



Sjuksköterskeprogrammet 180hp
Vetenskaplig metodik III, Självständigt examensarbete
HK11, 15 hp
HT 13

Våld i nära relationer

Sjuksköterskors beredskap och agerande vid mötet med våldsutsatta kvinnor

Intimate partner violence

Nurses' preparedness and interaction when encountering abused women

Katarina Löfgren och Moa Nilsson

SAMMANFATTNING

Bakgrund: Våld i nära relationer innebär fysiskt, psykiskt och/eller sexuellt våld. Det anses vara ett stort hälsoproblem som främst drabbar kvinnor och ger fysiska, psykiska och sociala konsekvenser. Hälso- och sjukvården har ett stort ansvar gällande att upptäcka och hjälpa utsatta kvinnor samt förebygga våld i nära relationer, men många kvinnor upplever att de inte fått adekvat stöd och hjälp från hälso- och sjukvården. **Syfte:** Att belysa faktorer som påverkar sjuksköterskors beredskap inför och agerande vid mötet med kvinnor som misstänks vara eller är utsatta för våld i nära relation. **Metod:** Allmän litteraturöversikt med analys och sammanställning av tio vetenskapliga artiklar med både kvalitativ och kvantitativ data. **Resultat:** Faktorer som påverkade beredskap och agerande var dels relaterade till sjuksköterskan som person; attityder och tankar kring sjuksköterskans professionella roll, sjuksköterskans känslor samt personliga och professionella erfarenheter av våld i nära relationer. Dels påverkade också faktorer som var relaterade till sjuksköterskans omgivning och förutsättningar; utbildning och praktiska färdigheter, miljö samt organisation. **Slutsats:** Fördjupade kunskaper, erfarenhet och en mer öppen, förstående attityd hos sjuksköterskor visade sig kunna vara avgörande för kvaliteten på vården av kvinnor som har blivit utsatta för våld i nära relationer. **Klinisk betydelse:** Utbildning inom våld i nära relationer skulle kunna utvecklas, attityder diskuteras och handlingsplaner införlivas på ett tydligare sätt i vården. **Nyckelord:** Våld i nära relationer, mäns våld mot kvinnor, sjuksköterskor, påverkande faktorer, beredskap, agerande.

ABSTRACT

Background: Intimate partner violence involves physical, psychological and/or sexual violence. It is viewed as a major health problem that mainly affects women and has physical, psychological and social consequences. The health care system has a great responsibility in identifying and helping subjected women and in preventing intimate partner violence, yet many women feel that they do not get adequate support and help from the health care services. **Aim:** To illuminate factors affecting nurses' preparedness for and interaction with women who may be or are subjected to intimate partner violence. **Method:** General literature review with analysis and synthesis of ten research articles with both qualitative and quantitative data. **Results:** Factors were partly related to the nurse in person; attitudes and conceptions about the nurses' professional role, the nurses' feelings, and personal and professional experiences of intimate partner violence. Other factors were related to the nurses' environment and conditions; education and practical skills, environment and organization. **Conclusion:** Enhanced knowledge, experience and more open-minded and understanding attitudes among nurses could be determining for the quality of care of women subjected to intimate partner violence. **Clinical significance:** Education about intimate partner violence could be developed, attitudes discussed and guidelines implemented in a more explicit manner in healthcare. **Key words:** Intimate partner violence (IPV), men's violence against women, nurses, influencing factors, preparedness, interaction.

INNEHÅLLSFÖRTECKNING

INLEDNING	1
BAKGRUND	1
Begreppsdefinition	1
Konsekvenser av våld.....	2
Hälso- och sjukvårdens ansvar	3
PROBLEMFÖRMULERING	6
SYFTE.....	6
METOD.....	7
Design.....	7
Urval och datainsamlingsmetod	7
Dataanalys	9
Etiska aspekter.....	11
RESULTAT	12
Faktorer relaterade till sjuksköterskan som person	12
Faktorer relaterade till sjuksköterskans omgivning och förutsättningar.....	14
DISKUSSION	17
Metoddiskussion.....	17
Resultatdiskussion	18
Slutsats	22
Klinisk betydelse	22
Förslag på vidare forskning.....	22
REFERENSER	23
BILAGOR	28
Bilaga 1	28
Bilaga 2	30

INLEDNING

Våld i nära relationer är ett stort hälsoproblem i världen och drabbar främst kvinnor (World Health Organization [WHO], 2012b). Vid vår verksamhetsförlagda utbildning har vi stött på svåra och problematiska situationer vilket gett upphov till tankar kring hur sjuksköterskor kan agera i samband med olika etiskt problematiska situationer. Ett område som särskilt kom att intressera oss var situationer där patienter misstänktes vara eller uttalat var utsatta för våld i nära relationer. Vi upplevde att detta på flera sätt var ett tabubelagt område trots att många kvinnor utsätts. Tankar väcktes hos oss kring vilka förutsättningar hälso- och sjukvården har för omvårdnaden av dessa patienter.

BAKGRUND

År 2012 anmäldes omkring 28 400 fall av misshandel mot kvinnor i Sverige och anmälningsfrekvensen beräknas vara låg. Av de kvinnor som har uppgett att de blivit utsatta för våld, uppgav en fjärdedel att de blivit detta av en partner eller nära släkting. Åttiofem procent av misstänkta gärningsmän vid våld är män (Brottsförebyggande rådet [BRÅ], u.å.). Lundgren, Heimer, Westerstrand och Kalliokoski (2001) hävdar att trettiofem procent av de svenska kvinnor som tidigare varit gifta eller sambo med en man har blivit utsatta för våld i förhållandet.

Globalt uppskattas trettio procent av alla kvinnor som någon gång levit i en relation ha utsatts för fysiskt och/eller sexuellt våld av sin partner någon gång under livet. I höginkomstregioner (Europa, USA, Canada, Japan och Australien) rapporterar kvinnor generellt en något lägre prevalens (23 %) än globalt (WHO, 2013). Dock förekommer stora skillnader mellan olika studier och det finns således svårigheter med att generalisera prevalens av denna typ av våld (Simister, 2012). Våld i nära relationer förekommer inom alla socioekonomiska grupper, i alla åldrar och oavsett etnicitet, världen över (Skoger, Edlund & Leander, 2005).

Begreppsdefinition

Våld i nära relationer ingår i begreppet *våld i hemmet* [domestic violence] (WHO, 2012b). Våld i hemmet används synonymt med hustrumisshandel, partnermisshandel och misshandel i äktenskap men inkluderar också barnmisshandel, enligt svensk MeSH (mesh.kib.ki.se, 26 augusti 2013). *Våld i nära relationer* [intimate partner violence (IPV)] definieras som

handlingar som kan skada brottsoffret fysiskt, psykiskt eller sexuellt (Socialstyrelsen u.å. a). Förövaren beskrivs som en person som står brottsoffret nära, som en partner eller släkting (Socialstyrelsen, 2011).

Våld i nära relationer kan drabba både män och kvinnor, men forskningen har främst fokuserat på kvinnor som blivit utsatta för våld av manliga partners, enligt BRÅ (2009). Färdeman, Hvitfeldt och Irlander (2013) beskriver att kvinnor som blivit utsatta för våld, oftare än män, rapporterat att gärningsmannen varit en bekant eller närstående. Män blir oftare utsatta för hot och våld på allmän plats medan kvinnor oftare blir utsatta för hot och misshandel i till exempel hemmet, skolan eller på arbetsplatsen (a.a.).

Konsekvenser av våld

Våldet mot kvinnor anses vara ett omfattande hälsoproblem som orsakar mycket lidande (Skoger et al., 2005). Enligt Bonomi, Anderson, Rivara och Thompson (2007) rapporterar kvinnor som utsatts för fysiskt och sexuellt våld i nära relationer sämre hälsa jämfört med kvinnor som aldrig blivit utsatta för våld. Stinson och Robinson (2006) menar att våld i nära relationer inte bara ger hälsoproblem under tiden våldet pågår, utan att hälsan även kan påverkas en längre tid efter att våldet upphört.

Fysiska hälsokonsekvenser

Fysisk misshandel orsakar synliga skador, såsom sår och blåmärken, som en direkt effekt av misshandeln (Socialstyrelsen, u.å. b). Coker, Smith och Fadden (2005) hävdar att det finns samband till ett flertal kroppsliga funktionsnedsättningar som inte är omedelbara effekter av våldet, så som hjärt- kärlsjukdomar, ryggproblem, kronisk smärta, artrit, nervsystemskador och astma. Stinson och Robinson (2006) påstår att också sexuellt överförbara sjukdomar, bland annat HIV, kan vara effekter av våld i nära relationer. Viktnedgång och viktökning samt de konsekvenser som det medför drabbar också många av de kvinnor som blir utsatta, likväl som problematiska graviditeter och förlossningar menar Scheffer Lindgren och Renck (2008).

Psykiska hälsokonsekvenser

Depressioner och annan psykisk ohälsa kan förknippas med utsatthet för våld (Coker et al., 2005). Stinson och Robinson (2006) påstår att självmord, ångest och posttraumatisk stress kan vara effekter av våld i nära relationer. I en studie av Scheffer Lindgren och Renck (2008) svarade kvinnor som blivit utsatta för våld i nära relationer att de hade fått minnes- och koncentrationssvårigheter samt sömnproblem. Kvinnorna uttryckte hopp om förändring men

också känslor som rädsla, osäkerhet, skuld och skam och de tänkte också mycket på död, upplevde rädsla för att bli dödade och såg i vissa fall att döda partnern som enda utvägen ur relationen (a.a.).

Social påverkan

Drog- och alkoholproblematik är möjliga effekter av våld i nära relationer, hävdar Stinson och Robinson (2006) . Scheffer Lindgren och Renck (2008) påstår att många av de kvinnor som blivit utsatta för denna typ av våld skadats så allvarligt att de behövt sjukskriva sig och att oförmåga att lita på andra människor igen är något som drabbat dem.

Hälso- och sjukvårdens ansvar

Det finns symtom och tecken som bör väcka misstankar om att våld i nära relation har förekommit. Dessa kan vara sår, blåmärken, frakturer, brännskador, sömnstörningar, psykosomatiska problem, depression, ångest och bristande omsorg om egna barn (Socialstyrelsen, u.å. b). Skoger et al. (2005) menar att allmänna tecken på utsatthet för våld är att kvinnans berättelse inte stämmer överens med skadan, att kvinnan väntat länge med att söka vård, att partnern är överbeskyddande och kontrollerande, att kvinnan har självdestruktivt beteende, att hon söker vård upprepade gånger för diffusa symtom eller tidigare haft akuta sjukvårdsbesök med oklar skadebild.

Sjukvårdspersonal bör även ha grundkunskaper gällande varför ett uppbrott ur en våldsamt relation är en svår process, för att kunna ge ett bra bemötande och omhändertagande av utsatta kvinnor (Nationellt centrum för kvinnofrid [NCK], 2010).

Uppbrottsprocessen

Uppbrottsprocessen är, enligt NCK (2013), den process som våldsutsatta i nära relationer genomgår när de försöker bryta känslomässigt och slutligen lämna den våldsamme partnern. Våldet är ofta psykiskt nedbrytande och känslor av skam och ansvar för partnern kan försvåra uppbrottet och ett slutgiltigt uppbrott föregås ofta av flera tillfälliga. Insikter om misshandelns negativa effekter kommer ofta successivt, och förloppet kan påskyndas av rädsla för sitt eget liv eller för närståendes/barns säkerhet (NCK, 2013). I en studie av Edwards et al. (2012) framkom det att en majoritet av kvinnorna som hade en våldsamt partner valde att stanna i relationen och förneka våldets allvarlighetsgrad med argument som att de älskade varandra eller "There are always more good times than bad [times] even though he messes up sometimes" (s. 206).

