



Självständigt arbete (examensarbete), 15 hp, för  
Kandidatexamen i omvårdnad  
VT 2019

## **Sjuksköterskors möte med våldsutsatta kvinnor**

En litteraturstudie om sjuksköterskors  
erfarenheter

Cornelia Thornqvist och Jacqueline Petkovski

**Författare**

Cornelia Thornqvist och Jacqueline Petkovski

**Titel**

Sjuksköterskors möte med våldsutsatta kvinnor – en litteraturstudie om sjuksköterskors erfarenheter

**Engelsk titel**

Nurses' meeting with women exposed to violence – a literature study of nurses' experiences

**Handledare**

Anna Pålsson

**Examinator**

Marie Nilsson

**Sammanfattning**

**Bakgrund:** Våldsutsatta kvinnor söker sig vid flera tillfällen till hälso- och sjukvården för att få hjälp. Tidigare studier belyser att sjuksköterskor och hälso- och sjukvården brister i att tillgodose våldsutsatta kvinnors behov. Våld i nära relationer kan uttryckas på olika sätt såsom fysiskt, psykiskt, sexuellt och materiellt våld. Det uppkommer att det finns ett stort mörkertal på grund att många kvinnor inte väljer att anmäla våldet. Även en bristande jämlikhet mellan könen och att våld i nära relationer är tabubelagt i samhället belyses. **Syfte:** Syftet med studien var att belysa sjuksköterskors erfarenheter av mötet med kvinnor som utsätts för våld i nära relationer.

**Metod:** Litteraturstudien har en kvalitativ ansats och är baserad på 12 vetenskapliga artiklar från databaserna PubMed och Cinahl complete. Artiklarna har analyserats genom en induktiv innehållsanalys med manifest metod. De vetenskapliga artiklarna granskades utifrån en granskningsmall för kvalitativa studier. **Resultat:** Från analysen uppkom det fem teman: "Sjuksköterskors erfarenheter av sina egna känslor i mötet", "Sjuksköterskors erfarenheter om vad som försvårar mötet med våldsutsatta kvinnor", "Sjuksköterskors erfarenheter av identifiering av våldet", "Ett strategiskt möte med kvinnorna" och "Behovet av kunskapsutveckling". **Diskussion:** Studiens centrala fynd var brister i egna resurser i form av förutfattade meningar samt rädsla osäkerhet och maktlöshet. Brister i verksamhetens resurser såsom brist på utbildning, tidsbrist, behov av vägledning för sjuksköterskor och patientutbildning. Brister i samhällets resurser bestående av brister mellan sjuksköterskor och andra yrkesbefattningar.

**Sökord**

Sjuksköterskors erfarenheter, Mötet med våldsutsatta kvinnor, Identifiering, Bemötande



## Innehåll

Inledning.....	7
Bakgrund .....	8
Definiering av våld i nära relationer .....	8
Förekomst av våld i nära relationer .....	9
Synsätt, attityder och utveckling om våld i nära relationer .....	10
Preventivt arbete mot våld i nära relationer .....	11
Syfte .....	12
Metod .....	13
Design.....	13
Sökvägar och Urval.....	13
Granskning och Analys .....	14
Etiska överväganden .....	15
Förförståelse .....	16
Resultat.....	17
Sjuksköterskors erfarenheter av sina egna känslor i mötet .....	19
Den moraliska yrkesplikten att stödja våldsutsatta kvinnor .....	19
Sjuksköterskornas känslor som skapas i mötet .....	20
Sjuksköterskors känslor gentemot kvinnorna .....	22
Sjuksköterskors erfarenheter om vad som försvårar mötet .....	23
Tidsbrist.....	23
Brister mellan sjuksköterskor och andra yrkesbefattningar .....	25

Sjuksköterskors förutfattade meningar blir ett hinder i omvårdnaden .....	25
Sjuksköterskors erfarenheter av identifiering av våldet .....	26
Egna erfarenheter av våld underlättar identifieringen.....	27
Erfarenheter av faktorer som avslöjar att kvinnan är utsatt för våld .....	27
Betydelsen av att skapa ett strategiskt möte med kvinnorna.....	29
Sjuksköterskors kommunikationsstrategier i mötet .....	29
En förtroendefull relation mellan sjuksköterskor och våldsutsatta kvinnor.....	30
Behov av mer kunskap .....	32
Sjuksköterskors erfarenheter av behov av vägledning och patientutbildning .....	33
Utbildning för sjuksköterskor.....	34
Diskussion .....	36
Metoddiskussion.....	36
Tillförlitlighet .....	36
Verifierbarhet .....	38
Pålitlighet .....	38
Överförbarhet .....	40
Resultatdiskussion.....	40
Egna resurser .....	42
Verksamhetens resurser.....	43
Samhällets resurser.....	47
Utveckling- och förbättringsarbete.....	48
Slutsats .....	50

Referenser.....	51
Sökschema.....	59
Artikelöversikt.....	61

## Inledning

Våldsutsatta kvinnor söker sig ofta till hälso- och sjukvården upprepade gånger och mötet med hälso- och sjukvården är vanligtvis det första steget för kvinnorna i att bli erbjudna hjälp (Inspektionen för vård och omsorg [IVO], 2014). Våldsutsatta personer förekommer främst inom psykiatri och missbruks- och beroendevården samt är en majoritet av patienterna inom nämnda verksamheter. Däremot förekommer våldsutsatta personer överallt i samhället och det är därför betydelsefullt att vara uppmärksam på tecken på våldsutsatthet (Socialstyrelsen, 2016). Inspektionen för vård och omsorg (IVO, 2014) hävdar att personal inom hälso- och sjukvården har ett ansvar och en avgörande roll i att upptäcka dessa kvinnor för att erbjuda den vård och hjälp som krävs. Vården skall följas genom de rutiner och riktlinjer som är angivna för verksamheten och innebär att vårdgivaren är högst ansvarig för att vårdpersonal följer dessa riktlinjer och rutiner samt har kunskap och kännedom om våld i nära relationer. Riktlinjerna och rutinerna verkar däremot inte vara fullt välkända av vårdpersonal och används i olika stor omfattning inom hälso- och sjukvården. Larsen, Krohn, Pueschel och Seifert (2014) beskrev att kvinnor drog sig från att söka hjälp från hälso- och sjukvården. Detta grundade sig i rädsla att inte bli betrodna. Hälften av kvinnorna ansåg att hälso- och sjukvården var deras första kontakt till professionell hjälp men upplevde att de blev avfärdade från hälso- och sjukvården. Detta orsakade känslor som ensamhet och hjälplöshet utan stöd. Vårdpersonal upplevdes vara avvisande när

kvinnorna inte kunde visa tydliga fysiska tecken på att de varit utsatta för våld och läkare uppfattades ta den enkla vägen genom medicinska åtgärder istället för att ta sig tid till att förstå kvinnans situation. Kvinnorna beskrev att den viktigaste egenskapen de efterfrågade hos hälso- och sjukvårdspersonal var empati och att de lyssnade på kvinnorna. När kvinnorna kände sig lyssnade på väckte det ett hopp hos kvinnorna att få hjälp och att de inte längre var ensamma. Sundborg, Saleh-Stattin, Wändell och Törnkvist (2012) hävdar att sjuksköterskor och organisationen brister i att tillgodose våldsutsatta kvinnors behov. Detta grundade sig i bristande kunskap och stigmatisering kring våld i nära relationer, vilket resulterade i osäkerhet hos sjuksköterskor att ställa frågor till kvinnor där våld misstänktes. Sannolikheten var större att sjuksköterskor som har väsentlig kunskap om våld i nära relationer uppmärksammade de våldsutsatta kvinnorna vilket medförde att sjuksköterskorna vågade ställa frågor om våld i nära relationer.

Denna studie kommer uppmärksamma sjuksköterskors erfarenheter om våld i nära relationer, vilket kan generera i ny kunskap och medvetenhet om ämnet samt medföra en god omvårdnad till kvinnorna.

## **Bakgrund**

### **Definiering av våld i nära relationer**

Våld i nära relationer definieras enligt Nationellt centrum för kvinnofrid (u.å) som två individer i en relation där den ena partnern utsätts för våld av den andra partnern. En grundläggande orsak till varför den våldsutsatta utsätts för våld beror på förövarens destruktiva kontrollbehov och maktutövning gentemot den våldsutsatta. Ofta finns en emotionell och stark relation mellan



offret och förövaren vilket kan göra det svårare för offret att avsluta relationen. Därmed föreligger en stor risk att våldets utbredd blir större och mer intensiv.

Enligt Socialstyrelsen (u.å) omfattar våld i nära relationer fysiskt, psykiskt, sexuellt och materiellt våld. Våldet kan yttra sig på ett eller flera sätt. Det fysiska våldet kännetecknas i form stryptag, knuffar och sparkar. Sexuellt våld innebär att förövaren utsätter våldsoffret för ofrivilliga sexuella handlingar samt att våldsoffret inte vågar ställa sig emot sexuella handlingar. Det psykiska våldet är när förövaren utsätter våldsoffret för hot och förlöjligande. Hot om våld samt våld mot husdjur klassificeras även som psykiskt våld. Social och materiell/ekonomisk utsatthet är också definitioner på våld. Social utsatthet innebär att förövaren utsätter våldsoffret för frihetskränkningar genom isolering. Den materiella/ekonomiska utsattheten innebär att förövaren avsiktligt utsätter våldsoffret för ekonomiska bekymmer samt förstör ägodelar och tillhörigheter som är av personligt värde för våldsoffret.

