledningiomedvårdnad.4.2064505d1721ddde1093927.html>

Svensk sjuksköterskeförening. (2022). *ICN:s etiska kod för sjuksköterskor*.

<https://swenurse.se/publikationer/icns-etiska-kod-for-sjukskoterskor>

Svensk sjuksköterskeförening. (2023). *Kompetensbeskrivning för legitimerad sjuksköterska*.

<https://swenurse.se/download/18.5b9522411887c8d873d5c38a/1686557116681/Kompetensbeskrivning%20legitimerad%20sjuksko%CC%88terska.pdf>

Svensk sjuksköterskeförening. (2021). *Kunskapsområdet omvårdnad*. <https://swenurse.se/om-oss---profession-vision-politik/kunskapsområdet-omvardnad>

*van Wyk, N., & van der Wath, A. (2015). Two male nurses' experiences of caring for female patients after intimate partner violence: a South African perspective. *Contemporary nurse*, 50(1), 94–103. <https://doi.org/10.1080/10376178.2015.1010254>

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

Willman, A., Bahtsevani, C., Nilsson, R., & Sandström, B. (2016). Litteratursökning. I A. Willman, C., Bahtsevani, R., Nilsson, & B., Sandström. (Red.). *Evidensbaserad omvårdnad: en bro mellan forskning och klinisk verksamhet*. (4:e uppl., s. 67–90). Studentlitteratur.

World Health Organization. (2021). *Violence against women*. <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/violence-against-women>

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*. https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/85239/9789241564625_eng.pdf?sequence=1

World Health Organization. (2021). *Violence against women*. <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/violence-against-women>

World Medical Association. (2013). WMA Declaration of Helsinki – Ethical Principles for Medical Research Involving Human Subjects. <https://www.wma.net/policies-post/wma-declaration-of-helsinki-ethical-principles-for-medical-research-involving-human-subjects/>

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

Ylikangas, C. (2012). Miljö-ett vårdvetenskapligt perspektiv. I L. Wiklund Gustin, & I. Bergbom (Red.) *Vårdvetenskapliga begrepp i teori och praktik*. (s.265–277). Studentlitteratur.

Öhlén, J., & Friberg, F. (2023). Person-centred conversations in nursing and health: A theoretical analysis based on perspectives on communication. *Nursing Philosophy*, 24(3), Artikel e12432. <https://doi.org/10.1111/nup.12432>

Östlundh, L. (2017). Informationssökning. I F. Friberg. (Red.). *Dags för uppsats: vägledning för litteraturbaserade examensarbeten*. (3:e uppl., s. 59–82). Studentlitteratur.

Bilaga I

Systematisk sökning

Databas datum PsycInfo 231109	Sökord	Antal träffar	Lästa titlar	Lästa abstract	Lästa artiklar	Valda artiklar till resultatet
Sökning 1	Nurses	85,428				
Sökning 2	"Nursing role"	464				
Sökning 3	"Nurse- patient relations"	4,673				
Sökning 4	S1 OR S2 OR S3	85,460				
Sökning 5	"Domestic violence"	20,520				
Sökning 6	"Intimate partner violence"	18,643				
Sökning 7	"Battered women"	3,438				
Sökning 8	S5 OR S6 OR S7	33,952				
Sökning 9	Qualitative	241,905				
Sökning 10	S4 AND S8 AND S9	143				
Avgränsningar: Peer Reviewed; Published Date: 20140101– 20231231; English Language Age: All Adult		70	70	18	7	4

Databas datum CINAHL 231109	Sökord	Antal träffar	Lästa titlar	Lästa abstract	Lästa artiklar	Valda artiklar till resultatet
Sökning 1	(MH"Domestic violence")	10,556				
Sökning 2	(MH"Intimate partner violence")	12,887				
Sökning 3	S1 OR S2	21,864				
Sökning 4	Nurs*	960,834				
Sökning 5	Nursing	735,291				
Sökning 6	S4 OR S5	960,834				
Sökning 7	Screening	213,796				
Sökning 8	Identification	113,886				