Lagar som ramverk

I Hälso- och sjukvårdslagen (HSL, SFS 1982:763) 2 a § fastställs att all vård ska bedrivas så att den uppfyller kraven på god vård. Detta betyder att patientens behov av trygghet och säkerhet ska tillgodoses, att goda kontakter mellan patient och personal ska främjas och att vården ska bygga på respekt. Enligt Patientsäkerhetslagen (SFS 2010:659) 1 §, kap. 6, ska hälso- och sjukvårdspersonalen bedriva vården i enlighet med vetenskap och beprövad erfarenhet, vilket innebär att varje patient ska ges sakkunnig vård som uppfyller dessa krav, samt visas omtanke och respekt. I samma lag i 4 §, kap. 6, fastställs också att hälso- och sjukvårdspersonalen är skyldiga att upprätthålla hög patientsäkerhet samt att vårdskador och risker för vårdskador ska rapporteras. Vårdskada definieras i 5 §, kap. 1, som "lidande, kroppslig eller psykisk skada eller sjukdom samt dödsfall som hade kunnat undvikas om adekvata åtgärder hade vidtagits vid patientens kontakt med hälso- och sjukvården" (Patientsäkerhetslag, SFS 2010:659).

Hälso- och sjukvårdens möte med våldsutsatta kvinnor

Enligt BRÅ (2009) rapporterar många som blivit utsatta för våld i nära relationer att deras livskvalitet påverkats negativt, och många av dessa patienter upplever att de inte fått det stöd de varit i behov av från hälso- och sjukvården. Att upptäcka och förebygga våld i nära relationer och behandla våldets konsekvenser är enligt Skoger et al. (2005) hälso- och sjukvårdens uppgift. Hälso- och sjukvården möter våldsutsatta kvinnor dagligen, i form av att kvinnorna söker vård för trauma eller för diffusa symtom som huvudvärk, ätstörningar och depressioner.

Regeringens proposition Kvinnofrid (1997/98:55) fastslår att det är viktigt att våldsutsatta kvinnor får ett insiktsfullt bemötande från hälso- och sjukvården för att de ska ha möjlighet att förändra sin livssituation. För utredning, behandling och ett gott omhändertagande krävs särskilda kunskaper och stor lyhördhet från hälso- och sjukvårdspersonalens sida (Prop. 1997/98:55). Svavarsdottir och Orlygsdottir (2009b) menar att preventiva åtgärder, tidig upptäckt inräknad, mot våld i nära relationer är avgörande för att minska våldets konsekvenser. I juni 2011 ålade Riksdagens Utbildningsdepartement åt Uppsala Universitet att starta en särskild inrättning som arbetar med att sprida information om våld i nära relationer. Det fastställdes också att Uppsala Universitet ska samarbeta med Akademiska sjukhuset i Uppsala inom den kliniska verksamheten (Utbildningsdepartementet, 2011).

Handlingsprogram

Skoger et al. (2005) menar att dagens vård har bristande beredskap i mötet med och omhändertagandet av våldsutsatta kvinnor. Att ställa frågor, aktivt lyssna och tro på kvinnans berättelse kan vara början på en förändrings- och läkningsprocess. Skoger et al. har för Stockholms Läns Landsting arbetat fram ett handlingsprogram för omhändertagande av våldsutsatta kvinnor. Handlingsprogrammet är tänkt som underlag för att ta fram lokala handlingsplaner (a.a.). Swahnberg och Wijma (2007) har konstruerat ett kortfattat svenskt verktyg för våldsscreening, *Abuse Screening Inventory*, som visat sig ha god reliabilitet och fungerat utmärkt för att identifiera våldsutsatta kvinnor.

Då författarna till denna studie kontaktat vårdcentraler i Stockholms läns sjukvårdsområde [SLSO] med förfrågan om de använder sig av handlingsplaner/riktlinjer/flödesscheman för omhändertagande av kvinnor som misstänkt eller uttalat är utsatta för våld i nära relationer har det framkommit att flera sjuksköterskor inte vetat om några riktlinjer gällande bemötande mot våldsutsatta kvinnor. Dock hänvisade vissa vårdcentraler till lokala flödesscheman varav ett är bifogat i denna uppsats (bilaga 1).

PROBLEMFÖRMULERING

Våld i nära relationer anses vara ett stort problem som har en negativ effekt på kvinnors hälsa och kan orsaka mycket lidande, såväl fysiskt, psykiskt som socialt, för de utsatta kvinnorna. Flera sjukdomstillstånd är kopplade till våld i nära relationer. Hälso- och sjukvården har ett stort ansvar när det gäller att upptäcka och hjälpa de drabbade kvinnorna. Det finns ett handlingsprogram framtaget för Stockholms Läns Landsting och det existerar verktyg för våldsscreening. Utsatta kvinnor uttrycker dock att de inte fått tillräckligt stöd av hälso- och sjukvården. Därför är det av intresse att studera vilka faktorer som påverkar sjuksköterskors beredskap för och agerande vid mötet med kvinnor som söker vård och misstänks vara eller är utsatta för våld i nära relationer.

SYFTE

Syftet med denna studie är att belysa faktorer som påverkar sjuksköterskors beredskap inför och agerande vid mötet med kvinnor som misstänks vara eller är utsatta för våld i nära relationer.

METOD

Design

För att uppfylla syftet valdes en allmän litteraturöversikt, vilket Segesten (2012) beskriver som en studie där redan befintlig text används som material. Allt som är skrivet och är offentligt kan användas men fokus ligger främst på vetenskapliga artiklar där den senaste forskningen inom olika ämnesområden publiceras (a.a.). Motiv till att göra en allmän litteraturöversikt är att skapa en överblick av ett specifikt område, göra en beskrivande sammanställning av befintlig forskning, skapa underlag för kritisk granskning av avgränsade kunskapsområden samt träna på strukturerad arbetsmetod (Friberg, 2012). Evans (2002) hävdar att en sammanställning av resultat från ett flertal studier ökar tyngden i och överförbarheten av forskningsresultaten.

Urval och datainsamlingsmetod

Litteratursökning gjordes främst via EBSCO Discovery Service. I studien användes först sökordet *domestic violence* och via svenska MeSH-termer hittades *spouse abuse*. En inledande litteratursökning för att undersöka möjlighet att skriva om ämnet visade också att sökordet *intimate partner violence (IPV)* användes i många artiklar och inkluderades därför bland sökorden. Boolesk söklogik och trunkeringar användes. Via CINAHL Headings hittades också sökorden *intimate partner abuse*, *partner abuse* och *partner violence*. Andra sökord var *nurse** och *attitude**.

Inklusionskriterier

Sökningen avgränsades till tidskrifter som blivit peer reviewed samt artiklar med publiceringsår från 1990 till 2013. Ytterligare avgränsningar var, vid tre sökningar (#8, #9 och #10), *English language* och vid tre sökningar (#1, #10 och #11) *Full Text*, främst för att få färre sökresultat. De första sökningarna var avgränsade till de geografiska ramarna Sverige, Norge, Finland och Europa. Dessa avgränsningar togs bort i senare sökningar, eftersom de inte genererade tillräckligt många relevanta träffar. Artiklar med såväl kvalitativ som kvantitativ data inkluderades.

Exklusionskriterier

Artiklar som i titeln indikerade att de enbart handlade om andra vårdprofessioner än sjuksköterskor, våld mot barn, våld mot äldre, hedersrelaterat våld, utgick från ett patientperspektiv, behandlade våld i samband med alkohol, var studier gjorda utanför Norden (i de första sökningarna), eller på annat sätt indikerade att artikeln inte skulle ta upp ett ämne som svarade till denna studies syfte, exkluderades. Icke vetenskapliga artiklar exkluderades. Efter läsning av abstracts och hela artiklar tillämpades samma exklusionskriterier.

I de artiklar där det tydligt framgick att delar av resultaten endast berörde andra vårdprofessioner än sjuksköterskor exkluderades de delarna av resultatet.

Artikelsökning via databaser och manuell sekundär sökning

I studien gjordes först en sökning av artiklar via databaser (Tabell 1).

Tabell 1: Studiens litteratursökning via databaser.

nr.	Datum	Sökmotor/ Databas	Sökord	Begränsningar	Antal träffar	Antal lästa Abstract	Antal lästa artiklar	Antal inkluderade artiklar	Artikel nr.
1	2013-08-21	EBSCO Discovery Service	Spouse abuse, OR domestic violence, OR intimate partner violence	Full Text	56 450	0			
2	2013-08-21	EBSCO Discovery Service	Spouse abuse, OR domestic violence, OR intimate partner violence	1990-2013, Peer Reviewed	112981	0			
3	2013-08-21	EBSCO Discovery Service	Spouse abuse, OR domestic violence, OR intimate partner violence	1990-2013, Peer Reviewed, Sweden	237	7	4	1	#10
4	2013-08-22	EBSCO Discovery Service	Spouse abuse, OR domestic violence, OR intimate partner violence	1990-2013, Peer Reviewed	112992	0			
5	2013-08-22	EBSCO Discovery Service	Spouse abuse, OR domestic violence, OR intimate partner violence	1990-2013, Peer Reviewed, Norway, Finland	240	0			
6	2013-08-22	EBSCO Discovery Service	Spouse abuse, OR domestic violence, OR intimate partner violence, AND nurse*	1990-2013, Peer Reviewed	102404	0			
7	2013-08-22	EBSCO Discovery Service	Spouse abuse, OR domestic violence, OR intimate partner violence, AND nurse*	1990-2013, Peer Reviewed, Norway, Finland	220	9	3	1	#8
8	2013-08-30	EBSCOhost CINAHL with Full Text	intimate partner violence, OR domestic violence, OR spouse abuse, OR intimate partner abuse, OR partner abuse, OR partner violence, AND nurse*	1990-2013, English language, Peer Reviewed	8078	0			
9	2013-08-30	EBSCOhost CINAHL with Full Text	intimate partner violence, OR domestic violence, OR spouse abuse, OR intimate partner abuse, OR partner abuse, OR partner violence, AND nurse*	1990-2013, English language, Peer Reviewed, Europe	1591	0			
10	2013-08-30	EBSCOhost CINAHL with Full Text	intimate partner violence, OR domestic violence, OR spouse abuse, OR intimate partner abuse, OR partner abuse, OR partner violence, AND nurse*	1990-2013, English language, Peer Reviewed, Europe, Full Text	525	24	5	1	#5
11	2013-09-05	EBSCO Discovery Service	domestic violence, OR spouse abuse, OR intimate partner violence, AND nurse*, AND attitude*	1990-2013, Peer Reviewed, Full Text	34 300	4**	4	4	#2, #3, #4, #9

**Endast de 40 första titlarna i sökresultaten lästes igenom.

En sökning i den nordiska databasen SveMed+ gjordes också men detta genererade inga artiklar som inkluderades i studien.

En effektiv metod för att finna relevant material till en litteraturstudie är att göra en sekundärsökning, där till exempel referenslistor studeras och sökning görs på intressanta titlar eller författare från dessa, menar Östlundh (2012). Artiklar som hittats via manuell sekundär sökning via referenslistor från tidigare skriva examensarbeten vid Röda Korsets Högskola markerades med en asterism (*) och artiklar hittade via referenslistor från genomlästa vetenskapliga artiklar med ett alduslöv (☺) i artikelmatrisen (bilaga 2).