## **Förekomst av våld i nära relationer**

Enligt World Health Organization (WHO, 2013) är det var tredje kvinna i världen som lever i en nära relation som upplevt fysisk och/eller sexuellt våld av deras partner och 38% av alla mord på kvinnor begås utav en partner i nära relation. Stöckl et al. (2013) studie belyser att av 66 länder i världen hade 38,6 % av alla mord på kvinnor begås av en partner i nära relation. BRÅ (2014) menar att det däremot finns ett mörkertal av dessa våldsutsatta kvinnor. Majoriteten väljer att inte anmäla bland annat på grund av att våldet inom relationen anses vara en petitesse och går att reda ut parterna emellan. BRÅ (2019a) presenterar att antalet anmälda fall av grov kvinnofridskränkning i Sverige emellertid har minskat med 34 % de senaste tio åren, där en minskning på 7% har skett mellan 2017 och 2018. Minskningen av anmälda fall

grov kvinnofridskränkning i Sverige beror på att lagen omfattar olika typer av brottstyper såsom misshandel, olaga hot och hemfridsbrott och beror på hur polis och åklagare hanterar samt klassificerar dessa typer av brott. Antalet anmälda misshandelsbrott i Sverige 2018 har minskat men däremot förekom en ökning av anmälda misshandelsbrott mot kvinnor jämfört med år 2017. Majoriteten av misshandelsbrotten mot kvinnor utfördes av en bekant till offret, där mer än hälften utav dessa hade en nära relation (BRÅ, 2019a). Dödligt våld i Sverige minskade med 4% jämfört med 2017. Av 108 fall dödligt våld 2018 var 33 av dessa fall en kvinna vilket är en ökning jämfört med 2017. Av antalet fall av dödligt våld mot kvinnor ägde 67% rum i en nära relation (BRÅ, 2019b).

## **Synsätt, attityder och utveckling om våld i nära relationer**

Nationellt centrum för kvinnofrid (u.å) upplyser att synsättet på våld mot kvinnor i nära relationer har sedan tidigt uppfattats som ett beteende utöver det normala som handlar om två individers privatliv. Förr i tiden antogs det att förövaren led av problem såsom missbruk eller psykisk sjukdom, men synen på förövaren skiljer sig numera. Under 1990 lyfte forskning fram att våld i nära relationer drabbar alla kvinnor oavsett samhällsklass, ålder eller sexualitet. FN:s deklaration om avskaffande av våld mot kvinnor antogs 1993 och menade att våldet beror på bristande jämlikhet mellan män och kvinnor. Våldet resulterar i att kvinnor lever i en sekundär ställning gentemot männen både privat och i samhället. Deklarationen fastställde även rekommendationer och åtgärder till staterna för att motverka och arbeta förebyggande mot våld mot kvinnor (Nationellt centrum för kvinnofrid, u.å). År 1998 införskaffades grov kvinnofridskränkning i brottsbalken vilket berör vålds- frids- eller sexualbrott av en man mot en gift eller tidigare gift kvinna i en nära relation. Denna lag syftar till att stödja åtal av män som upprepade gånger kränker en kvinna i nära relation samt ge följd till ett strängare straff. Tidigare var det ett krav att gärningsmannen skulle vara dömd för andra gärningar samt utsatt kvinnan för upprepade

gärningar inom en viss tidsaspekt. Efter att lagen ändrats krävs det endast att handlingarna tillsammans anses vara en upprepad kränkning och att inga tidigare domar är avgörande för att gärningsmannen skall bli dömd för grov kvinnofridskränkning (BRÅ, 2000).

## **Preventivt arbete mot våld i nära relationer**

Socialstyrelsen (2018) konstaterar att våld mot kvinnor är ett allvarligt problem i samhället och grundar sig i att ojämlikhet råder mellan könen där männen uppfattas som det mest framträdande könet. Socialstyrelsen har utformat sex delmål för en jämställd framtid. Ett av dessa delmål är "Mäns våld mot kvinnor ska upphöra. Kvinnor och män, flickor och pojkar ska ha samma rätt och möjlighet till kroppslig integritet" (Socialstyrelsen, 2018, s.8). För att bekämpa våld som är riktat mot kvinnor har Socialstyrelsen utformat ett tillvägagångssätt som innebär att stoppa mäns våld och riktar sig främst till att män inte bör hävda sin manlighet genom våldshandlingar. Detta är ett preventivt arbete som syftar till att motverka männens våldshandlingar, stöttning till offren, upptäcka dessa individer i tidigt skede, förbättra rättsväsendet gällande brott i nära relationer samt förbättra kunskapen hos yrkespopulationen som kan komma att bemöta den våldsutsatta. Enligt Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd om våld i nära relationer (2014) bör vårdgivaren säkerställa att hälso- och sjukvårdspersonal har den kompetens som anses relevant i möten med patienter som väcker misstanke om utsatthet för våld och övergrepp av närstående. Vårdgivaren skall se till att personal samtalar med patienten i avskilt rum samt vidtar åtgärder vid kvarliggande misstankar om våld och övergrepp. Åtgärderna innefattar bland annat att ge information om stöd och vård till våldsutsatta patienter samt uppmärksamma patientens behov av vård. Natan och Rais (2010) beskrev att det fanns delade åsikter hos sjuksköterskor om det förekom riktlinjer i verksamheten i arbetet med patienter som utsätts för våld. Socialstyrelsen (2016) menar att det

är avgörande för hälso- och sjukvården att upptäcka signaler och tecken på våldsutsatthet i tid för att kunna erbjuda optimal vård, stöd och hjälp till patienten. För att kunna identifiera och erbjuda hjälp till våldsutsatta individer krävs det att hälso- och sjukvårdspersonal har en vilja att se, veta och våga fråga, samt har förmåga att lyssna och kommunicera i dessa möten med patienterna. Hälso- och sjukvårdspersonal bör utgå från nyckelorden respekt, lyhördhet och förståelse, samt erbjuda ett flertal samtal med patienten. Svensk sjuksköterskeförenings (2017) kompetensbeskrivning för legitimerade sjuksköterskor beskriver att sjuksköterskan skall kunna arbeta personcentrerat utifrån patientens individuella behov, resurser, värderingar och förväntningar. Mötets centrala punkt skall utgå från de våldsutsatta kvinnornas berättelser.

Det tycks finnas en problematik i att ta upp ämnet våld i nära relationer med kvinnorna som vänder sig till hälso- och sjukvården. Genom att undersöka hur sjuksköterskor erfar mötet med kvinnor som blir utsatta för våld skapas en djupare förståelse vart den egentliga problematiken föreligger utifrån sjuksköterskors perspektiv. Detta kan generera till ny kunskap om hur bemötandet kan ske. Den nya kunskapen kan därmed tillämpas i såväl yrkesrollen som i privatlivet och resulterar i att erbjuda en god omvårdnad utifrån kvinnans individuella behov samt hänvisning till övriga professioner som arbetar med våldsutsatta personer. Ämnet är betydelsefullt att undersöka då våld i nära relationer förekommer regelbundet och sjuksköterskor oavsett arbetsplats kan komma att stöta på dessa kvinnor någon gång under sin yrkesverksamma tid.

## **Syfte**

Syftet med studien var att belysa sjuksköterskors erfarenheter av mötet med kvinnor som utsätts för våld i nära relationer.

# Metod

## Design

Studien var utformad som en litteraturstudie. Litteraturstudien har baserats på kvalitativa artiklar då det var sjuksköterskans erfarenheter som uppmärksammades. Henricson och Billhult (2012) menar att kvalitativa studier syftar till att fördjupa sig i levda erfarenheter av det fenomen som skall studeras. Segesten (2017) förklarar att en litteraturstudie innefattar analys och sammanställning av redan befintliga artiklar från ett studerat område.

## Sökvägar och Urval

Inledningsvis gjordes en pilotsökning som påvisade att det fanns underlag till att utföra en artikelsökning. Artikelsökning efter kvalitativa artiklar gjordes i databaserna Cinahl Complete och PubMed i form av blocksökning. Karlsson (2012) redogör att Cinahl är en databas som belyser omvårdnad i bland annat former av artiklar, avhandlingar och böcker. PubMed är en databas som innehåller information om alla inriktningar inom den medicinska vetenskapen. Sökord valdes utifrån syftet och sattes in i diverse block med synonymer för att kunna utföra en blocksökning. Nyckelorden i sökblocken var nurse, violence och women. I sökningen användes boolesk sökteknik med sökoperatörer som AND och OR. Östlundh (2017) beskriver att operatören OR används för att utvidga sökningen och hitta något utav de olika synonymerna. Operatören AND används för att koppla ihop de olika söktermerna. Trunkering användes på ordet nurse, detta gjordes för att söka efter ordets alla ordformer genom att sätta ett trunkeringstecken på ordets ordstam (Östlundh, 2017) (Se bilaga 1). Ämnesord och fritext kombinerades i artikel sökningen för att få fram ett så stort antal träffar som möjligt. Ämnesorden beskrivs enligt Östlundh (2017) som beskrivande för vad dokumentet handlar om, där sökningar efter ämnesorden återfinns i ämnesordlistor. Fritextsökning innebär enligt

Karlsson (2012) att sökordet efterfrågas i artikeln som titel, författare och/eller ämnesord. Sökningarna begränsades till det engelska språket, alla vuxna, kvinnor, peer reviewed samt skulle vara publicerade mellan 1999–2019 vilket innebär att äldre artiklar sorteras bort då de inte är relevanta för studien (Östlundh, 2017). Detta görs då ämnesområdet blivit mer omtalat de senaste 20 åren. Peer reviewed innebär enligt Östlundh (2017) att artiklarna är publicerade i vetenskapliga tidskrifter, men talar inte för om artikeln är vetenskaplig eller ej.