Sökning 9	S7 OR S8	316,504				
Sökning 10	S3 AND S6 AND S9	503				
Avgränsningar: Peer Reviewed; Published Date: 20140101– 20231231; English Language Age: All Adult		77	77	21	9	2

Databas datum CINAHL 231109	Sökord	Antal träffar	Lästa titlar	Lästa abstract	Lästa artiklar	Valda artiklar till resultatet
Sökning 1	(MH"Intimate partner violence")	12,887				
Sökning 2	(MH"Battered women")	4,321				
Sökning 3	(MH"Domestic violence")	10,556				
Sökning 4	S1 OR S2 OR S3	22,663				
Sökning 5	(MH"Nursing role")	62,345				
Sökning 6	Nurses attitudes	76,483				
Sökning 7	S5 OR S6	131,433				
Sökning 8	S4 AND S7	661				
Avgränsningar: Peer Reviewed; Published Date: 20140101– 20231231; English Language Age: All Adult		76	76	20	11	2

Mall för kvalitetsbedömning av studie med kvalitativ metod

Följande mall för kvalitetsgranskning av studier med kvalitativ metod används. Mallen är utformad av Eva Brink och Inga Larsson (2019). Institutionen för hälsovetenskap, Högskolan Väst.

2023	Ja	Nej	Vet ej
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?			
Granskningens sammanvägda bedömning av artikelns kvalitet	Låg	Medel	Hög

Översikt av analyserad litteratur

Författare, titel, Årtal, Land	Problem och Syfte	Ansats och metod	Urval och studiegrupp	Huvudsakligt Resultat	Kvalitetsgranskning
<p>Författare: Al, N. A., Qandil, A., & Gillespie, G. L.</p> <p>Titel: Nurses' roles in screening for intimate partner violence: a phenomenological study</p> <p>Årtal: 2016</p> <p>Land: Jordanien</p>	<p>Problem: I Jordanien har förekomsten av våld i nära relationer höga siffror men trots detta är förekomsten av screening låg. Sjuksköterskor har beskrivit att problemet består av verksamhets och personliga hinder som hindrar dem ifrån att screena.</p> <p>Syfte: Att beskriva jordanska sjuksköterskors roll vid screening för våld i nära relationer.</p>	<p>Ansats: Deskriptiv fenomenologisk studie.</p> <p>Metod: Intervjuer semistrukturerad, personlig intervju.</p>	<p>12 sjuksköterskor På universitetssjukhus.</p>	<p>Det behövs en ökad medvetenhet hos jordanska sjuksköterskor om behovet av screening av våld i nära relationer i detta urval. Yrkesutbildning kan göra det lättare att införa metoder för screening av våld i nära relationer. Även förändring av personliga övertygelser behövs hos sjuksköterskan.</p>	Hög
<p>Författare: Briones-Vozmediano, E., Otero-García, L., Gea-Sánchez, M., DeFuentes, S., García-Quinto,</p>	<p>Problem: Sjuksköterskor anses vara perfekta kandidater till att identifiera våldsutsatta kvinnor men till följd av</p>	<p>Ansats: Kvalitativ innehållsanalys.</p> <p>Metod: Semistrukturerad intervjuteknik användes.</p>	<p>Fas 1 12 intervjuer fördelat på 12 olika vårdcentraler i fyra olika regioner i Spanien</p>	<p>Sjuksköterskorna ansåg att identifiera våld och bidra med omvårdnad är deras viktigaste roll i bemötandet med en våldsutsatt kvinna. Det framkom att flertalet sjuksköterskor saknar vidare kunskap och att en</p>	Hög