Kvalitetsgranskning

För granskning av vetenskapliga artiklars kvalitet och relevans för studiens syfte användes Röda Korsets Högskolas (2005) *Mall för granskning av vetenskapliga artiklar*. Artiklarnas kvalitet bedömdes som hög, medel eller låg. Kvaliteten bedömdes som medel om artikeln hade antingen bristande etiskt resonemang, någon otydlighet i metodbeskrivningen eller otydligt/subjektivt språk. Kvaliteten bedömdes som låg om flera av dessa brister fanns. Därtill bedömdes artiklarnas relevans för denna studies syfte efter samma mönster; hög, medel respektive låg, och endast artiklar med hög relevans inkluderades. Sexton artiklar från litteratursökningen via databaser lästes, och nio av dessa exkluderades på grund av bristande kvalitet, bristande relevans eller innehållsfattigt resultat. Fem artiklar med medelhög kvalitet inkluderades på grund av hög relevans för denna studies syfte.

Dataanalys

Artiklarna analyserades enligt Evans (2002) och Fribergs (2012) beskrivna metoder för att göra en litteraturöversikt som kan innehålla dels en narrativ sammanfattning av litteraturen, och dels tabulation (Evans, 2002). Den narrativa sammanfattningen innebär att litteraturens resultat sammanfattas i form av teman, och tabulation är en tabell som presenterar studiernas egenskaper och resultat. Dessa metoder kompletterar varandra och ger en tydlig beskrivande översikt över befintlig forskning inom ett visst ämne (Evans, 2002). Friberg (2012) menar att studiernas likheter och skillnader bör identifieras, både vad gäller metod, analysgång, syften och resultat. Detta gjordes och redovisades i en artikelmatris (bilaga 2) inspirerad av Willman, Stoltz och Bahtsevani (2011, s.94), där studiernas syften översattes från engelska till svenska. I strävan efter så tillförlitliga översättningar som möjligt översattes syftena först till svenska av den ena av denna litteraturöversikts författare och sedan tillbaka till engelska av den andra. Dessa engelska syften jämfördes med originalsyftena, och de svenska översättningarna reviderades därefter.

Det första steget i analysen, enligt Evans (2002) och Friberg (2012), var att de vetenskapliga artiklarnas resultatbeskrivningar söktes efter nyckelresultat som listades. Endast resultat som svarade på studiens syfte valdes ut. Därefter identifierades återkommande kategorier i de olika studierna utifrån nyckelresultaten, vilket enligt Evans (2002) och Friberg (2012) är nästa steg i analysen. Det sista steget (Evans, 2002) var att dela in kategorier i huvudkategorier och subkategorier, som sedan granskades, reviderades och presenterades med tydliga rubriker och referenser till litteraturen (Tabell 2).

I artiklarna urskildes två huvudkategorier med faktorer som påverkar sjuksköterskors beredskap för och agerande vid mötet med kvinnor som misstänks vara eller uttalat är utsatta för våld i nära relationer; nämligen *Faktorer relaterade till sjuksköterskan som person* och *Faktorer relaterade till sjuksköterskans omgivning och förutsättningar*. Till den första kategorin identifierades subkategorierna *attityder och professionella roller*, *känslor* och *personliga och professionella erfarenheter av våld i nära relationer*. Till den andra kategorin identifierades subkategorierna *utbildning och praktiska färdigheter*, *miljö* och *organisation* (Figur 1).

Tabell 2: Resultatmatris över i vilka artiklar funna kategorier återfinns.

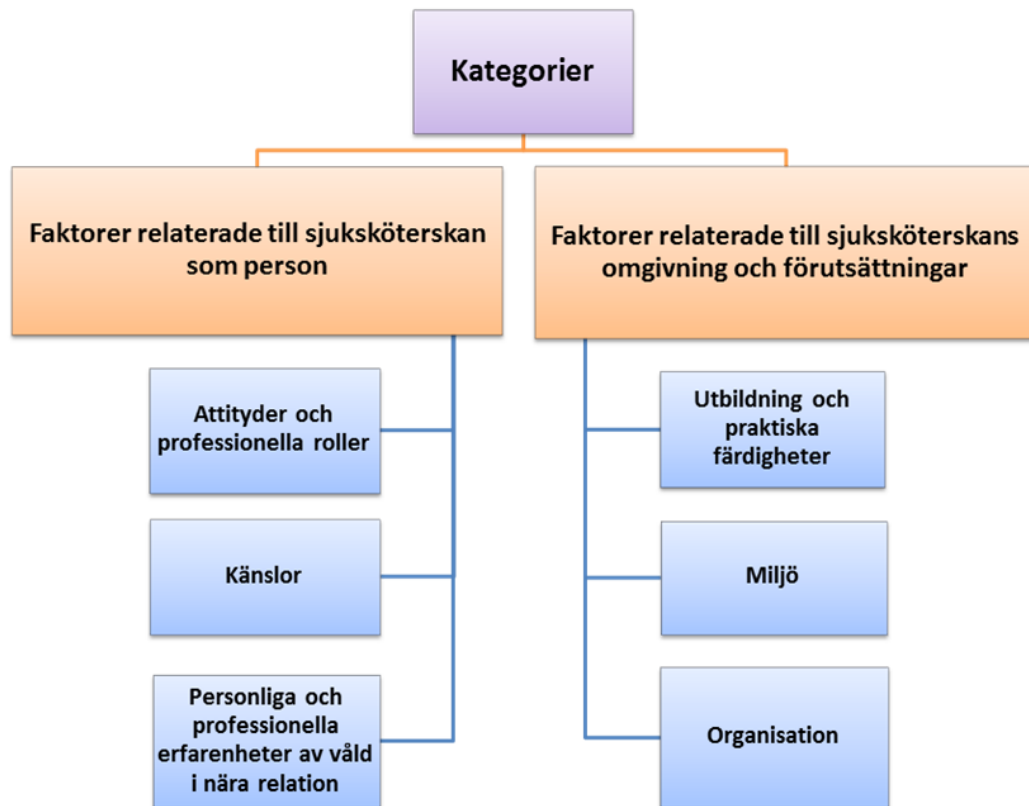
	Faktorer relaterade till sjuksköterskan som person			Faktorer relaterade till sjuksköterskans omgivning och förutsättningar		
	Attityder och professionella roller	Känslor	Personliga och professionella erfarenheter av våld i nära relationer	Utbildning och praktiska färdigheter	Miljö	Organisation
#1 Beynon et al. (2012)	X		X	X	X	X
#2 Brykczynski et al. (2011)	X	X		X	X	X
#3 Colombini et al. (2013)	X	X		X	X	X
#4 Ellis (1999)	X		X	X	X	
#5 Husso et al. (2012)	X	X		X	X	X
#6 Häggblom et al. (2005)	X			X		X
#7 Häggblom & Möller (2006)	X	X	X	X	X	X
#8 Leppäkoski et al. (2010)	X	X	X	X	X	
#9 Natan & Rais (2010)	X	X		X		X
#10 Sundborg et al. (2012)	X			X		X

Etiska aspekter

Forskningsetik är viktigt vid såväl empiriska studier som litteraturstudier, menar Kjellström (2012). Angeläget är att en litteraturstudies författare är medvetna om sina begränsningar i språkliga och metodologiska kunskaper, samt att risk för feltolkningar föreligger (a.a.). Data för denna litteraturstudie hämtades ur tidigare publicerade empiriska studier, och ett urvalskriterium för artiklar var att de blivit peer reviewed. Därmed har samtliga inkluderade studier blivit granskade av andra forskare. För att undvika feltolkningar bearbetades datan med ett objektivt förhållningssätt. Språk samt översättningar diskuterades kontinuerligt och vissa ord översattes med hjälp av lexikon för att undvika att tolkningar blev subjektiva eller felaktiga.

RESULTAT

I resultatet framkom kategorier som återfinns i figur 1.



Figur 1: Faktorer som påverkar sjuksköterskors beredskap för och agerande vid mötet med kvinnor som misstänks vara eller uttalat är utsatta för våld i nära relationer; huvudkategorier och subkategorier.

Faktorer relaterade till sjuksköterskan som person

Attityder och professionella roller

Sjuksköterskans beredskap för och agerande vid mötet med våldsutsatta kvinnor påverkades av sjuksköterskans upplevelse av sin professionella roll. Många sjuksköterskor ansåg sig ha en roll som hjälpare och rådgivare (Hägglom & Möller, 2006; Brykczynski, Crane, Medina & Pedraza, 2011; Colombini, Mayhew, Ali, Shuib & Watts, 2013). I två intervjustudier vidareutvecklade sjuksköterskorna sin rollbeskrivning med att deras uppgift var att ha kompetent kunskap, lyssna lyhört, stödja, ge information, visa engagemang och hänvisa kvinnorna vidare (Hägglom & Möller, 2006; Brykczynski et al., 2011). Sjuksköterskor ansåg att våldsidentifiering var en viktig del av deras arbete (Natan & Rais, 2010). I flera studier framkom dock en osäkerhet kring vems ansvar det var att hjälpa våldsdrabbade kvinnor, där

en del sjuksköterskor menade att våld är ett psykiskt och socialt problem som inte faller på sjukvårdens ansvar, utan att endast vårda de fysiska konsekvenserna av våld ingår i sjuksköterskans roll (Brykczynski et al., 2011; Colombini et al., 2013; Husso et al., 2012).

Våld i nära relationer ansågs vara ett viktigt problem som kunde ge långtgående problematiska följder (Husso et al., 2012). Dock fanns det en oförståelse inom vården för vilket mod det krävs av en kvinna att våga söka hjälp (Colombini et al., 2013). Sjuksköterskor i flera studier ansåg att våld i nära relationer kunde ses som ett individuellt eller privat problem (Husso et al., 2012; Sundborg, Saleh-Stattin, Wändell & Törnkvist, 2012) där de drabbade kvinnorna själva bar visst ansvar för att de blev misshandlade (Colombini et al., 2013; Husso et al., 2012; Häggblom, Hallberg, & Möller, 2005). Exempelvis menade tjugofem procent av sjuksköterskorna i en studie att misshandel var ett resultat av kvinnans hjälplösa personlighet, och något fler ansåg att om kvinnan upplevde våldet som kränkande så kunde hon lämna partnern (Häggblom et al., 2005). I en studie av Natan och Rais (2010) framgick dock att sjuksköterskorna inte alls tyckte misshandeln var kvinnans fel och en sjuksköterska i Brykczynski et al.'s (2011) intervjustudie påpekade, angående att lämna partnern, att "I know that it's a cycle that abused women go through, but it is just hard to see it" (s. 146).

Några sjuksköterskor tyckte att det var en obekväm situation att fråga om våld (Beynon, Gutmanis, Tutty, Wathen & MacMillan, 2012; Colombini et al., 2013; Ellis, 1999; Sundborg et al., 2012) och vissa ansåg att det var risk att kränka kvinnans integritet (Häggblom et al., 2005; Leppäkoski, Åstedt-Kurki & Paavilainen, 2010; Sundborg et al., 2012), medan motsatsen framkom i Natan och Rais (2010) studie. I flera studier framgick att intuition var en viktig egenskap hos sjuksköterskor för att identifiera våldsutsatta kvinnor (Brykczynski et al., 2011; Häggblom & Möller, 2006; Leppäkoski et al., 2010). Respondenterna i en studie menade att om deras magkänsla sade att något inte stämde i en kvinnas berättelse så ställde de alltid frågor om misshandel (Häggblom & Möller, 2006).

Beynon et al. (2012) påstod att våld anses olika acceptabelt i olika kulturer, samt att förväntningar på bemötande från sjukvård och samhälle också skiljer sig inom olika kulturer. Detta försvårar upptäckt och behandling av våldsutsatta kvinnor (a.a.). I Malaysia ansågs endast fysiskt och psykiskt våld, alltså inte sexuellt våld, vara våld i nära relation (Colombini et al., 2013). I studien fastställdes att de flesta sjuksköterskorna tyckte att våld i nära relationer var fel men att de utsatta kvinnorna saknade kunskap om att det var fel, och flera kvinnor ville på grund av sin kultur inte erkänna att de blivit utsatta för våld (a.a.). Även i

Bryczynski et al.'s (2011) studie framkom kulturella barriärer i form av att det fanns ett visst mått av acceptans för våld i samhället och att kvinnor inte alltid förstod hur allvarligt problemet var innan de sökt vård och fått exempelvis sina skador undersökta.