Inklusionskriterier i artikelsökningen är alla vuxna, originalartiklar, artiklar som berör kvinnliga patienter, och sjuksköterskors och specialistsjuksköterskors erfarenheter. Urvalet för litteraturstudien berörde sjuksköterskor då studiens syfte var att belysa mötet med våldsutsatta kvinnorna utifrån sjuksköterskors erfarenheter. Författarna valde att avgränsa till myndiga kvinnor då det är ett känsligt ämne att forska i. Exklusionskriterier var barn under 18 år, män, kvinnornas erfarenheter och andra yrkesprofessioners erfarenheter. Om rubriken berörde studiens syfte lästes artikelns abstrakt detta för att ytterligare överblick över artikelns ämne. Om abstraktet uppfattades relevant för studien sparades artikeln för en noggrann granskning och analys. I artikelsökningen fann författarna sammanlagt 12 relevanta artiklar för studiens syfte.

## **Granskning och Analys**

Artiklar har analyserats genom en induktiv innehållsanalys där analysen utgår ifrån vad texten innehåller (Danielson, 2012). Inledningsvis har författarna för denna studie enskilt satt sig in i materialet genom att läsa studierna upprepade gånger med fokus på resultatdelen. Artiklar har granskats utifrån en granskningsmall för kvalitativa studier (Blomqvist, Orrung Wallin, & Beck, 2016) som sedan har presenteras i artikelöversikter i studien. Trovärdighetsbegreppen tillförlitlighet, pålitlighet, bekräftelsebarhet och överförbarhet visar på att artiklarna är av god

vetenskaplig kvalitet (Wallengren & Henricson, 2012). De artiklar som har ingått i studien har blivit granskade efter trovärdighetsbegreppen.

Artiklarna har analyserats genom en manifest metod vilket enligt Danielsson (2012) innebär att man fokuserar på och anger det som står i texten. Författarna har utgått från Fribergs (2017) analysmodell. Modellen syftar till att identifiera citat och fynd i studiernas resultat, skapa en schematisk översikt över det som skall analyseras, identifiera likheter och skillnader i studiernas resultat, skapa övergripande teman och nya subteman för att slutligen utforma en slutlig beskrivning.

## **Etiska överväganden**

Forskningsetiska principer har tillämpats i litteraturstudien då studien har belyst sjuksköterskors erfarenheter i mötet med kvinnor som lever i våld i nära relationer, detta för att öka kunskapen om mötet. Artiklarna som har använts i litteraturstudien har varit etisk godkända av en etisk kommitté alternativt att författarna i artiklarna genomfört och redovisat etiska överväganden. Sandman och Kjellström (2013) hävdar att forskningsetiska principer grundar sig i att studien ska vara till nytta och öka förståelsen med relevant kunskap för det studerade urvalet. I ett etiskt övervägande undersöks att de essentiella frågorna och kvaliteten på studien är etiskt genomförda. Även ett informerat samtycke ingår i den etiska valideringen vilket värnar om att de personer som deltar i studien ska delta av egen vilja. För personerna som deltar är konfidentialiteten en väsentlig faktor då presentationen av datan sker på ett sätt så det inte går att urskilja vem som deltagit i studien. I föreliggande studie togs det hänsyn till om det fanns vetenskaplig oredlighet i artiklarna i form av förvrängning av resultatet eller dylikt. Om artiklarna uppfattades vetenskapligt oredliga exkluderades dessa från studien. Även de artiklar som inte uppfyllde de forskningsetiska kraven exkluderades. Sammanlagt exkluderades fyra artiklar som bedömdes som vetenskapligt oredliga och inte uppfyllde de forskningsetiska kraven.

Priebe och Landström (2016) upplyser om att förförståelse är en persons kunskap och erfarenhet inom ett område. För att höja tillförlitlighet i en studie krävs det att författarna är medvetna om deras förförståelse och tar sig objektiva. Författarna i föreliggande studie har strävat efter att inte låta förförståelsen påverka resultatet genom att inkludera studier som inte bekräftade författarnas förförståelse.

## **Förförståelse**

Författarna i litteraturstudien har inga erfarenheter av våld mot kvinnor i nära relationer, varken i privatlivet eller inom den yrkesmässiga rollen. Däremot har författarna uppmärksammat att ämnet är mycket omtalat i dagens samhälle i olika debatter och politiska frågor, men att ämnet fortfarande upplevs mycket diffust trots att det är så omtalat. Författarnas förförståelse är att det finns riktlinjer som tydligt skall följas utav vårdpersonal inom mödravården och psykiatrin men att samtalsämnet om våld i nära relationer är något ovanligare inom slutenvården, primärvården, öppenvården samt kommunen. Trots att det finns riktlinjer och rekommendationer om hur vårdpersonal skall ställa sig till att bemöta kvinnor som utsätts för våld i nära relationer, uppfattas det inte följas fullt ut på grund av orsaker som osäkerhet samt att det upplevs genant och påträngande.



## Resultat

Från analysen framkom fem teman utifrån sjuksköterskornas erfarenheter att bemöta våldsutsatta kvinnor. De fem teman som presenterades i resultatet var, Sjuksköterskors erfarenheter av sina egna känslor i mötet, Sjuksköterskors erfarenheter om vad som försvårar mötet, Sjuksköterskors erfarenheter av identifiering av våldet, Betydelsen av att skapa ett strategiskt möte med kvinnorna och Behov av mer kunskap. Figur 1 illustrerar teman och respektive subteman. Resultatet har baserats på 12 artiklar varav fyra från USA och resterande från Norge, Israel, England, Finland, Australien, Jamaica, Sverige och Brasilien. Artiklarna omfattar 131 barnmorskor, 49 allmänsjuksköterskor, 11 distriktssjuksköterskor, fem familjerådgivning sjuksköterskor och en psykiatrisjuksköterska. Barnmorskor är den mest framträdanden yrkesbefattningen av respondenterna i resultatet vilket grundar sig i att de är den yrkeskategorin som regelbundet träffar våldsutsatta kvinnor.

Figur 1



## **Sjuksköterskors erfarenheter av sina egna känslor i mötet**

Temat redogör att sjuksköterskor anser sig ha en moralisk yrkesplikt i att uppmärksamma våldsutsatta kvinnor och besitter en central roll för att stödja dem. Mötet genererar starka känslor som kan bli svårt för sjuksköterskorna att hantera och ställer dem i en komplicerad position i mötet med kvinnorna. I temat Sjuksköterskans erfarenheter av sina egna känslor i mötet presenteras tre subteman: *Den moraliska yrkesplikten att stödja våldsutsatta kvinnor*, *Sjuksköterskors känslor som skapas i mötet* och *Sjuksköterskors känslor gentemot kvinnorna*.

### **Den moraliska yrkesplikten att stödja våldsutsatta kvinnor**

Resultatet visar att sjuksköterskor anser sig själva vara ett essentiellt stöd för våldsutsatta kvinnor. Sjuksköterskorna erfar att det ingår i yrkesplikten att uppmärksamma kvinnorna samt att de besitter en möjlighet att kunna främja hälsa och göra en skillnad i kvinnornas liv. Henriksen, Garnweidner-Holme, Thorsteinsen och Lukasse (2017) samt Sprauge Hatcher, Woollett och Black (2017) upplyste om att barnmorskor beskrev sina handlingar som ingripande för att förebygga skada eller risk för skada, vilket motiverade barnmorskorna att fråga kvinnorna om de var utsatta för våld. Barnmorskor beskrev att trots frustration och brist på kunskap om utfallet av våld mot kvinnor, uppfattade barnmorskorna ha en möjlighet att kunna göra skillnad i kvinnornas liv. En barnmorska uppgav: "If I can make a difference...even for one day, that she feels valued and important and loved. . .I am doing what I need to do" (Hindin, 2006, s. 219).

Sprauge et al. (2017) menade att kvinnorna aktivt sökte direkt kontakt med barnmorskorna för att få hjälp då det förväntades ingå i deras profession. Barnmorskorna valde att hjälpa dessa kvinnor då de ansåg att det ingick i deras yrkesplikt som vårdgivare. Barnmorskornas erfarenheter var att de uppfattade sig som de viktigaste personerna i arbetslaget där de besitter en

möjlighet att förebygga våld och bemöta våldsutsatta kvinnor. Barnmorskorna uppfattade sitt stöd till de våldsutsatta kvinnorna som meningsfullt och som en hjälpare i kris genom att vidta åtgärder för att hjälpa kvinnan att komma ur den våldsamma relationen. En sjuksköterska beskrev uppfattning om sjuksköterskerollen:

That role is extremely important because it is me who attend the person first and it is most often I who see the patient last, who says goodbye at the ward.... Yes, as instruments we are extremely important, I should say that we are the most important chain (Hägglom & Möller, 2006, s.1084).