<p>M., Vives-Cases, C., & Maquibar, A.</p> <p>Titel: A qualitative content analysis of nurses' perceptions about readiness to manage intimate partner violence.</p> <p>Årtal: 2021</p> <p>Land: Spanien</p>	<p>att det finns en kunskapsbrist hos sjuksköterskorna är antalet identifierade fall lågt.</p> <p>Syfte: Att utforska sjuksköterskors uppfattning om de faktorer som påverkar deras beredskap att hantera våld i nära relationer i Spanien.</p>		<p>Fas 2 25 intervjuer fördelat på 10 sjukhus och 15 vårdcentraler i sex olika regioner i Spanien.</p>	<p>osäkerhet kring att identifiera våld fanns.</p>	
<p>Författare: Poreddi, V., Gandhi, S., S, S. N. R., Palaniappan, M., & BadaMath, S.</p> <p>Titel: Violence against women with mental illness and routine screening: Nurses' knowledge, confidence, barriers and learning needs.</p> <p>Årtal: 2020</p>	<p>Problem: I Indien är forskningen begränsad i att identifiera och bemöta våldsutsatta kvinnor och lider kvinnan även av psykisk ohälsa är det än svårare.</p> <p>Syfte: Att undersöka sjuksköterskors kunskap, självförtroende och inlärningsbehov i</p>	<p>Ansats: Kvalitativ Studie</p> <p>Metod: Det användes en intervjuguide med semistrukturerade frågor, fokusgruppsdiskussioner.</p>	<p>Genomfördes bland 21 sjuksköterskor verksamma inom psykiatri-enheter på en tertiär vårdcentral.</p>	<p>Visar en djupare förståelse för sjuksköterskors kunnande, självförtroende, och svårigheter.</p> <p>Visar sjuksköterskors kunskapsbrister, brist på självförtroende och behov av att få utbildning och kunskap för att stärka självförtroendet vid screening av våld mot kvinnor med psykisk ohälsa.</p>	<p>Hög</p>

<p>Land: Indien</p>	<p>Identifiering och bemötande av avslöjande av övergrepp hos kvinnor med psykisk ohälsa.</p>				
<p>Författare: Sprague, C., Hatcher, A. M., Woollett, N., & Black, V.</p> <p>Titel: How Nurses in Johannesburg Address Intimate Partner Violence in Female Patients: Understanding IPV Responses in Low- and Middle-Income Country Health Systems.</p> <p>Årtal: 2017</p> <p>Land: Sydafrika</p>	<p>Problem: Kunskaperna om hälso- och sjukvårdssystemens svar på våld i nära relation är dåligt i låg- och medelinkomstländer på grund av upplevd brist på kapacitet, otillräcklig evidens och det finns inga riktlinjer för att styra vårdgivare.</p> <p>Syfte: Att förstå hur och varför sjuksköterskor svarar på IPV.</p>	<p>Ansats: Kvalitativ studie</p> <p>Metod: Intervjuades med en Utforskande och deskriptiv design.</p>	<p>25 sjuksköterskor från fem vårdinrättningar.</p>	<p>Resultaten visade att vårdgivare svarar på våld i nära relation på rutin, men omfattande riktlinjer behövs fortfarande för att vägleda och lokalisera deras handlingar i samband med folkhälsoinsatser.</p>	<p>Hög</p>
<p>Författare: Sundborg, E., Törnkvist, L., Saleh-Stattn, N., Wändell, P., & Hylander, I.</p> <p>Titel: To ask, or not to ask: the hesitation process</p>	<p>Problem: Problemet inom detta område har visat sig vara flera hinder som har resulterat i sjuksköterskor inte har kunnat</p>	<p>Ansats: En kvalitativ innehållsanalys med grounded theory</p> <p>Metod: Intervjuer med 11 distriktsköterskor.</p>	<p>Deltagarna som ingick var distriktssköterskor som var anställda på primärvårdscentraler i Stockholm. Av 202 primärvårdscentraler</p>	<p>I resultatet framkom tveksamhet hos distriktssköterskorna vad det gäller att fråga om våld eller inte. Det uppkom även vilka hinder som kan påverka att man inte frågar men också de faktorer som kan underlätta att fråga.</p>	<p>Hög</p>