Känslor

Vissa sjuksköterskor upplevde det extremt meningsfullt att stödja våldsutsatta kvinnor. Samtidigt menade de att det var svårt att möta patienternas omvårdnadsbehov när sjuksköterskorna samtidigt måste kämpa med att ignorera sina personliga känslor, så som maktlöshet, ensamhet och krav på att vara kompetenta och professionella (Hägglom & Möller, 2006). Flera av studierna konstaterade också att vanligt förekommande känslor hos sjuksköterskor i mötet med och omvårdnaden av våldsutsatta kvinnor var frustration (Colombini et al., 2013; Husso et al., 2012; Hägglom & Möller, 2006; Leppäkoski et al., 2010; Natan & Rais, 2010), hjälplöshet (Colombini et al., 2013; Leppäkoski et al., 2010) och maktlöshet (Hägglom & Möller, 2006; Leppäkoski et al., 2010). Andra känslor som beskrevs var ilska (Bryczynski et al., 2011; Hägglom & Möller, 2006), sorg (Bryczynski et al., 2011), oro, skräck och psykologisk stress (Hägglom & Möller, 2006).

Personliga och professionella erfarenheter av våld i nära relation

Flera studier konstaterade att vårdpersonal själva ofta var utsatta för våld i nära relationer (Beynon et al., 2012; Ellis, 1999; Hägglom & Möller, 2006; Leppäkoski et al., 2010). I en studie hade mer än hälften av sjuksköterskorna varit utsatta för denna typ av våld (Ellis, 1999). Det förelåg delade meningar i studierna huruvida detta kunde ses som en fördel eller nackdel i mötet med våldsutsatta patienter. Såväl professionella som personliga erfarenheter av våld i nära relationer kunde leda till att sjuksköterskor kände sig tryggare, mer kunniga och fick en stark vilja att hjälpa (Beynon et al., 2012). Leppäkoski et al. (2010) menade däremot att en personlig historia av våld kunde leda till att oftare ha problem att identifiera våldsutsatta kvinnor, och Hägglom och Möller (2006) konstaterade att personliga erfarenheter (i avsaknad av terapi) kunde leda till starka känslor av frustration och ilska.

Faktorer relaterade till sjuksköterskans omgivning och förutsättningar

Utbildning och praktiska färdigheter

Det framkom i samtliga studier att sjuksköterskors utbildning och praktiska färdigheter gällande våld i nära relationer var bristande. I en studie konstaterades att mer än 40 procent av

respondenterna inte fått någon utbildning alls gällande misshandel (Natans & Rais, 2010). I Ellis (1999) studie däremot sade 87,5 procent av respondenterna att de fått utbildning om våld i nära relationer. Bristande kunskaper om hur sjuksköterskor skulle ställa frågor om våld och bemöta utsatta kvinnor orsakade rädsla att förolämpa (Beynon et al., 2012), osäkerhet i mötet och i hur svar skulle hanteras (Sundborg et al., 2012) samt ignorans och bristande engagemang (Hägglom & Möller, 2006). Vissa sjuksköterskor uttryckte att de saknade kunskap om var de skulle hänvisa kvinnorna (Husso et al., 2012). Brykczynski et al. (2011) fastslog att det var viktigt att sjuksköterskor hade kunskap om vändpunkter som kunde få en misshandlad kvinna att bryta från sin partner.

Det framkom att det fanns en vilja att fråga sina patienter om våld i nära relationer (Hägglom & Möller, 2006). En majoritet av sjuksköterskorna i två studier kände sig förberedda på att agera i mötet med våldsutsatta kvinnor (Ellis, 1999; Natan & Rais, 2010). Motsatsförhållandet gick att finna i andra studier (Sundborg et al., 2012; Hägglom et al., 2005).

I fem studier framkom att sjuksköterskor efterfrågade mer utbildning inom området våld i nära relationer (Beynon et al., 2012; Ellis, 1999; Hägglom et al., 2005; Hägglom & Möller, 2006; Sundborg et al., 2012) och att sjuksköterskor själva hade sökt information i ämnet (Hägglom et al., 2005; Hägglom & Möller, 2006; Sundborg et al., 2012).

Miljö

En förutsättning för att ställa frågor om våld var att det fanns en trygg miljö där sjuksköterskan kunde ha enskilda och förtroliga samtal med patienter, enligt Hägglom och Möller (2006), och viktigt var att skapa en atmosfär där kvinnan kände att hon kunde prata öppet utan att känna sig dömd (Brykczynski et al., 2011). Avsaknad av enskild, trygg miljö beskrevs i flera studier som ett vanligt förekommande problem (Beynon et al. 2012; Brykczynski et al., 2011; Ellis 1999; Leppäkoski et al., 2010). Att den misshandlande partnern var närvarande eller att övrig familj följde med kvinnan för att söka vård beskrevs också av sjuksköterskor som ett problem för att kunna prata om våld (Beynon et al., 2012; Leppäkoski et al., 2010).

I flera studier framkom att resursbrist var ett problem (Beynon et al., 2012; Brykczynski et al., 2011; Colombini et al., 2013; Husso et al., 2012). Resursbristen bestod enligt Beynon et al. (2012) av brist på tolkar, medan det i övriga studier inte framgick vilken typ av resurser som saknades. Resursbristen kunde leda till att sjuksköterskor endast hade tid

att lyssna och ge råd (Colombini et al., 2013) eller till att de endast fokuserade på fysiska skador (Brykczynski et al., 2011). Gott samarbete med kolleger beskrevs som viktigt för att våga/kunna ställa frågor om våld (Beynon et al., 2012; Häggblom & Möller, 2006).

Organisation

I två studier framkom det att lokala riktlinjer/handlingsplaner för omhändertagande av våldsutsatta kvinnor fanns, men att inte alla sjuksköterskor var medvetna om dessa (Häggblom et al., 2005; Natan & Rais, 2010). I en studie hade endast några få av sjuksköterskorna använt sig av existerande riktlinjer (Sundborgs et al., 2012). Enligt Beynon et al. (2012) ansåg mer än en femtedel av sjuksköterskorna i undersökningen att riktlinjer och verktyg för att rutinscreena om våld skulle vara en fördel.

I den svenska studien av Sundborg et al. (2012) framkom att närmare två tredjedelar av sjuksköterskorna inte visste om att det fanns samarbete mellan arbetsplatsen och myndigheter och nästan alla tyckte att ett sådant samarbete var nödvändigt för att kunna vårda kvinnor som utsatts för våld i nära relationer. Bristande samarbete mellan olika myndigheter (Husso et al., 2012) samt bristande stöd från sjukhusledning (Beynon et al., 2012; Häggblom & Möller, 2006) och från läkare och socialtjänst (Häggblom & Möller, 2006) beskrevs som ett problem.

I samtliga studier framkom att tidsbrist var ett problem för upptäckt och behandling av våldsutsatta kvinnor, men Colombini et al. (2013) menade att det var ett litet problem om sjuksköterskan var intresserad av ämnet.

Upprepade möten mellan patient och sjuksköterska kunde anses vara en stödjande faktor för identifiering av våld. En längre vårdrelation skapade bättre förutsättningar för att kvinnan skulle våga/vilja berätta (Husso et al., 2012; Häggblom & Möller, 2006).

Då den utsatta kvinnan och sjuksköterskan inte talade samma språk utan behövde kommunicera via tolk, som dessutom i vissa fall var den våldsamme partnern kunde det vara svårt för sjuksköterskan att kunna upptäcka och hjälpa kvinnan (Brykczynski et al., 2011).

DISKUSSION

Flera faktorer som påverkade sjuksköterskors beredskap för och agerande vid mötet med våldsutsatta kvinnor identifierades. Dels fanns faktorer relaterade till sjuksköterskan som person. Dessa var attityder och tankar kring sjuksköterskans professionella roll, sjuksköterskans känslor samt personliga och professionella erfarenheter av våld i nära relationer. Det fanns också faktorer som var relaterade till sjuksköterskans omgivning och förutsättningar. Dessa var utbildning och praktiska färdigheter, miljö samt organisation.

Metoddiskussion

Såväl kvalitativa som kvantitativa studier användes i denna litteraturöversikt. Bryman (2011) beskriver att de två olika metoderna kan styrka varandra om de svarar till samma syfte vilket författarna till denna litteraturöversikt ansåg att de granskade artiklarna gjorde. En exakt jämförelse mellan kvalitativa och kvantitativa resultat kan inte göras (Friberg, 2012). I denna litteraturöversikt kunde dock båda typer av data delas in under samma kategorier, vilket Bryman (2011) också anser vara lämpligt. Därav kan användandet av både kvalitativa och kvantitativa studier i denna litteraturöversikt anses vara en styrka.

Författarnas ambition var först att exkludera studier som inte var utförda i Sverige och sedan Norden, för att begränsa resultatet. Därför var *Sweden, Norway* och *Finland* avgränsningar i tidiga sökningar. *Denmark* och *Iceland* fanns inte att välja som avgränsningar i sökningarna. I dessa sökningar exkluderades artiklar som kunde ha varit intressanta men som ej var gjorda i Norden. Efter ett flertal sökningar konstaterades dock att vare sig Sverige eller Norden som geografisk avgränsning skulle vara möjligt eftersom bara ett fåtal artiklar från de nordiska länderna hittades, varav endast en från Sverige. Därför valdes istället ett internationellt urval av studier, vilket enligt Bryman (2011) kan öka litteraturstudiens trovärdighet om liknande resultat framkommer ur studier gjorda i olika kontexter. Detta kan således anses vara en styrka i litteraturöversikten.

Eftersom forskning är en färskvara är det lämpligt att göra en tidsavgränsning i artikelurvalet, konstaterar Östlundh (2012). Sökning av artiklar från 1990 gjordes dock i denna studie, eftersom ambitionen i början var att hitta svenska artiklar och vid en första grovsökning från senare år hittades bara en svensk studie. Därav vidgades tidsspannet, vilket blev irrelevant då denna geografiska avgränsning senare togs bort. Då hade redan flera sökningar gjorts inom tidsramen 1990-2013 och avgränsningen behölls vid senare sökningar.

De artiklar som inkluderades i litteraturöversikten var alla utom en (Ellis, 1999) gjorda inom en tioårsperiod från 2013. Att liknande resultat återfanns i Ellis (1999) studie som i övriga kan tyda på att de påverkande faktorer för sjuksköterskors beredskap för och agerande vid mötet med våldsutsatta kvinnor inte har ändrats mycket sedan slutet på 1990-talet.

Ett exklusionskriterium var artiklar där endast andra vårdprofessioner än sjuksköterskor undersöktes eftersom studiens syfte var att belysa faktorer som påverkade sjuksköterskor. Dock inkluderades artiklar som berörde flera yrkeskategorier, exempelvis läkare och sjuksköterskor. Detta kan ses som en svaghet eftersom urvalet blev mindre specificerat, men kan även ses som en styrka då studiens resultat eventuellt kan tillämpas inom flera olika hälso- och sjukvårdsprofessioner.

Samtliga vetenskapliga artiklar som analyserats har kvalitetsgranskats och höll hög eller medelhög kvalitet. Friberg (2012) skriver att kvalitetsgranskning av artiklar är viktigt för att kunna motivera varför de inkluderats eller exkluderats. För granskning användes Röda Korsets Högskolas (2005) granskningsmall eftersom den är funktionell för såväl kvantitativa som kvalitativa studier. Denna litteraturöversikts författare är medvetna om att bristande erfarenhet av kvalitetsgranskning kan ha orsakat felbedömningar av kvalitet.