Även om verksamheten inte krävde att barnmorskor hade skyldighet att uppmärksamma våldet uppfattade de att det ingick i barnmorskornas moraliska skyldighet att rapportera våldet (Pitter, 2016). En sjuksköterska beskrev: "I thought I should discover if she had really been abused, what help I should offer, to whom should I report the abuse...that's my duty...what did I feel? I don't know. I felt responsible for her..." (Goldblatt, 2009 s. 1649)

Barnmorskor menade att kontinuerlig screening av kvinnor som blir utsatta för våld bör ingå i barnmorskans roll där majoriteten av deltagarna i studien även kände ett personligt engagemang i yrkesrollen för rutinmässig utredning (Eustace, Baird, Saito & Creedy, 2016). En barnmorska sade:

...often seeing a midwife is a woman's first contact with some regular healthcare and social care as well. So I really think that it should be one of those things that midwives really should be championing and being a leader in (Eustace et al., 2016, s.506).

### Sjuksköterskornas känslor som skapas i mötet

Resultatet visar att sjuksköterskor har erfarenheter av rädsla, frustration, ilska, medlidande, maktlöshet och ensamhet utan stöd i mötet med våldsutsatta kvinnor. Sjuksköterskor beskriver rädsla för sin egna och kvinnornas säkerhet vilket gör det svårare för sjuksköterskor att ställa

frågan om våld. Sjuksköterskor känner ett behov av att ignorera sina egna känslor i mötet för att inte bli för känslomässigt involverad. Detta för att kunna agera professionellt. Kvinnor som är utsatta för våld går inte att bota vilket skapade en frustration hos sjuksköterskorna. Känslorna som uppstod hos sjuksköterskorna var ilska, medlidande, maktlöshet och ensamhet utan stöd. Likväl uppfattade sjuksköterskorna behovet av att ignorera sina egna känslor för att kunna vara kompetent i mötet (Goldblatt, 2009; Häggblom & Möller, 2006). Henriksen et al. (2017) samt Pitter (2016) belyste att det fanns en rädsla över sin egen och kvinnornas säkerhet, där ett bra skydd skulle kunna stärka barnmorskorna i mötet och underlätta att ingripa. Goldblatt (2009) beskrev sjuksköterskors erfarenheter av rädsla om sin egen säkerhet som skapades i mötet med kvinnorna då det blev uppenbart för sjuksköterskorna att ingen är immun mot våld i nära relationer. Protheroe, Green och Spiby (2004) menade att osäkerhet och rädsla uppstod i mötet när barnmorskor mötte kvinnans partner med vetskapen om vad partnern utsatt kvinnan för.

Henriksen et al. (2017) menade att barnmorskorna även uttryckte en rädsla för att fråga kvinnorna om våld då de var oroliga för det ansvar de måste ta för att åtgärda problematiken om kvinnan avslöjade att hon var utsatt för våld. Även ämnets känsliga karaktär gjorde det svårt för barnmorskorna att fråga kvinnorna. Detta gällde även barnmorskor som hade flera års erfarenhet av ämnet.

Sundborg, Törnkvist, Saleh-Stattin, Wändell och Hylander (2015) menade att distriktssjuksköterskorna kände intresse men även rädsla i att höra kvinnornas berättelser om våldet de var utsatta för. Distriktssjuksköterskorna var rädda att de skulle bli alltför känslomässigt involverade och oroliga själva samt beskrev en rädsla för vad som skulle hända efter de uppmärksammat våldet. En distriktssjuksköterska beskrev: "It may arouse such anxiety that it is better not to ask" (Sundborg et al., 2015, s. 2258). Goldblatt (2009) beskrev en sjuksköterskas känsla av att vara alltför känslomässigt överväldigad i kvinnans berättelse med en stark identifiering med kvinnan. Detta gjorde så sjuksköterskan hade svårt att distansera sig i mötet

där gränserna mellan sig själv och kvinnan var utsuddade. Om känslorna hos sjuksköterskan tog plats i mötet skulle sjuksköterskan inte agera professionellt. Detta beskrevs enligt en sjuksköterska: "...I don't think about emotions during work, because...I have no time. Our ward is very busy and if I keep thinking about my feelings, I won't be able to function professionally..." (Goldblatt, 2009, s.1649). Genom att avstå från de känslomässiga och vårdande aspekterna väljer sjuksköterskor att fokusera på de medicinska och fysiska aspekterna i omvårdnaden, vilket skyddar från känslor som ångest och hjälplöshet. Att kunna särskilja sin roll i privatlivet och i sin yrkesroll underlättar kontrollen över sig själv och sina livsdomäner (Goldblatt, 2009).

### Sjuksköterskors känslor gentemot kvinnorna

Resultatet visar att sjuksköterskors erfarenheter i mötet med våldsutsatta kvinnor där kvinnornas liv blivit hotat genererar i stor stress för sjuksköterskorna. I deras yrkesplikt krävs det att de ska rapportera till myndigheter vid misstanke om våld, vilket kan resultera i att kvinnorna förlorar vårdnaden av sina barn. Detta skapar ångest hos sjuksköterskorna. Sjuksköterskorna anser även att samhället sviker kvinnorna vilket resulterar i ångest, oro och frustration. Häggblom och Möller (2006) upplyste om att rädsla uppstod hos sjuksköterskor när de mötte misshandlade kvinnor med fysiska skador såsom naglar som rivits av från fingrarna, blåmärken, sprickor, huvudskador, brännskador, kvinnor som blivit inlåsta i en källare i flera dagar eller kvinnor som nästan hade blivit dränkta. De situationer där kvinnans liv blivit hotat och oförmågan att kunna hjälpa kvinnan med det som sjuksköterskorna värderade mest var de situationer som orsakade mest stress hos sjuksköterskorna. Att upptäcka våldet kunde resultera i ångest, oro och frustration för sjuksköterskorna, dels för att mannen ofta inte fick några konsekvenser för sina handlingar men även för att samhället svek kvinnorna. Sjuksköterskor berättade: "It is heavy to meet and hear about all the horror, to hear about how it hurts and about all the horrible scenes of bruises and battery, slaps and all this" och "My heart bleeds for every new woman I meet at the

health clinic”. (Hägglom & Möller, 2006, s.1082). En annan sjuksköterska berättade: “The worst part is seeing the woman behind all the scars” (Hägglom & Möller, 2006, s.1081).

Ångest skapades hos barnmorskorna på grund av att lagstiftningen innebar att vårdpersonal var tvungna att skriva en rapport när det fanns misstankar om våld i patientens relation. Ångesten grundade sig i att en rapport till myndigheten kunde resultera att den utsatta kvinnan förlorade rätten till vården av sina barn (Eustace et al., 2016). Sundborg et al. (2015) menade att distriktssjuksköterskor hade erfarenheter av osäkerhet i mötet där de skulle identifiera våldet på grund av känslor som att göra bort kvinnan eller om deras misstanke om våldet i själva verket inte stämde.

## **Sjuksköterskors erfarenheter om vad som försvårar mötet**

Temat beskriver sjuksköterskors erfarenheter om varför mötet med våldsutsatta kvinnor kan falla. Förutsättningarna att erbjuda personcentrerad omvårdnad till kvinnorna försvåras på grund av brister i tidsaspekten, samarbetet mellan sjuksköterskan och andra yrkesbefattningar samt de förutfattade meningarna som ligger till grund om varför ämnet inte uppmärksammas. I kategorin identifierades tre subteman: *Tidsbrist*, *Brister mellan sjuksköterskor och andra yrkesbefattningar* och *Sjuksköterskans förutfattade meningar blir ett hinder i omvårdnaden*.

### **Tidsbrist**

Resultatet visar att våld i nära relationer är ett ämne som kräver tid och många åtgärder. Tidsbristen är en faktor som resulterar i att sjuksköterskor brister i att uppmärksamma våldsproblematiken. Sjuksköterskors yrkesprofession inbegriper många olika arbetsuppgifter vilket medför en begränsad tid till att sitta ner och samtala med kvinnan. Goldblatt (2009) samt

Sundborg et al. (2015) hävdade att sjuksköterskor och distriktssjuksköterskor anser att de hade många andra uppgifter och att uppmärksamma kvinnor som lever i våldsutsatta relationer inte ingick i deras dagliga arbetsuppgifter då tiden inte räcker till. En sjuksköterska uppgav:

I am a nurse, not a psychologist! There are 14 patients under my charge, there's never time to sit and talk to patients to gain their trust...I wish I could help properly...in these circumstances, you can't really attend to an abused woman...  
(Goldblatt, 2009, s.1649)

Visentin, Becker-Vieira, Trevisan, Lorenzini, och Franco da Silva (2015) hävdade att en förutsättning för att kunna identifiera våldet är att låta samtalet ta den tid som krävs och kunna ställa ledande frågor som leder till avslöjande. Eustace et al. (2016) belyste att barnmorskor ansåg att tiden inte räckte till då deras möte med kvinnorna ofta var tidsbegränsat. En barnmorska berättade:

I don't feel like there's time to build up a rapport with a woman, for her to feel comfortable with me, because she's a complete stranger. . . it's like "here fill out this piece of paper" kind of thing...I don't have the right to ask that question of someone I've known 45 minutes (Eustace et al., 2016, s. 506).

Henriksen et al. (2017) upplyste om att barnmorskorna anser att de har en moralisk skyldighet att uppmärksamma kvinnor där misstanken om våld i nära relationer föreligger, men att bristen på tid hindrade dem att uppmärksamma kvinnorna. Även vetskapen om att våldsproblematiken är ett tidskrävande ämne och kräver många åtgärder hindrade barnmorskorna från att uppmärksamma kvinnorna. Vissa barnmorskor glömde bort att uppmärksamma kvinnorna om de hade många andra arbetsuppgifter.