<p>described by district nurses encountering women exposed to intimate partner violence.</p> <p>Årtal: 2017</p> <p>Land: Sverige</p>	<p>identifiera våld i nära relationer. Det krävs vidare förståelse för våldsutsatta kvinnors möte med distrikts-sköterskor</p> <p>Syfte: Att förbättra förståelsen för distrikts-sköterskors erfarenheter av att möta kvinnor utsatta för våld i nära relationer.</p>		<p>slumpmässades endast 20 av dessa till att få delta i studien. Det var endast kvinnor som ingick i studien då det ej var några män anställda under denna period.</p>		
<p>Författare: van Wyk, N., & van der Wath, A.</p> <p>Titel: Two male nurses' experiences of caring for female patients after intimate partner violence: a South African perspective.</p> <p>Årtal: 2015</p> <p>Land: Sydafrika</p>	<p>Problem: Det har inte forskats särskilt mycket om de utmaningar som manliga sjuksköterskor ställs inför när de konfronteras med övergrepp mot kvinnor som begås av män.</p> <p>Syfte: Att utforska och beskriva erfarenheter av manliga sjuksköterskor ur ett</p>	<p>Ansats: Fallstudie med en fenomenologisk forskningsmetodik.</p> <p>Metod: Intervjuer ostrukturerade grundliga.</p>	<p>Deltagare två afrikanska manliga akut-sjuksköterskor.</p>	<p>Forskarna drar slutsatsen att samhället förväntar sig att män inte ska ha ett vårdande yrke och att sjuksköterskan fortfarande är ett kvinnodominerat vårdyrke som har svårt att komma bort från sin framkallade och vårdande image. Deltagarna upplevde rollkonflikter när de tog hand om kvinnliga patienter som utsatts för våld i nära relationer.</p>	<p>Hög</p>

	sydafrikanskt perspektiv som tar hand om kvinnliga patienter som utsatts för våld i nära relationer.				
<p>Författare: Williams, J. R., Halstead, V., Salani, D., & Koermer, N</p> <p>Titel: An exploration of screening protocols for intimate partner violence in healthcare facilities: A qualitative study.</p> <p>Årtal: 2017</p> <p>Land: USA</p>	<p>Problem: Det finns en stor variation när det gäller att införa screening. Problemet tros bero på dålig vägledning samt olika barriärer hos sjuksköterskorna. Men också att man inte vet vad som kan underlätta IPV-screening.</p> <p>Syfte: Att utforska olika metoder för screening av våld i nära relationer på kliniker och i nödsituationer och förstår bättre barriärer och facilitatorer.</p>	<p>Ansats: Kvalitativ deskriptiv design användes.</p> <p>Metod: Semistrukturerade djupintervjuer användes vid intervjuerna.</p>	Det var tre sjuksköterskor tillsammans med andra yrkeskategorier som ingick i studien.	Att vårdgivaren bär det största ansvaret att screena mot våld i nära relationer har alla deltagare noterat. Det framkom även olika hinder som kan påverka genomförandet av screening.	Hög
<p>Författare: Wyatt, T., McClelland, M. L., & Spangaro, J.</p>	<p>Problem: Brist på utbildning och träning har identifierats</p>	<p>Ansats: Kvalitativ explorativ studie med Grounded Theory.</p>	Det var 16 sjuksköterskor som ingick i studien. Alla deltagarna var kvinnor och	Sjuksköterskorna hade en brist på kunskap om våld i nära relationer. Sex teman uppmärksammades i samband med intervjuerna bland annat tabu och	Hög

<p>Titel: Readiness of newly licensed associated degree registered nurses to screen for domestic violence.</p> <p>Årtal: 2019</p> <p>Land: USA</p>	<p>som vanliga hinder för sjuksköterskor att genomföra screening av våld i nära relationer. Orsakerna till hindren är dåligt kända.</p> <p>Syfte: Att identifiera om nyligen licensierade associerade examen förberedda registrerade sjuksköterskor screenar för våld i nära relationer, hur de screenar, vilka patienter som screenas och hur utbildning före licensiering och aktuell arbetsplats-träning har påverkat dessa screening-beslut och beteenden.</p>	<p>Metod: Individuella intervjuer.</p>	<p>engelsk talande samt bosatta i USA. Sjuksköterskorna hade också fått sin legitimation mellan 1 januari 2015 och 15 mars 2016.</p>	<p>obehag. Att arbetskollaborator och har en påverkan på hur och om man gör en screening av patienten har också framkommit i resultatet.</p>	
---	---	---	--	--	--

Högskolan Väst
Institutionen för hälsovetenskap, 461 86 Trollhättan
Tel 0520-22 30 00
www.hv.se