En svaghet är att flera av de granskade studierna hade relativt litet urval av respondenter, vilket innebär att endast ett fåtal sjuksköterskors tankar speglats i resultatet. En annan svaghet är att det finns risk att författarna feltolkat eller felöversatt texter. Evans (2002) påpekar att avsaknad av tydliga processer eller procedurer för att göra narrativa litteratursammanställningar utgör ett hot mot studiens validitet, eftersom den tolkande analysen innebär en rad subjektiva beslut. Det är omöjligt att avgöra om en litteraturstudie presenterar en rättvis sammanfattning av tidigare forskning eller om den färgats av författarnas egna åsikter och subjektiva tolkningar (a.a.). Författarna till denna studie har strävat efter att granska data med ett objektiva förhållningssätt och presentera en rättvis representation av artiklarnas resultat.

Resultatdiskussion

Kulturens betydelser

I denna studie framkom att en negativ förutsättning som fanns i vården av våldsutsatta kvinnor var den kultur kvinnorna levde i. Våld i nära relationer förekommer dock i alla länder (WHO, 2013). WHO (2012a) fastslår olika metoder för att våldet ska upphöra, exempelvis stärka kvinnor och flickors rättigheter samt att införa lagar mot våld i nära relationer. Sådana

lagar återfinns i alla de länder där analyserade artiklar var gjorda (Finlex, u.å.; Government of Canada, 2013; Polisen, u.å.; Prevention of Family Violence Law, 5751-1991, 1991; Violence Against Women and Department of Justice Reauthorization Act of 2005, 2006; The Malaysian Bar, 2006). I en granskning av åttio länders lagar mot våld i nära relationer har Ortiz-Barreda och Vives-Cases (2013) bland annat granskat de Amerikanska, Israeliska och Malaysiska lagarna. I granskningen framkom det att, av de tre lagarna, endast var den Amerikanska lagen som fastslog att hälso- och sjukvården skulle delta i interventioner mot våld i nära relationer (Ortiz-Barreda & Vives-Cases, 2013). Dock visar ett tillägg till den Israeliska lagen att sjuksköterskor måste informera patienter som har utsatts för våld i nära relationer var de kan vända sig för vidare hjälp (Amendment No.7 (2001) to the Prevention of Violence in the Family Law, 2001).

De artiklar som analyserades i litteraturstudien kom från olika delar av världen och hade respondenturval från specifika geografiska områden. Såväl likheter som skillnader i faktorer som påverkar sjuksköterskors beredskap och agerande gick att finna mellan de olika studierna, men tycktes inte ha något geografiskt samband. Att inkludera artiklar gjorda i olika länder trodde denna studies författare skulle generera fler faktorer som skiljde sig på grund av kulturella skillnader. Likaså var förförståelsen att våldet skulle vara mer kulturellt accepterat och vanligt förekommande i Malaysia och Israel än i exempelvis Sverige. Detta visade sig inte stämma.

Bristande kunskaper – utbildning behövs

Stöd från utomstående kan vara avgörande för att klara ett uppbrott från en våldsam partner, enligt NCK (2013). I denna litteraturöversikt framkom attityder hos hälso- och sjukvårdspersonal som tydde på en oförståelse för hur svårt ett uppbrott oftast är samt vilket mod som krävs av kvinnor för att söka hjälp. Exempelvis ansåg fler än en fjärdedel av respondenterna i Häggblom et al.'s (2005) studie att kvinnan kunde lämna mannen om hon upplevde misshandeln som kränkande.

NCK (2013) och Edwards et al.'s (2012) forskning beskrev den problematiska uppbrottsprocessen, och pekade därmed på vilka kunskaper sjuksköterskor bör ha. Detta styrks ytterligare av Enander och Holmberg (2008), som också menade att vändpunkter då kvinnan upplever sig ha "nått botten" ofta är en del av processen att lämna den våldsamma partnern. Brykczynski et al. (2011) konstaterade att medvetenhet om sådana vändpunkter är

viktig kunskap att ha för att veta när en misshandlad kvinna är redo för förändring och vilken form av stöd hon behöver, vilket styrks av Enander och Holmbergs (2008) forskning.

Socialstyrelsen (2009) fastslår att ett av kriterierna för att god vård ska kunna uppnås är att vården är kunskapsbaserad. Samtliga studier i denna litteraturöversikt visade på bristande kunskap om våld i nära relationer hos sjuksköterskor. Att täcka dessa kunskapsluckor genom utbildning skulle kunna anses förbättra vården av dessa kvinnor. I flera studier framgick att sjuksköterskor hade en positiv inställning till och efterfrågade utbildning inom ämnet.

Bristande färdigheter – screening och riktlinjer som lösning

I studien framgick att sjuksköterskor ofta saknade praktiska färdigheter i hur de skulle ställa frågor om våld, och att de såg detta som en barriär. Detta resulterade i rädsla att förolämpa samt osäkerhet kring hur de skulle hantera svaret om en kvinna berättade om våldutsatthet. I en studie av McLeod, Hays och Chang (2010) framkom att kvinnor uppskattade när hälso- och sjukvårdspersonal inte var rädda för att beröra ämnet och vågade ställa direkta frågor om våld. Detta skulle kunna tyda på en bristande överensstämmelse mellan hälso- och sjukvårdspersonals antagande om patienters upplevelser och patienters förväntningar på vården. Många kvinnor hade negativa erfarenheter av sjukvård då de upplevde att de inte blivit ordentligt screenade för våld (a.a.). Detta styrks ytterligare av Peckover's (2003) studie där det framkom att kvinnor kände sig tveksamma till att berätta om våld för sjuksköterskor, bland annat på grund av att det var svårt att ta upp ämnet då det normalt inte togs upp under hälsosamtal. Flera av kvinnorna ansåg att de uppvisat tydliga tecken på misshandel men att de ändå inte blev frågade om våld (a.a.).

Liksom Swahnberg och Wijma (2007) arbetat fram ett svenskt screeningvertyg som visat sig fungera bra, har Svavarsdottir och Orlygsdottir (2009a) modifierat kanadensiska riktlinjer för våldsscreening och arbetat fram riktlinjer anpassade för isländska förhållanden. När dessa testades i klinisk verksamhet visade resultat att riktlinjerna underlättade för sjuksköterskor att ta upp ämnet, skapade medvetenhet om vikten av att ha kunskaper om våld i nära relationer samt fick personalen att känna sig tryggare med att prata om våld (a.a.). Detta kan anses påvisa att hjälpmedel för våldsscreening går att översätta och modifiera för olika länder, och att de kan vara till hjälp i klinisk verksamhet. I en annan studie jämförde Svavarsdottir (2010) två våldsscreeningmetoder; att prata med patienten ansikte mot ansikte och att låta patienten fylla i en enkät med frågor. Studien visade att kvinnor oftare erkände

fysiskt våld ansikte mot ansikte men svarade oftare att de var sexuellt och psykiskt misshandlade om de fyllde i en enkät. Liknande resultat framkom också i Rhodes et al.'s (2007) studie men med betoning på öppna frågor och uppföljningsfrågor av sjuksköterskan.

Denna studies författares förfrågan till vårdcentraler angående riktlinjer eller handlingsplaner genererade endast ett fåtal svar, varav några inte hade kännedom om huruvida de hade lokala riktlinjer eller inte. Två vårdcentraler delade med sig av sina flödesscheman, som stämde väl överens med Stockholms Läns Landstings Handlingsprogram, för mötet med våldsutsatta kvinnor. I dessa två flödesscheman betonades vikten av att fråga kvinnor, att frågor ställs i enskildhet, förslag på hur sjuksköterskor kan fråga och rekommendationer för fortsatt vård beskrevs (Bilaga 1). Om sjuksköterskor följer dessa riktlinjer skulle eventuellt flera av de barriärer som framkommit i denna litteraturöversikt, exempelvis osäkerhet kring hur sjuksköterskan ska fråga, att partnern närvarar samt utbildningsbrist, inte längre kvarstå som hinder.

Kraven på god vård

I denna studie har det framkommit att många sjuksköterskor funderar över vilket ansvar de har i vården av våldsutsatta kvinnor. Gibbons (2011) fastslog att det var sjuksköterskors ansvar att känna igen och uppmärksamma tecken på våld i nära relationer, erbjuda information och hjälpa kvinnan om hon önskar söka vidare vård. Detta bör ske i enskildhet och på ett rutinmässigt sätt så att ingen kvinna känner sig utpekad (a.a.).

Kvinnor som blivit utsatta för våld i nära relationer upplever ofta rädsla, osäkerhet, skuld och skam och har svårt att lita på andra människor (Scheffer Lindgren & Renck, 2008). Dessvärre visade några av de granskade studierna att kvinnor kunde mötas av dömande attityder av sjuksköterskor som ibland ansåg att våldet var kvinnornas fel. Många kvinnor som vågat berätta om våldsutsatthet upplevde att de inte fått det stöd eller skydd de behövt, utan istället mötts av ignorans (Peckover, 2003). I en studie av Bacchus, Mezey och Bewely (2003) konstaterades att den viktigaste aspekten för att kvinnor skulle berätta om våld var hälso- och sjukvårdspersonalens attityder och agerande.

De granskade studierna i denna litteraturöversikt kom från olika delar av världen men trots detta framkom liknande åsikter och attityder angående våld i nära relationer. Därmed skulle det kunna antas att resultatet i denna litteraturöversikt kan vara överförbart till svenska förhållanden och till svenska sjuksköterskor. Om så är fallet, kan resultatet tyda på att det

finns brister i efterföljandet av Hälso- och sjukvårdslagens krav på god vård och hälso- och sjukvårdens skyldighet att vidta adekvata åtgärder för att upprätthålla patientsäkerheten.

Slutsats

Våld i nära relationer anses vara ett stort problem som orsakar lidande för kvinnor såväl fysiskt, psykiskt som socialt. I denna litteraturöversikt belystes flera faktorer som påverkade sjuksköterskors beredskap för och agerande vid mötet med kvinnor som misstänktes vara eller uttalat var utsatta för våld i nära relationer. Dessa kunde vara både positiva förutsättningar samt negativa barriärer. Utbildnings- och kunskapsbrister beskrevs ofta som problem vid bemötande och omvårdnad, och kunde leda till att våldsutsatta kvinnor upplevde att de inte fick det stöd de var i behov av från hälso- och sjukvården. Fördjupade kunskaper, erfarenhet och en mer öppen, förstående attityd hos sjuksköterskor visade sig kunna vara avgörande för kvaliteten på vården av kvinnor som har blivit utsatta för våld i nära relationer.

Klinisk betydelse

Studien indikerar att vården kan förbättras om sjuksköterskor får mer utbildning om våld i nära relationer, samt att attityder bör diskuteras och arbetas med kontinuerligt under utbildning och på arbetsplatser. Studien pekar dessutom på att organisatoriskt stöd behöver utvecklas samt att ett tydligare införlivande av handlingsplaner skulle kunna leda till tidigare upptäckt samt bättre omvårdnad om kvinnor som utsätts för våld i nära relationer.

Förslag på vidare forskning

Våld i nära relationer anses vara ett stort hälsoproblem för kvinnor världen över och vidare forskning i ämnet behövs både ur ett sjuksköterske- och patientperspektiv. I denna studie framkom att sjuksköterskors attityder till våld kan påverka den omvårdnad som kvinnor får. Vidare studier för att granska detta kan därför vara av vikt. Även studier som granskar våld i nära relationer i ett vidare geografiskt spektrum skulle vara intressant då denna studies författare endast hittat empiriska studier som varit avgränsade till ett specifikt geografiskt område. Att författarna till denna litteraturöversikt endast hittat en svensk studie om våld i nära relationer ur ett sjuksköterskeperspektiv indikerar ett behov av vidare forskning på ämnet i Sverige.