## Brister mellan sjuksköterskor och andra yrkesbefattningar

Sjuksköterskor erfar att det finns en viss ignorans gentemot våldsutsatta kvinnor från andra yrkesbefattningar och bristande samverkan vilket resulterar i att kvinnorna istället anförtror sig till sjuksköterskorna. Sjuksköterskorna uppfattar bristen på samverkan med andra yrkesbefattningar som frustrerande men fungerar även som en drivkraft att hjälpa de våldsutsatta kvinnorna. Eustace et al. (2016), Häggblom och Möller (2006) samt Pitter (2016) hävdade att sjuksköterskor och barnmorskor uppfattade att stödet samt resurser från hälsomyndigheten var bristfälligt. Om det hade funnits garanterat skydd från hälsomyndigheten hade det gett kraft till dem att ingripa. Emellertid visade även Häggblom och Möller (2006) att sjuksköterskors erfarenheter av frustration uppstod när kollegor och läkare var oförmögna att identifiera våldet, nonchalerade att våldet skedde samt visade motvilja att ingripa. Sprague et al. (2017) beskrev att barnmorskor konstaterade att det fanns en påtaglig brist från polisens sida att fråga kvinnor om våld i nära relation. Polisens misslyckande gjorde att kvinnorna istället vände sig till barnmorskorna där de kände sig mer säkra på att få hjälp. Bristerna från polisen gjorde att barnmorskorna blev mer motiverade att ta sig an dessa kvinnor som blev utsatta för våld. En barnmorska nämnde:

I think the fact that there is not a lot being done shows that it [violence against women] isn't being taken seriously...I don't think they [the police] see it as very important. They don't take it seriously, and I feel like...they should...(Sprague et al., 2017, s.1607).

## Sjuksköterskors förutfattade meningar blir ett hinder i omvårdnaden

Subtemat beskriver sjuksköterskors erfarenheter om förutfattade meningar där kvinnor från olika samhällsklasser anses påverkas olika av våld i nära relationer vilket resulterar i att alla kvinnor

inte blir lika uppmärksammade och identifierade. Resultatet upplyser även att ämnet är stigmatiserat och tabubelagt i samhället såväl som hos sjuksköterskorna. Henriksen et al. (2017) samt Pitter (2016) upplyste att barnmorskor ansåg att ämnet fortfarande var tabubelagt i samhället och respektlöst att tala om. En barnmorska berättade: “The subject is taboo. It’s a topic that has not been talked about, it has been treated with silence, and we respect what happens within the private home. I think that is just something we have learned from childhood” (Henriksen et al., 2017, trettonde stycket). En annan barnmorska uppgav: “Gender-Based Violence is treated like private business...” (Pitter, 2016, artonde stycket).

Sundborg et al. (2015) upplyste även att vissa distriktssjuksköterskor ansåg att de kvinnor som missbrukade alkohol inte påverkades emotionellt av våldet i samma utsträckning som övriga kvinnor gör. Distriktssjuksköterskor ansåg även att äldre kvinnor hade en annorlunda uppfattning av våld i nära relationer då den äldre generationen blivit mer toleranta för våld under sin uppväxt. Distriktssköterskorna förmodade att kvinnor från andra kulturer hade en större acceptans mot våld i nära relationer. Goldblatt (2009) menade att trots att våld i nära relationer förekommer i alla socioekonomiska hushåll tenderar de lägre socioekonomiska kvinnorna att med större sannolikhet bli screenade.

## **Sjuksköterskors erfarenheter av identifiering av våldet**

Temat visar att sjuksköterskor har möjlighet att identifiera våldet genom observationer av kvinnans kroppsspråk, fysiska symtom, partners beteende, samt sin magkänsla som fungerar som ledtrådar till att våga ställa frågan till kvinnorna. Egna erfarenheter av våld i nära relationer beskrivs även vara en underlättande faktor i identifieringen av våldet. Två subteman utformades: *Egna erfarenheter av våld underlättar identifiering och Erfarenheter av faktorer som avslöjar att kvinnan är utsatt för våld.*

## Egna erfarenheter av våld underlättar identifieringen

Resultatet visar att sjuksköterskor som själva varit utsatta för våld i nära relation tillämpar sina egna erfarenheter i identifieringen av våldet och finner det lättare att fråga kvinnorna om de är utsatta för våld och erbjuda dem hjälp. Sundborg et al. (2015) menade att egna erfarenheter av våld i nära relationer är en viktig faktor och en fördel i mötet med kvinnorna då det reducerar tvekan i att fråga kvinnan om hon är utsatt för våld. Hägglom och Möller (2006) menade att sjuksköterskor som själva upplevt våld i nära relationer visade starka känslor såsom frustration och ilska i mötet med kvinnorna men betonade vikten av att kunna särskilja sina egna negativa upplevelser och säkerställa tillräcklig hjälp för kvinnorna.

Genom att ha egna erfarenheter om våld i nära relation påverkar det barnmorskans förmåga att hjälpa kvinnan där en barnmorska beskrev: "When you were in an abused [an abusive situation], you have a better chance to say something to somebody who is going through that rough time" (Sprauge et al., 2017, s.1606).

## Erfarenheter av faktorer som avslöjar att kvinnan är utsatt för våld

Resultatet visar att sjuksköterskors erfarenheter av att identifiera våldet utmärks genom kvinnans kroppsspråk, sjuksköterskors magkänsla och fysiska symtom. Genom att observera hur kvinnan agerar kan sjuksköterskor få ledtrådar om kvinnans problematik och underlättar för sjuksköterskor att fråga kvinnan om hon är utsatt för våld i relationen. Tre viktiga aspekter i mötet anses vara att observera hur kvinnans partner beter sig, hur dynamiken ter sig i relationen samt sjuksköterskans magkänsla av att det finns ett underliggande bekymmer hos kvinnan. Eustace et al. (2016) beskriver att barnmorskorna ansåg genom att möta kvinnorna vid ett flertal tillfällen möjliggjorde att uppmärksamma förändringar i kvinnornas beteenden och kroppsspråk som resulterade i ledtrådar till att identifiera våldet. Deltagarna beskrev sina erfarenheter i möten med våldsutsatta kvinnor där de uppmärksammade kvinnorna som inte lika glädjefyllda som de

normalt brukade vara eller om kvinnorna uppvisade ett annat beteende när kvinnans partner närvarade i mötet. Genom att kvinnan uppvisade ett annorlunda beteende och kroppsspråk fungerade det som en indikation för barnmorskan att fråga kvinnan om hon var utsatt för våld i relationen. En barnmorska uppgav:

It's very complex. But I think for the midwife . . . they have to be able to recognise it. They have to be able to read the body language and they have to feel comfortable in being able to say to a woman: "Look I know things are not good at home and I am not going to push you. But if I can help you in any way then please just give us a call. (Eustace et al., 2016, s. 507)

Även beteenden och kroppsspråk hos männen fungerade som en indikation för barnmorskorna att identifiera våldet gentemot kvinnan. Detta kunde identifieras genom att männen uppvisade ett nedlåtande beteende, uppvisade ett charmerande och manipulativt beteende, aggressivt beteende, är överkontrollerande, eller om barnmorskan blev obekvämt i samtalet när mannen eller kvinnan pratade på grund av att det finns en känsla av kontroll (Hindin, 2006). Det är svårare att identifiera våldet genom kvinnans kroppsspråk än vad fysiska och psykiska symtom såsom låg självkänsla och psykosomatisk smärta avslöjar, men det går däremot att lära sig att observera kroppsspråket så man kan få en känsla av eller uppmärksamma våldet (Sundborg, et al., 2015). Kvinnans tal eller uttryck ger ledtrådar för sjuksköterskorna att någonting inte står rätt till och att det finns något underliggande bekymmer hos kvinnan (Visentin et al., 2015). Ett utav barnmorskornas indikationer till att identifiera våldet var uppenbara fysiska tecken och symtom hos kvinnorna så som blåmärken, bulor, eller andra fysiska tecken på traumatiskt våld (Hindin, 2006). Dessa tecken och symtom underlättar att fråga om kvinnan är utsatt för våld då det skapar misstankar och minskar tvekan i att lyfta upp frågan (Sundborg et al., 2015).

Magkänslan i mötet med kvinnorna kan ha en stor roll i att kunna identifiera våldet. Magkänslan av att något inte står rätt till kan bero på att kvinnans historia inte låter rimlig och beskrivs enligt en sjuksköterska: "The [woman's] history may not match to how her body looks... or what she says or what she requests help for..." (Hägglom & Möller, 2006, s.1080).

Barnmorskors magkänsla i mötet med våldsutsatta kvinnor beskrevs som en subjektiv upplevelse som uppstod efter erfarenheter av att bemöta och samtala med dessa kvinnor. Det uppmärksammades däremot att det inte endast går att identifiera våldet genom magkänslan utan det krävs mer underlag till identifieringen (Hindin, 2006).

## **Betydelsen av att skapa ett strategiskt möte med kvinnorna**

Temat visar sjuksköterskornas erfarenheter av ett strategiskt möte med kvinnorna som inbegriper att tillämpa kommunikationsstrategier och skapa en förtroendefull relation med kvinnorna för att närma sig kvinnan och problematiken och tillåta ett avslöjande. Temat presenterar två subteman: *Sjuksköterskans kommunikationsstrategier* och *En förtroendefull relation mellan sjuksköterska och patient*.

### **Sjuksköterskors kommunikationsstrategier i mötet**

Barnmorskorna har olika erfarenheter om hur de tillämpar kommunikationsstrategier i mötet med kvinnan. Detta för att stödja kvinnan till att öppet berätta om hon är utsatt för våld. Kommunikationsstrategerna skiljer sig i form av att vissa barnmorskor spontant frågar kvinnorna om ämnet och trots att kvinnans partner närvarar i mötet. Andra barnmorskor väljer att linda in ämnet i övriga rutinmässiga frågor samt finner det problematiskt om partnern närvarar i mötet. Jack, Ford-Gilboe, Davidov och MacMillan (2016) samt Sprague et al. (2017) redogjorde för att kunna identifiera våldet krävdes det att barnmorskorna pratade med kvinnorna. Att aktivt lyssna på kvinnornas berättelse och ställa öppna frågor var en framgångsrik kommunikationsstrategi. En barnmorska berättade:

When you take the [patient] history, you could see facially an expression . . . [indicating she has a larger problem]. [Mary asks] “Is there anything that is worry[ing] you?” and I say “look, talk to me” (Sprague et al., 2017, s. 1602).

Vissa av barnmorskorna uppgav att det var svårt att närma sig ämnet och tillämpa sina kunskaper om partnern var med (Henriksen et al., 2017; Protheroe et al., 2004). En barnmorska uppgav: “He never left her side, he walked into clinic with his arm round her, you know, she’s mine and no one else is touching her” (Protheroe et al., 2004, s. 98).

När barnmorskorna pratade om våld i nära relationer hade de olika tillvägagångssätt beroende på hur situationen såg ut. De kunde inledningsvis prata om andra ämnen som depression och alkoholbruk med kvinnan innan de ställde frågan om våld. Detta för att förbereda sig själva för att ställa frågan. Barnmorskorna upplyste kvinnorna om att frågan om våld är en fråga som ställs på rutin och att alla kvinnor blir tillfrågade. De mest erfarna barnmorskorna frågade om våld som en allmän fråga utan att ha en strategi samt frågade även om våld trots att kvinnorna kom till mötet med sin partner (Henriksen et al., 2017).

## En förtroendefull relation mellan sjuksköterskor och våldsutsatta kvinnor

Sjuksköterskors erfarenheter om de mest väsentliga faktorerna för att bygga en förtroendefull relation med kvinnorna är förmågan att lyssna på dem, agera närvarande i mötet, ha ögonkontakt och avsätta tid. Sjuksköterskor bör besitta förmågor såsom att vara flexibel, empatisk, stödjande, inte dömande och fokusera på kvinnornas styrkor. En förtroendefull relation mellan sjuksköterskor och kvinnor kan generera i att lättare närma sig problematiken. Brykczynski et al. (2011), Eustace et al. (2016), Hindin (2006), Häggblom och Möller (2006), Jack et al. (2016), Sundborg et al. (2015) samt Visentin et al. (2015) menade att genom att vara närvarande i mötet, kunna vänta tyst, aktivt lyssna, ha ögonkontakt med kvinnan och ge tid i samtalet medförde förtroende vilket bidrog till att kvinnorna vågade öppna upp sig om våldet. De betonade även

förmågan att vara en bra lyssnare vilket kunde uppfattas terapeutiskt för kvinnorna. Enigheten härstammade från barnmorskor, psykiatrisjuksköterskan, familjerådgivande sjuksköterskor, sjuksköterskor samt distiktssjuksköterskorna. En barnmorska berättar:

Your conversation is two-way, not just one-way where you [the nurse] are spouting off information and they [the clients] are just, 'uh-huh, whatever'. You know you can tell the ones that are actually engaging and listening and offering. I mean they're actually talking with you instead of just listening. I think those are the ones that are going to tell you sooner than the other ones (Jack et al., 2016, s. 2221).

Eustace et al. (2016) samt Jack et al. (2016) menade att barnmorskorna hade fördel då de träffade kvinnorna vid flera olika tillfällen. Detta gjorde det möjligt för barnmorskorna att skapa en förtroendefull relation och kvinnorna behövde därför inte öppna upp sig vid det första mötet. Barnmorskorna kunde "så ett frö" som bidrog till att kvinnors medvetenhet om våld i nära relationer ökade för att vid ett senare tillfälle självmant kunna berätta om våldet. Förutom kontinuitet i relationen menade Brykczynski et al. (2011) samt Häggblom och Möller (2006) att barnmorskorna, psykiatrisjuksköterskan, familjerådgivande sjuksköterskorna och sjuksköterskorna belyste vikten av att skapa en säker miljö för kvinnorna där de kände sig trygga att öppet samtala om sin situation. Brykczynski et al. (2011) beskrev betydelsen av att inte döma kvinnorna i mötet. Detta redogjordes av en psykiatrisjuksköterska som beskrev att kvinnor som utsätts för våld ofta känner sig förnedrade och det är inte ett framgångsrikt koncept för sjuksköterskor att döma. Det är därför viktigt för sjuksköterskor att lyssna utan att döma. Psykiatrisjuksköterskan berättade:

One of the things that we need to deal with in our practice is that fear factor, that fear, and if we could somehow treat these people without judging. The first thing that we have in our minds is, "Oh, why don't you just leave him?" That's a judgment. Most of what happens with these individuals when we approach it that way is they will close down. So one of the things we need to know in our practice

is don't approach it that way. Just say, "I'm here. Tell me. Let me know what's happening" (Brykczynski et al., 2011, s. 145).

Sundborg et al. (2015) beskrev distriktsjuksköterskornas erfarenheter i mötet med våldsutsatta kvinnor där en förutsättning för distriktsjuksköterskorna att fråga om våldet var om de kände att kvinnorna anförtrorde sig till dem. Visentin et al. (2015) beskrev att sjuksköterskornas erfarenheter var att kvinnorna kunde ha svårigheter att uttrycka sig spontant om att de är utsatta för våld. Därför kan en relation och engagemang från en sjuksköterska underlätta för kvinnan att avslöja våldet. Sjuksköterskorna menade att de bör förhålla sig empatiskt, vara accepterande och ha avsikt att lyssna på kvinnan. Om sjuksköterskor inte kan förhålla sig empatiskt kommer kvinnan inte berätta om problematiken. Häggblom och Möller (2006) menade att en professionell sjuksköterska bör förhålla sig flexibel, empatisk, stödjande och tjäna som en länk till andra vårdgivare. Sjuksköterskorna beskrev att de bör fokusera på kvinnans styrkor och överlevnadsstrategier. Genom att tillämpa detta framgångsrika koncept skapar sjuksköterskorna ett förtroende i relationen och stödjer kvinnorna.

## **Behov av mer kunskap**

Temat *Behov av kunskap* belyser vad sjuksköterskor efterfrågar för att känna sig kompetenta i mötet samt för att stödja kvinnorna på ett handlingskraftigt sätt. Två subteman identifierades: *Sjuksköterskors erfarenheter av behov av vägledning och patientutbildning och Utbildning för sjuksköterskor.*



## Sjuksköterskors erfarenheter av behov av vägledning och patientutbildning

Sjuksköterskors erfarenheter om mötet med våldsutsatta kvinnor påvisar en viss osäkerhet. De upplyser om att väsentligt material och strategier behövs om hur de kan bemöta kvinnorna, vilka åtgärder sjuksköterskor bör tillämpa och hänvisa kvinnorna vidare till rätt vårdgivare. Sjuksköterskors erfarenheter är att det finns ett behov att utveckla kvinnors medvetenhet om våld i nära relationer och belyser värdet av patientutbildning till våldsutsatta kvinnor. Brykczynski et al. (2011) samt Jack et al. (2016) betonade behovet av patientutbildning om våld i nära relationer likväl som det finns patientutbildningar om fetma, sluta röka, alkohol- och drogavvänjning samt undervisning till kvinnorna att relationer kunde vara fria från våld. Pitter (2016) beskrev en barnmorska som uppfattade att kvinnor tror att våldet som deras partner utsätter dem för representerar kärlek. Några barnmorskor uppfattade även att kvinnorna inte var medvetna om att de var utsatta för våld i sin relation och därför inte erkände våldet. Detta kunde bero på faktorer såsom att kvinnorna blivit utsatta för våld av en familjemedlem i barndomen som därmed normaliserade våldet och inte hade möjlighet att identifiera våldet själv.

Eustace et al. (2016) samt Jack et al. (2016) menade att barnmorskor upplyste behovet av ett instrument som kan illustrera hur sjuksköterskor på ett handlingskraftigt sätt bemöter de våldsutsatta kvinnorna. Instrumentet kan resultera i att sjuksköterskor känner sig redo att uppmärksamma symtom på våld, bekräfta sin magkänsla av att kvinnan utsätts för våld, ställa frågan till den våldsutsatta kvinnan, kunna utbilda kvinnan om hur ett hälsosamt förhållande kan vara och vilka vårdgivare sjuksköterskor ska hänvisa vidare kvinnan till. Detta för att få en inblick av hur vårdförloppet ska fortgå. En barnmorska konstaterar behovet av vägledning: "We could all benefit in some really good solid training. If there was more guidance for us then we would feel more confident about asking these questions" (Eustace et al., 2016, s. 507). Jack et al., (2016) samt Sundborg et al., (2015) upplyste om att strategier var nödvändigt för att klargöra vilka kvinnor man ska fråga, när man ska fråga, hur man ska integrera frågorna i konversationen och hur man ska samtala med kvinnan. Sundborg et al., (2015) beskrev distriktsjuksköterskornas

erfarenheter av att känna sig ambivalenta i mötet med våldsutsatta kvinnor där de uppmärksammade att kvinnorna var utsatta för våld men tvekade att fråga då de inte hade några strategier för att fråga kvinnorna samt hur de skulle hantera svaret.