REFERENSER

Referenser markerade med asterisk (*) har använts för analys.

Amendment No.7 (2001) to the Prevention of Violence in the Family Law (2001). Hämtad 8 oktober, 2013, från The UN Secretary-General's database on violence against women, <http://sgdatabse.unwomen.org/searchDetail.action?measureId=10362&baseHREF=country&baseHREFId=668>

Bacchus, L., Mezey, G., & Bewley, S. (2003). Experiences of seeking help from health professionals in a sample of women who experienced domestic violence. *Health & Social Care In The Community*, 11(1), 10-18. doi:10.1046/j.1365-2524.2003.00402.x

*Beynon, C. E., Gutmanis, I. A., Tutty, L. M., Wathen, C. N., & MacMillan, H. L. (2012). Why physicians and nurses ask (or don't) about partner violence: A qualitative analysis. *BMC Public Health*, 12(1), 473-484. doi:10.1186/1471-2458-12-473

Bonomi, A., Anderson, M., Rivara, F., & Thompson, R. (2007). Health outcomes in women with physical and sexual intimate partner violence exposure. *Journal Of Women's Health (15409996)*, 16(7), 987-997. doi:10.1089/jwh.2006.0239

Brottsförebyggande Rådet. (u.å.). *Misshandel mot kvinnor*. Hämtad 2 maj, 2013, från Brottsförebyggande Rådet, <http://www.bra.se/bra/brott--statistik/kvinnomisshandel.html>

Brottsförebyggande Rådet. (2009). *Våld mot kvinnor och män i nära relationer: Våldets karaktär och offrens erfarenheter av kontakter med rättsväsendet* (Lägesrapport 2009:12). Stockholm: Brottsförebyggande Rådet. Från http://www.bra.se/download/18.cba82f7130f475a2f180002016/1309946307101/2009_12_vald_kvinnor_man_nara_relationer.pdf

*Brykczynski, K. A., Crane, P., Medina, C. K., & Pedraza, D. (2011). Intimate partner violence: Advanced practice nurses clinical stories of success and challenge. *Journal Of The American Academy Of Nurse Practitioners*, 23(3), 143-152. doi:10.1111/j.1745-7599.2010.00594.x

Bryman, A. (2011). *Samhällsvetenskapliga metoder*. (2., [rev.] uppl.) Malmö: Liber.

Coker, A. L., Smith, P. H., & Fadden, M. K. (2005). Intimate partner violence and disabilities among women attending family practice clinics. *Journal Of Women's Health (15409996)*, 14(9), 829-838. doi:10.1089/jwh.2005.14.829

*Colombini, M., Mayhew, S., Ali, S., Shuib, R., & Watts, C. (2013). "I feel it is not enough. . ." Health providers' perspectives on services for victims of intimate partner violence in Malaysia. *BMC Health Services Research*, 13(1), 65 (11 sidor). doi:10.1186/1472-6963-13-65

Edwards, K. M., Murphy, M. J., Tansill, E. C., Myrick, C., Probst, D. R., Corsa, R., & Gidycz, C. A. (2012). A qualitative analysis of college women's leaving processes in abusive relationships. *Journal Of American College Health*, 60(3), 204-210. doi:10.1080/07448481.2011.586387

*Ellis, J. (1999). Barriers to effective screening for domestic violence by registered nurses in the emergency department. *Critical Care Nursing Quarterly*, 22(1), 27-41. Hämtad från databasen CINAHL with Full Text.

Enander, V., & Holmberg, C. (2008). Why does she leave?: The leaving process(es) of battered women. *Health Care For Women International*, 29(3), 200-226. Hämtad från databasen CINAHL with full text.

Evans, D. (2002). Systematic reviews of interpretive research: Interpretive data synthesis of processed data. *Australian Journal of Advanced Nursing*, 20(2), 22-26. Från <http://www.ajan.com.au/Vol20/Vol20.2-4.pdf>

Finlex. (u.å.). *Strafflag*. Hämtad 4 oktober, 2013, från Finlex, <http://www.finlex.fi/sv/laki/ajantasa/1889/18890039001>

Friberg, F. (2012). Kapitel 11: Att göra en litteraturoversikt. I F. Friberg (Red.), *Dags för uppsats: Vägledning för litteraturbaserade examensarbeten* (s. 133-144). Lund: Studentlitteratur.

Färdeman, E., Hvitfeldt, T., och Irlander, Å. (2013). *NTU 2012: Om utsatthet, trygghet och förtroende (2013:1)*. Stockholm: Brottsförebyggande Rådet, information och förlag. Hämtad: 23 augusti, 2013, från http://www.bra.se/download/18.22a7170813a0d141d21800050381/1367324684272/2013_01_NTU_2012_web.pdf

Gibbons, L. (2011). Dealing with the effects of domestic violence: Lynda Gibbons argues that emergency nurses require specialised training to recognise the signs of physical, sexual or psychological abuse and to manage patients who present with them. *Emergency Nurse*, 19(4), 12-17. Hämtad från databasen Academic Search Elite.

Government of Canada. (2013). *Family violence laws*. Hämtad 4 oktober, 2013, från Government of Canada, <http://www.justice.gc.ca/eng/cj-jp/fv-vf/laws-lois.html>

*Husso, M., Virkki, T., Notko, M., Holma, J., Laitila, A., & Mäntysaari, M. (2012). Making sense of domestic violence intervention in professional health care. *Health & Social Care In The Community*, 20(4), 347-355. doi:10.1111/j.1365-2524.2011.01034.x

*Hägglom, A. E., Hallberg, L. M., & Möller, A. R. (2005). Nurses' attitudes and practices towards abused women. *Nursing & Health Sciences*, 7(4), 235-242. doi:10.1111/j.1442-2018.2005.00242.x

*Hägglom, A. E., & Möller, A. R. (2006). On a life-saving mission: Nurses' willingness to encounter with intimate partner abuse. *Qualitative Health Research*, 16(9), 1075-1090. doi:10.1177/1049732306292086

Kjellström, S. (2012). Kapitel 3: Forskningsetik. I M. Henricson (Red.), *Vetenskaplig teori och metod: Från idé till examination inom omvårdnad* (s. 69-92). Lund: Studentlitteratur.

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

- Lundgren, E., Heimer, G., Westerstrand, J., & Kalliokoski, A.-M. (2001). *Slagen dam: Mäns våld mot kvinnor i jämställda Sverige - en omfångsundersökning*. Umeå: Åströms tryckeri AB. Från <http://www.brottsoffermyndigheten.se/Filer/B%C3%B6cker/Slagen%20dam.pdf>
- McLeod, A., Hays, D. G., & Chang, C. Y. (2010). Female intimate partner violence survivors' experiences with accessing resources. *Journal of Counseling & Development* 88(3), 303-310. Hämtad från databasen Academic Search Elite.
- Nationellt centrum för kvinnofrid. (2010). *Att fråga om våldsutsatthet som en del av anamnesen* (NCK-rapport 2010:4). Uppsala: Elanders.
- Nationellt centrum för kvinnofrid. (2013). Uppbrottsprocessen. Hämtad 1 oktober, 2013, från Nationellt centrum för kvinnofrid, http://www.nck.uu.se/Kunskapscentrum/Kunskapsbanken/amnen/Vald_i_nara_relationer/Uppbrottsprocessen_amnesguide/
- *Natan, M., & Rais, I. (2010). Knowledge and attitudes of nurses regarding domestic violence and their effect on the identification of battered women. *Journal Of Trauma Nursing*, 17(2), 112-117. doi:10.1097/JTN.0b013e3181e736db
- Ortiz-Barreda, G., & Vives-Cases, C. (2013). Legislation on violence against women: Overview of key components. *Revista Panamericana De Salud Publica*, 33(1), 61-72. Hämtad från databasen Academic Search Elite.
- Peckover, S. (2003). 'I could have just done with a little more help': An analysis of women's help-seeking from health visitors in the context of domestic violence. *Health & Social Care In The Community*, 11(3), 275-282. doi:10.1046/j.1365-2524.2003.00423.x
- Polisen. (u.å.). *Brott i nära relationer: Fakta*. Hämtad 4 oktober, 2013, från Polisen, <http://www.polisen.se/Lagar-och-regler/Om-olika-brott/Brott-i-nara-relationer/>
- Prevention of Family Violence Law, 5751-1991. (1991). Hämtad 11 oktober, 2013, från The UN Secretary-General's database on violence against women <http://sgdatabase.unwomen.org/uploads/Israel%20-%20Prevention%20of%20Family%20Violence%20Law.pdf>
- Proposition 1997/98:55. *Kvinnofrid*. Stockholm: Regeringen. Från <http://www.regeringen.se/content/1/c4/22/66/5406e038.pdf>
- Rhodes, K., Frankel, R., Levinthal, N., Prenoveau, E., Bailey, J., & Levinson, W. (2007). "You're not a victim of domestic violence, are you?" Provider patient communication about domestic violence. *Annals Of Internal Medicine*, 147(9), 620-627. Hämtad från databasen MEDLINE.
- Röda Korsets Högskola. (2005). *Mall för granskning av vetenskapliga artiklar*. Stockholm: Röda Korsets Högskola. Från http://www.rkh.se/PageFiles/466/mall_granskning.pdf
- Scheffer Lindgren, M. M., & Renck, B. B. (2008). 'It is still so deep-seated, the fear': Psychological stress reactions as consequences of intimate partner violence. *Journal Of Psychiatric & Mental Health Nursing*, 15(3), 219-228. doi:10.1111/j.1365-2850.2007.01215.x

- Segesten, K. (2012). Kapitel 4: Användbara texter. I F. Friberg (Red.), *Dags för uppsats: Vägledning för litteraturbaserade examensarbeten* (s. 47-56). Lund: Studentlitteratur.
- SFS 1982:763. *Hälso- och sjukvårdslag*. Hämtad 5 september, 2013, från Riksdagen, http://www.riksdagen.se/sv/Dokument-Lagar/Lagar/Svenskforfattningssamling/Halso--och-sjukvardslag-1982_sfs-1982-763/
- SFS 2010:659. *Patientsäkerhetslag*. Hämtad 5 september, 2013, från Riksdagen, http://www.riksdagen.se/sv/Dokument-Lagar/Lagar/Svenskforfattningssamling/Patientsakerhetslag-2010659_sfs-2010-659/#K6
- Simister, J. (2012). More than a billion women face 'gender based violence'; Where are most victims?. *Journal Of Family Violence*, 27(7), 607-623. doi:10.1007/s10896-012-9457-x
- Skoger, U., Edlund, K., & Leander, K. (2005). *Omhändertagande av våldsutsatta kvinnor: Handlingsprogram* [Broschyr]. Stockholm: Stockholms läns landsting, Centrum för folkhälsa. Från http://viss.nu/Global/Bilagor/Valdsutsatta_kvinnor_080327.pdf
- Socialstyrelsen. (u.å. a). *Definition av våld och utsatthet i nära relationer*. Hämtad 2 maj, 2013, från Socialstyrelsen, <http://www.socialstyrelsen.se/valds-ochbrottsrelateradefragor/valdinararelationer/valdsutovare/definition>
- Socialstyrelsen. (u.å. b). *Att upptäcka och ställa frågor om våld i nära relationer*. Hämtad 3 september, 2013, från Socialstyrelsen, <http://www.socialstyrelsen.se/valds-ochbrottsrelateradefragor/valdinararelationer/upptackavald>
- Socialstyrelsen. (2009). *Nationella indikatorer för god vård: Hälsa- och sjukvårdens övergripande indikatorer; Indikatorer i Socialstyrelsens nationella riktlinjer* (Artikelnummer 2009-11-5). Från <http://www.socialstyrelsen.se/Lists/Artikelkatalog/Attachments/17797/2009-11-5.pdf>
- Socialstyrelsen. (2011). *Lägesrapport 2011: Hälsa- och sjukvård och socialtjänst*. (Artikelnummer: 2011-2-1). Socialstyrelsen. Från <http://www.socialstyrelsen.se/Lists/Artikelkatalog/Attachments/18229/2011-2-1.pdf>
- Stinson, C., & Robinson, R. (2006). Intimate partner violence: Continuing education for registered nurses. *Journal Of Continuing Education In Nursing*, 37(2), 58-64. Hämtad från databasen MEDLINE.
- *Sundborg, E. M., Saleh-Stattin, N., Wändell, P., & Törnkvist, L. (2012). Nurses' preparedness to care for women exposed to intimate partner violence: A quantitative study in primary health care. *BMC Nursing*, 11(1), 1-11. doi:10.1186/1472-6955-11-1
- Svavarsdottir, E. (2010). Detecting intimate partner abuse within clinical settings: Self-report or an interview. *Scandinavian Journal Of Caring Sciences*, 24(2), 224-232. doi:10.1111/j.1471-6712.2009.00709.x
- Svavarsdottir, E., & Orlygsdottir, B. (2009a). Identifying abuse among women: Use of clinical guidelines by nurses and midwives. *Journal Of Advanced Nursing*, 65(4), 779-788. doi:10.1111/j.1365-2648.2008.04872.x