## Utbildning för sjuksköterskor

Sjuksköterskors erfarenheter av att bemöta våldsutsatta kvinnor gör att sjuksköterskorna känner sig osäkra och okvalificerade i ämnet. De betonar vikten av att tillämpa förkunskaper och utbildning i ämnet, detta för att vara förberedda i hur man agerar och bemöter kvinnor som avslöjar våld i nära relationer. De sjuksköterskor som fått utbildning i ämnet erfar att de känner sig mer förberedda och har bättre insikt i att arbetet med våldsutsatta kvinnor ingår i deras yrkesprofession. Häggblom och Möller (2006) samt Protheroe et al. (2004) upplyste om att majoriteten av de sjuksköterskor och barnmorskor som fått utbildning i ämnet kände sig tryggare i att kommunicera med kvinnorna och identifiera våldet. Utbildning kunde reducera tvekan om att identifieringen av våldet ingår i deras arbetsuppgifter samt hjälpte dem att inse vilken positiv verkan de kunde ha i kvinnornas liv. Sundborg et al. (2015) samt Visentin et al. (2015) menade att sjuksköterskor och distriktsjuksköterskor inte ansåg sig vara tillräckligt förberedda för att ställa frågor om våld i nära relationer till kvinnor där misstanken förekom. Detta genererade i en känsla av otillräcklighet då de inte visste hur de skulle hänvisa vidare kvinnorna och reagera vid avslöjandet. Henriksen et al. (2017) beskrev att vissa barnmorskor kände sig skyldiga att utföra en uppgift som de inte vara lämpliga för. Barnmorskorna informerade om erfarenheten av att inte kunna ge korrekt stöd då tydliga riktlinjer om hur avslöjat våld hanteras saknades på arbetsplatsen. En barnmorska berättade “. . . that [disclosure] really threw me because I had no idea what to do with that information. I walked out of the room in a bit of a daze. . . (Eustace et al., 2016, s. 506).” Barnmorskorna menade att de inte fått formell träning i ämnet våld i nära relationer men erhöll en viss medvetenhet kring könsrelaterat våld. Barnmorskornas erfarenheter av bristfällig professionell beredskap orsakade ett minskat självförtroende och osäkerhet i mötet

(Pitter, 2016). Erfarenheter av osäkerhet som uppstod i mötet beskrevs enligt en barnmorska: "...oh my God what am I going to do now, you know, because we haven't had the training. So.. I'll just get social work to call her. I'll just "hand-ball" it straight to social work" (Eustace et al., 2016 s. 507).

Visentin et al. (2015) beskrev att sjuksköterskorna inte uppfattade sig själva vara kvalificerade på grund av bristfällig utbildning om ämnet och vilka möjliga hänvisningar som finns. En sjuksköterska beskrev:

I think I miss more training on how to approach her. A lot is based on our way of working, but I do not know how to approach, how to best make her bring it up and how to effectively help her (Visentin et al., 2015 s. 560).

Psykiatrisjuksköterskan, familjerådgivande sjuksköterskorna och barnmorskorna betonade att utbildning, erfarenhet, vägledning, och att få ta del av andras erfarenheter och utmaningar i ämnet gav sjuksköterskorna kunskap samt var en förutsättning för att kunna bemöta våldsutsatta kvinnor (Brykczynski et al., 2011). Det uppmärksammades även finnas ett behov av att få mer kunskap i ytterligare ledtrådar för att lättare kunna identifiera våldet (Jack et al., 2016). En barnmorska uttryckte behovet av att få utbildning i att observera de mindre uppenbara aspekterna i mötet. Barnmorskan sade: "I think we need to have training to pick up the less obvious things, to make sure you are asking the questions right...realistic training by people that know what they are talking about" (Eustace et al., 2016). Tack vare barnmorskornas egna erfarenheter av att bemöta våldsutsatta kvinnor underströk de att träning i ämnet skulle stärka deras självförtroende i mötet för att bli bättre på att screena och hjälpa kvinnor som riskerar att bli utsatta eller är utsatta för våld (Pitter, 2016). Enligt Häggblom och Möller (2006) ansågs träning och kunskap vara det viktigaste kravet för sjuksköterskorna. Kunskapen betraktades som en nyckelfaktor och därför föreslogs att utbildningsprogram till all hälso och sjukvårdspersonal bör ges högsta prioritet i syfte till att öka medvetenheten och insikten i ämnet

## Diskussion

Diskussionsavsnittet delas upp i en metoddiskussion och resultatdiskussion. Metoddiskussionen syftar till att diskutera föreliggande studies metod utifrån Wallengrens och Henricsons (2012) samt Shentons (2004) beskrivning av trovärdighetsbegreppen *tillförlitlighet*, *verifierbarhet*, *pålitlighet* och *överförbarhet*. Resultatdiskussion syftar till att diskutera studiens resultat och dess viktigaste fynd i relation till Ida Orlandos omvårdnadsteori.

## Metoddiskussion

### Tillförlitlighet

Tillförlitlighet handlar om att man söker efter det som studien är avsedd att undersöka och huruvida resultatet är likvärdigt med verkligheten. Tillförlitligheten utgörs utifrån vilka mätinstrument som använts, att en förundersökning är utförd, datainsamlingsmetod och vilket urval som ingått i studien (Shenton, 2004). Studien är utformad som en litteraturstudie baserad på 12 kvalitativa artiklar. Artikelsökningarna utfördes i databaserna PubMed och Cinahl Complete. Karlsson (2012) menar att PubMed är en databas som innehåller artiklar utifrån flera olika aspekter inom hälso och sjukvården och Cinahl Complete är en databas som består av artiklar inriktade på omvårdnad. Detta stärker tillförlitligheten då studiens syfte berör omvårdnad. Då det endast använts två databaser kan relevanta artiklar som skulle kunna svara på studiens syfte i andra databaser inte upptäckas vilket sänker studiens tillförlitlighet. Henricson (2012) menar att genom att söka i flera databaser ökar sannolikheten att få ett större antal träffar i artikelsökningen vilket stärker arbetets tillförlitlighet. Inledningsvis gjordes en pilotsökning för att undersöka om användbara artiklar kunde påvisas genom sökningen. Högskolan Kristianstad erbjöd sökassistans i form av workshop samt föreläsning vilket stärker tillförlitligheten. Sökorden utformades efter syftet och gjordes i en blocksökning med ämnesord och fritext samt

trunkering på ett ord endast i sökningen i Cinahl Complete. Ämnesorden valdes utifrån vardera databas ämnesordlista, meSh och Cinahl ämnesord. Sökorden valdes genom en noga granskning vilket stärker tillförlitligheten. Ett ämnesord lades till i den egentliga sökningen i Cinahl Complete då det var ett förekommande ämnesord i artiklarna från pilotsökningen. Det lades inte till i sökningen i PubMed då det gav ett sämre resultat. Det faktum att sökorden var olika i databaserna höjer tillförlitligheten då författarna har tillämpat en flexibel sökning. Frågsökning hade kunnat utföras på ordet "intimate partner violence" men författarna avstod från detta då det gav sämre träffar.

Författarna valde att dela upp artikelsökningen genom att ena författaren letade artiklar på Cinahl Complete och andra på PubMed vilket kan sänka tillförlitligheten. Detta beror på orsaker som att den ena författaren kan ha missat viktiga artiklar som den andra författaren kunde ha uppmärksammat om sökningarna gjordes gemensamt i respektive databas. Om artiklarnas titel ansågs svara på studiens syfte lästes artiklarnas abstract. De artiklar vars abstract som ansågs relevanta till studien granskades närmare. Tillvägagångssättet kan sänka tillförlitligheten då artiklar som eventuellt varit relevanta till studien kan ha sorterats bort på grund av att rubriken och abstract inte tydligt framhåller innehållet i artikeln. Då det förekom en viss tidsbrist granskade författarna sex artiklar var vilket kan sänka tillförlitligheten. Däremot har båda författarna läst alla 12 artiklar som inkluderades i studien vilket stärker tillförlitligheten. Text som svarade på syftet i artiklarna analyserades gemensamt först till subteman och sedan till teman vilket stärker tillförlitligheten. Wallengren och Henricson (2012) menar att det är en styrka för studien om analysen har genomförts av flera författare och menar att "fyra ögon ser mer än två" (Wallengren och Henricson, 2012, s. 492). Vardera författare skrev två teman var och en teman skrevs gemensamt i resultatet. Att alla teman inte skrevs gemensamt sänker tillförlitligheten. Författarna har däremot gemensamt läst igenom hela resultatet vid flertal tillfällen samt diskuterat de olika fynden vilket stärker tillförlitligheten. En förtjänst i studien är att citat från

alla inkluderade artiklar presenteras i resultatet. Däremot förekommer sju av 26 citat från en och samma artikel vilket kan ses som en brist i studien.

De artiklar som har inkluderats i studien är primärkällor som belyser sjuksköterskors erfarenheter. Även de artiklar där det tydligt framgick vad sjuksköterskor erfarit har inkluderats i studien trots att de inbegrep andra yrkesbefattningar och kvinnors erfarenheter. Därmed har artiklar exkluderats där det inte framgår vem som har sagt vad och inte belyser sjuksköterskors erfarenheter. Det är endast sjuksköterskornas erfarenheter som har uppmärksammats i studiens resultat vilket stärker tillförlitligheten.