Svavarsdottir, E., & Orlygsdottir, B. (2009b). Intimate partner abuse factors associated with women's health: A general population study. *Journal Of Advanced Nursing*, 65(7), 1452-1462. doi:10.1111/j.1365-2648.2009.05006.x

Swahnberg, K., & Wijma, K. (2007). Validation of the Abuse Screening Inventory (ASI). *Scandinavian Journal Of Public Health*, 35(3), 330-334. doi:10.1080/14034940601040759

The Malaysian Bar. (2006). *Domestic violence*. Hämtad 4 oktober, 2013, från The Malaysian Bar, http://www.malaysianbar.org.my/domestic_violence_.html

Utbildningsdepartementet. (2011). *Uppdrag att utveckla och sprida kunskap om mäns våld mot kvinnor, hedersrelaterat våld och förtryck samt om våld i samkönade relationer*. Hämtad 6 maj 2013, från Regeringskansliet, <http://www.regeringen.se/content/1/c6/17/13/52/21e958ea.pdf>

Violence Against Women and Department of Justice Reauthorization Act of 2005 (2006). *SEC. 101. STOP GRANTS IMPROVEMENTS*. Pub. L. No. 109–162, § 101, 119 Stat. 2960. Hämtad 4 oktober, 2013, från The UN Secretary-General's database on violence against women, <http://sgdatabase.unwomen.org/uploads/VAWA%202005.pdf>

Willman, A., Stoltz, P., & Bahtsevani, C. (2011). *Evidensbaserad omvårdnad: En bro mellan forskning & klinisk verksamhet*. (3. rev. uppl.). Lund: Studentlitteratur.

World Health Organization. (2012a). *Understanding and addressing violence against women. Intimate partner Violence* [Broschyr]. Från http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/77432/1/WHO_RHR_12.36_eng.pdf

World Health Organization. (2012b). *Violence against women: Intimate partner and sexual violence against women*. Hämtad 29 augusti, 2013, från World Health Organization, <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs239/en/>

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*. Från http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/85239/1/9789241564625_eng.pdf

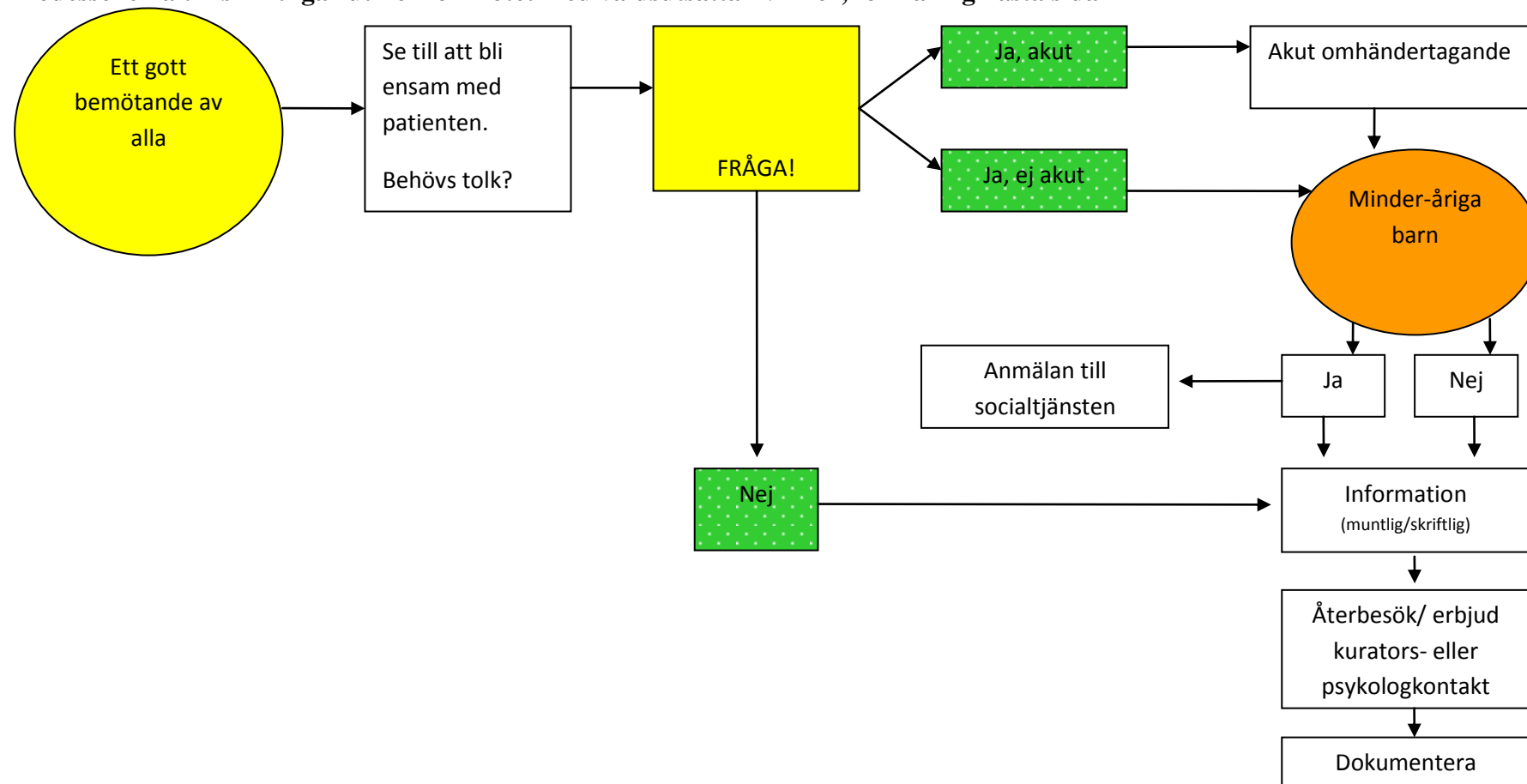
Östlundh, L. (2012). Kapitel 5: Informationssökning. I F. Friberg (Red.), *Dags för uppsats: Vägledning för litteraturbaserade examensarbeten* (s. 57-80). Lund: Studentlitteratur.

BILAGOR

Bilaga 1

Gäller för Tullinge vc from Juni 2012

Flödesschema till skriftliga rutiner för mötet med våldsutsatta kvinnor, förklaring nästa sida



Förklaring till Flödesschema för våldsutsatta kvinnor

Ett gott bemötande av alla	Ett gott bemötande genom hela vårdkedjan är grundläggande för att patienten ska kunna känna tillit och vilja berätta om hon/han utsatts för våld. Bekräfta patienten genom ett personligt bemötande och genom att visa att du tror på vad patienten känner. En trevligt ordnad och estetiskt tilltalande vårdmiljö bekräftar också att patienten är viktig som person.
Se till att bli ensam med patienten. Behövs tolk?	Fråga <u>aldrig</u> om våld när någon annan medföljande person är närvarande i rummet. Hänvisa till rutinerna och be medföljande gå ut en stund för att du behöver tala i enrum med patienten. Använd alltid tolk när patienten inte behärskar svenska språket. Patienten ska godkänna tolken. Använd vid behov telefontolk.
FRÅGA!	Var tydlig i ordvalet och tänk på kroppsspråket. Närma dig frågan genom att tex. tala om att våld är vanligt och att du brukar fråga alla dina patienter om våld för att kunna hjälpa dem bättre. Ställ en direkt eller indirekt fråga. Ex. på direkt fråga: "har någon slagit dig?" Ex. på indirekt fråga: "har du känt dig hotad någon gång?" För mer exempel se: www.viss.nu , se under fliken kvinnohälsa/våldsutsatta kvinnor
Nej	Se till att det finns skriftlig information tillgänglig för patienterna. Vid misstanke om att det finns barn som far illa gå till den orange rutan.
Ja, akut	Akut är det om misshandelstillfället skett nyligen. Kvinnan kan vara akut skadad och/eller i chock. Akut våldtäkt skickas omgående till Akutmottagningen på Södersjukhuset för våldtagna kvinnor. Akut våldtagna män remitteras till kirurgmottagningen på Södersjukhuset.
Akut vård/omvårdnad	Ta in kvinnan i enskilt rum. Ge adekvat omvårdnad. Tänk på att hon kan vara i chock, ge henne en filt och ett glas vatten. Fråga om hon vill berätta om vad som hänt. Se till att hon får ett akut läkarbesök för dokumentation av eventuella skador. Hon kan behöva några dagars sjukskrivning och hänvisning/remiss till kurator/psykolog. <u>Finns det barn i familjen?</u> Var finns barnen nu? Gå vidare till den orange rutan.
Ja, ej, akut	Till primärvården söker patienten ofta för våldets långtgående effekter som smärta, depression, stressrelaterade besvär. Frågan om våld har kanske aldrig ställts och patienten har aldrig fått berätta om det hon/han utsatts för. Situationen är inte akut och handläggandet kan ske i "lugn och ro" och enligt rutinerna. För patienten kan detta vara börja till en läkningsprocess.
Minderåriga barn	Ta alltid reda på om det finns minderåriga barn i familjen. Be gärna föräldern berätta om hur barnet mår och om hon/han känner till om barnet även blir fysiskt misshandlat (att uppleva våld i hemmet är psykisk misshandel)
Om ja – anmälan till Socialtjänsten	Vid kännedom om våld mot ett barns förälder ska alltid en anmälan göras till socialtjänsten enligt lokala rutiner. Se www.viss.nu , se under fliken barns och ungdomars häls/misstanke om barn far illa. Tel.nr:5306100
Information	Patienten bör uppmanas att göra en polisanmälan Tel nr: 11414 Informera om reaktioner på våldet och vart patienten kan vända sig för att få stöd när hon vill lämna mannen Botkyrka kvinno- och tjejjour 020 2033388 Kvinnorådgivningen 53062360 Systerjouren Somaya: 7609611 Kvinnofridslinjen 020 505050
Återbesök Erbjud kurators- eller psykolog kontakt	Erbjud alltid återbesök till någon på vårdcentralen enligt lokala rutiner. Patienten bör alltid erbjudas tid hos kurator/psykolog. Skriv remiss
Dokumentera	Dokumentera alltid enligt rutiner. Detta kan vara avgörande för rättsprocessen. Se http://www.akademiska.se/templates/page_41168.aspx
LÄS MER	www.viss.nu , se under kvinnohälsa/våldsutsatta kvinnor http://www.folkhalsoguiden.se/upload/!%c3%a4mlik%20h%c3%a4lsa/Handlingsprogram%20f%c3%b6r%20v%c3%a5ldsutsatta%20kvinnor,%20tredje%20upplagan.pdf

Bilaga 2

Artikelmatris

Art ikel nr	Författa re	Titel	År & Land	Syfte	Metod	Deltagare (bortfall)	Resultat	Kvalitet & Kommentarer
1 **	Beynon, Gutmanis , Tutty, Wathen & MacMillan	Why physicians and nurses ask (or don't) about partner violence: a qualitative analysis	2012 Kanada	Identifiera barriärer och underlättande faktorer för att fråga om våld i nära relationer.	Kvalitativ (del av en större studie med både kvantitativ och kvalitativ ansats). Randomiserat urval. Enkät med 43 frågor, men endast 2 öppna frågor analyserades. Svar transkriberades och delades in i kategorier. Ssk:ors och läkares svar jämfördes, och statistisk signifikans i skillnader fastställdes via Fisher's Exact Test.	n=2000 ssk:or och läkare, varav 1000 ssk:or. (1069) Svarsfrekven s, ssk:or: 59,7% (597 st)	Vanligaste barriärerna för att fråga om IPV var tidsbrist, beteende hos de utsatta kvinnorna, kunskapsbrist, språk/kulturskillnader och att partnern var närvarande. Underlättande faktorer för att fråga om IPV var utbildning, sambandsresurser och hjälpmedel/riktlinjer.	Kvalitet: Hög.
2	Brykczynski, Crane, Medina & Pedraza	Intimate partner violence: Advanced practice nurses clinical stories of success and challenge	2011 USA	Öka förståelsen för hur specialistsjuksköterskor upplever att arbeta med kvinnor och deras familjer som rapporterar att de lever med våld i nära relation.	Kvalitativ. Tolkande, fenomenologisk ansats. Ändamålsenligt urval via professionella kontakter och rekommendationer. Intervjuer inspelade och transkriberade. Tolkande, tematisk analys, bl. a. validerad av respondenter.	n=10 specialist- ssk:or (psykiatri, familj, barnmorskor , kvinnovård).	Teman som presenteras är mottaglighet; förespråka säkerhet; våldscykeln: återfall; våldscykeln: fira framgång; igenkänning av mönster och vändpunkter; specialistsjuksköterskor känner av situationen; universalitet, engagemang och stigma; tanke/kropp-uppdelning.	Kvalitet: Hög

3	Colombini, Mayhew, Ali, Shuib & Watts	"I feel it is not enough. . ." Health providers' perspectives on services for victims of intimate partner violence in Malaysia	2013 Malaysia	Analysera barriärer och möjligheter till att implementera och integrera effektiv vård och hjälp mot våld i nära relationer på olika nivåer inom hälso- och sjukvården, i två stater i norra Malaysia.	Kvalitativ. Snöbollsurval. Semi-strukturerade djupintervjuer á ca 45 min. Digitalt inspelade, transkriberade och kodade med det kvalitativa mjukvarupaketet NVIVO.	n=54 varav 14 ssk:or.	>75% anser att IPV ej borde tolereras. Ca 50-100% anser att kvinnorna är passiva och maktlösa och tolererar våld i brist på kunskap och våld är fel. Vissa såg sin roll som enbart medicinsk medan andra såg sin roll bredare, som "rådgivare". Ca hälften upplevde frustration och otillräcklighet. Tidsbrist och obekvämlighet utgör hinder för att fråga om våld.	Kvalitet: Hög.
4	Ellis	Barriers to effective screening for domestic violence by registered nurses in the emergency department	1999 USA	Identifiera vad ssk:or som arbetar på en akutvårdsavd. upplever är de vanligaste barriärerna mot att fastställa våld i hemmet.	Kvantitativ. Referensram: Orlando's modell. Urval: alla sjuksköterskor på ett traumacenter. Enkätstudie. Statistisk analysgång med SPSS.	n=101 ssk:or (61) Svarsfrekvens: 39,6 %	87,5 % hade fått utbildning om IPV. 52,5 % tyckte man skulle screena alla. 45 % screenar regelbundet. Tre stora barriärer. 1: brist på enskildhet inom vården. 2: Tidsbrist. 3: Inte veta hur man frågar om IPV. 2/3 ansåg sig vara förberedda att rutinemässigt fråga om IPV, ge stöd och hjälpa utsatta kvinnor.	Kvalitet: Medel. Kommentarer: Delvis bristande professionalitet i språket.
5	Husso, Virkki, Notko, Holma, Laitila & Mäntysaari	Making sense of domestic violence intervention in professional health care	2012 Finland	Undersöka sjukvårdspersonals metoder för att förstå metoder för att ingripa mot våld och de organisatoriska handlingssätten för att ingripa mot våld.	Kvalitativ. Bekvämlighetsurval. Sex st fokusgrupps- intervjuer á ca 90 min. Inspelade och manuellt transkriberade. Tematisk analys i fyra steg.	n=30 ssk:or, läkare, socialarbetare och psykologer	Fyra typer av "ramar" hittades. 1. Praktisk ram (brist på relevant kunskap, hur man gör, tidsbrist), 2. Medicinsk ram (att bara se de fysiska skadorna, viktigt att vara professionell, ej ssk:ors område), 3. Individualistisk ram (IPV ett problem för individen, brist på förståelse), 4. Psykologisk ram (etiskt svårt och viktigt problem, skadar 'hela' människan).	Kvalitet: Medel. Kommentarer: Otydlig struktur, saknar resonemang om hur trovärdighet och överförbarhet säkerställts.

6	Häggblom, Hallberg & Möller	Nurses' attitudes and practices towards abused women	2005 Sverige (gjord på Åland)	Beskriva ssk:ors kunskap, agerande och kliniska utbildning relaterat till kvinnomisshandel.	Kvantitativ. Urval: alla sjuksköterskor inom Ålands hälso- och sjukvård. Enkäter. Statistisk analys med SPSS. Deskriptiv statistik i form av frekvens-tabeller och cross-tabulations	n=234 ssk:or (101) Svarsfrekvens: 57 %	De flesta ssk:or hade ingen utbildning om IPV och var mindre sannolika (än de som fått utbildning på plats) att ingripa mot IPV. Ssk:ors kunskap, tankar och agerande var osystematiskt. Okunskap om att det fanns riktlinjer.	Kvalitet: Medel. Kommentarer: bristande etiskt resonemang.
7	Häggblom & Möller	On a life-saving mission: nurses' willingness to encounter with intimate partner abuse	2006 Sverige (gjord i Finland)	På djupet undersöka sjuksköterskor som är kända för att vara stödjande gentemot slagna kvinnor, deras erfarenheter av fenomenet våld mot kvinnor i vård situationer, samt sjuksköterskors roller som vårdgivare till dessa kvinnor.	Kvalitativ. Baserad på grounded theory. Ändamålsenligt urval: respondenter valda p.g.a. att kollegor/chefer/vårdsutsatta kvinnor erkänt dessa ssk:or som bra på att möta våldsutsatta kvinnor. Individuella intervjuer á 30-90 min. Inspelade och transkriberade. Analys genom tre kodningsprocesser; öppen, axial och selektiv kodning.	n=10 ssk:or	Huvudteman: 1. Ssk:ors uppfattningar om IPV. 2. Ssk:ors känsla av att vara "utrustad". 1: ssk:or följer känslor ("magkänsla"), deras individuella reaktioner (skräck, maktlöshet etc.) påverkar mötet med patienterna. 2: Guidas av teoretisk kunskap, viktigt att den våldsutsatta kvinnan känner sig trygg och trodd, viktigt med förståelse för den långa separationsprocessen. En professionell ssk är flexibel, ärlig, empatisk, kunnig, stödjande, påhittig och fungerar som länk till andra vårdgivare. Nästan inga ssk:or hade fått utbildning om IPV. Kunskapsbrist och tidspress ses som problem. Bristande stöd från organisation/överordnade.	Kvalitet: Medel. Kommentarer: bristande etiskt resonemang.
8	Leppäkoski, Åstedt-Kurki & Paavilainen	Identification of women exposed to acute physical intimate partner violence in an	2010 Finland	Beskriva den av akutvårdspersonal uppskattade frekvensen akutvårdsbesök av kvinnor som är utsatta för fysiskt våld i nära relationer, och	Kvantitativ och kvalitativ ansats: triangulation. Motivet var att komplettera och stödja kvantitativ data. Först gjordes en enkätundersökning med bekvämlighetsurval, som analyserades enligt statistiska metoder. Därefter gjordes semi-strukturerade intervjuer	Kvantitativ del: n=957 akutvårdspersonal (469) Svarsfrekvens: 51%	Hälften av akutvårdspersonal anser sig ha problem med att identifiera kvinnor utsatta för IPV. Problem: brist på kunskap/färdigheter i hur ämnet ska tas upp, oro att kränka integritet, känslor av maktlöshet och frustration, partner/släkting närvarande, stressig miljö & tidsbrist. De med utbildning ansåg sig kunna	Kvalitet: Medel. Kommentarer: Otydlig metodbeskrivning gällande urval.

		emergency department setting in Finland		identifiering av akut våld i nära relationer.	med mindre slumpmässigt urval av respondenter. Kvalitativ data transkriberades och kvantitativ innehållsanalys gjordes - dvs kvalitativ data behandlades enligt kvantitativa metoder.	Kvalitativ del: n=16 akutvårdspersonal	identifiera våld oftare.	
9	Natan & Rais	Knowledge and attitudes of nurses regarding domestic violence and their effect on the identification of battered women	2010 Israel	Granska effekterna av ssk:ors kunskap, avdelningsrutiner och attityder för identifiering av kvinnomisshandel.	Kvantitativ. Bekvämlighetsurval. Deskriptiv enkätundersökning. Statistisk analys med SPSS, deskriptiv statistik.	n=120 ssk:or (20) Svarsfrekvens: 83 %.	Ett positivt samband mellan ssk:ors attityder, kunskap, avdelningsrutiner och screening av patienter hittades. Nästan hälften av ssk:orna hade inte fått utbildning om IPV. 47 % svarade att det inte fanns avdelningsrutiner. 37,5 % sa att de frågar kvinnor om IPV, 26 % höll med till viss del, 36,5 % svarade att de inte frågar om IPV. De flesta ssk:or anser sig utrustade att fråga och anser att IPV är ett allvarligt problem.	Kvalitet: Hög. Kommentarer: Kortfattad.
10	Sundborg, Saleh-Stattin, Wändell & Törnkvist	Nurses' preparedness to care for women exposed to intimate partner violence: a quantitative study in primary health care	2012 Sverige	Undersöka ssk:ors beredskap för att identifiera och ge god vård till kvinnor, som söker primärvård, som är utsatta för våld i nära relation.	Kvantitativ. Urval: alla ssk:or på slumpmässigt urval av vårdcentraler. Enkätundersökning baserad på en systematisk litteraturgranskning och författarnas egen kunskap inom området. Statistisk analys med STATA 9.0, deskriptiv statistik.	n=227 ssk:or (35) Svarsfrekvens: 69,3 %.	Brister finns i ssk:ors beredskap, stöd från ledningen (riktlinjer saknas). Endast hälften av ssk:or frågar alltid om IPV och oftast när en kvinna var fysiskt skadad. Ssk:or tyckte det var svårt att veta hur de skulle fråga, och om de skulle identifiera IPV skulle de boka läkartid. Att känna sig förberedd var kopplat till att själv söka kunskap samt identifiera IPV.	Kvalitet: Hög

n = antal deltagare