### Verifierbarhet

Studiens verifierbarhet bestäms genom hur väl beskriven datainsamlingen, urvalet och analysen är. Är metoden väl beskriven bedöms verifierbarheten som god (Wallengren & Henricson, 2012). Studiens litteratursökning är utförligt beskriven i metodavsnittet samt sökscheman för respektive databas redovisas, vilket gör det möjligt att utföra samma sökningar med ungefär samma artikelträffar. Detta stärker verifierbarheten. Granskning och analysavsnittet i studiens metod beskriver författarnas tillvägagångssätt under analysprocessen. Teman och subteman redogörs i bild 1 för att förtydliga sambandet mellan de olika teman vilket stärker verifierbarheten. Då analysprocessen inte redogörs i en figur i metodavsnittet ses detta som en svaghet för studiens verifierbarhet.

### Pålitlighet

Genom att författarna har redovisat sin förförståelse samt redogör hur analysen har gått tillväga förhåller sig författarna pålitligt. Detta för att eliminera risken att låta sin bias påverka resultatet (Wallengren & Henricson, 2012). Innan datainsamlingen skrev författarna för litteraturstudien

enskilt ned sin förförståelse och diskuterade dessa gemensamt för att sedan presentera förförståelsen i metodavsnittet. Henricson (2012) menar att genom att skriva ner förförståelsen och tidigare erfarenheter om fenomenet som skall studeras samt reflektera och diskutera med skrivpartnern reducerar det påverkan på studiens resultat. Däremot beskrivs det att det inte är helt oundvikligt att förförståelsen påverkar dataanalysen och resultatet. Vissa delar av studiens resultat liknar författarnas förförståelse såsom sjuksköterskors erfarenheter av osäkerhet, likväl som ämnets diffusa karaktär och behovet av utbildning. Författarna antog att det fanns riktlinjer men att detta inte följdes fullt ut på grund av osäkerhet och känslor att det upplevs genant och påträngande att fråga men däremot påvisar resultatet att det finns en påtaglig brist av rutiner och riktlinjer i hur sjuksköterskor bör bemöta våldsutsatta kvinnor och att detta är orsaken till känslor såsom osäkerhet. Resultatet påvisade även behov av patientutbildning till kvinnorna, förutfattade meningar hos sjuksköterskorna, och att egna erfarenheter av våld underlättar identifiering vilket är en förvånande aspekt för författarna. Då större delen av studiens resultat överraskar påvisar det att författarna för litteraturstudien utgått från studiens syfte och inte färgats av förförståelsen, men även att författarna valt att inkludera delar i resultatet som stämmer överens med förförståelsen. Författarna har inte ändrat eller förvrängt deltagarnas upplevelser och uttryck i de inkluderade studierna. Detta stärker därmed studiens pålitlighet. Resultatet har även blivit bedömt av handledare, examinator och klasskamrater vid grupphandledningstillfällena och seminarium. Henricson (2012) menar att grupphandledningstillfällena är till god nytta för att med hjälp av utomstående personer försäkra om att resultat och analys grundar sig på befintlig inhämtad data vilket därmed stärker pålitligheten. Artiklar analyserades gemensamt av författarna efter enskild granskning. Analysen påvisade många likvärdiga fynd från artiklarna vilket möjliggjorde utformande av subkategorier vilket stärker pålitligheten. Vissa artiklar förekommer mer kontinuerligt i studiens resultat jämfört med andra artiklar. Detta beror på att dessa artiklar innehöll mer data som svarade på studiens syfte men alla artiklar refereras till mer än en gång.

## Överförbarhet

Överförbarheten identifieras genom huruvida studiens resultat går att applicera på olika grupper eller platser. Om resultatet har en hög abstraktionsnivå, det vill säga en god överförbarhet, går resultatet att applicera på flera olika grupper eller platser (Wallengren & Henricson, 2012). De inkluderade artiklarna i föreliggande studie utfördes i USA, Norge, Israel, England, Finland, Australien, Jamaica, Sverige och Brasilien. Artiklarna är gjorda inom ett stort geografiskt område och berör ett urval av deltagare som arbetar i olika verksamheter inom hälso-och sjukvården såsom primärvården, öppenvården, mödravården, slutenvården och kommunalt. Det stärker överförbarheten att mötet med kvinnorna varierar i studierna och förekommer på verksamheten såväl som vid hembesök i kvinnornas hem. Då resultatet är detsamma oavsett vart respektive studie är gjord och då resultatet inkluderar allmänsjuksköterskor såväl som sjuksköterskor med vidareutbildning är det möjligt att överföra föreliggande studies resultat i andra sammanhang och kontexter. Det är däremot inte möjligt att överföra resultatet till manliga sjuksköterskor då urvalet i de inkluderade studierna påvisade en avsevärd majoritet kvinnliga sjuksköterskor vilket sänker överförbarheten. Det förekom även en majoritet barnmorskor i studierna vilket även detta ses som en svaghet för överförbarheten. Detta motiveras av författarna genom att kvalitativa studier syftar till att utföras på personer som har erfarenheter av det som skall studeras där barnmorskor är en av de yrkesbefattningar som kontinuerligt möter kvinnor som riskerar att bli eller är utsatta för våld i nära relationer. Abstraktionsnivån i studien anses vara hög.

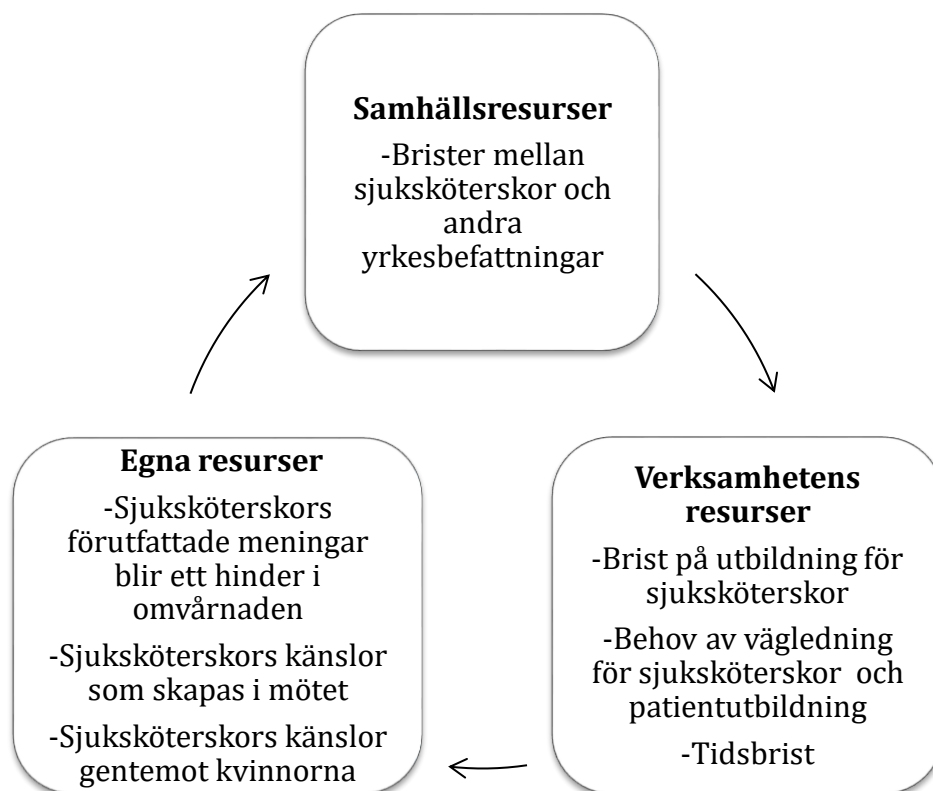
## Resultatdiskussion

Resultatet visar att sjuksköterskors erfarenheter att bemöta våldsutsatta kvinnor. Trots att det uppkommer delar i resultatet som beskriver väsentliga strategier i hur sjuksköterskor kan identifiera våldet och närma sig kvinnan, påvisar resultatet däremot att det brister i mötet i de egna resurserna, verksamhetens resurser samt samhällsresurserna.



Egna resurser såsom sjuksköterskors *sjuksköterskors förutfattade meningar blir ett hinder i omvårdnaden*, *sjuksköterskor känslor som skapas i mötet* samt *sjuksköterskors känslor gentemot kvinnorna* påverkar huruvida identifieringen fullbordas samt bemötandet av våldsutsatta kvinnor. Verksamhetens resurser i form av *tidsbrist*, *brist på utbildning för sjuksköterskor* samt *behov av vägledning för sjuksköterskor och patientutbildning* försvårar sjuksköterskors närmande av kvinnorna i mötet. Likväl visar resultatet ofullständiga samhällsresurser på grund av att det *brister mellan sjuksköterskor och andra yrkesbefattningar* genom att de inte samarbetar i arbetet att identifiera våldsutsatta kvinnor vilket påverkar sjuksköterskor förutsättningar i att kunna uppmärksamma och hjälpa kvinnorna. Figur 2 illustrerar studiens fynd.

Figur 2



## Egna resurser

Det första fyndet i resultatet är brister inom sjuksköterskornas egna resurser. Resultatet visar att sjuksköterskor som har förutfattade meningar om våld i nära relationer inte uppmärksammar och identifierar kvinnor som inte stämmer överens med normen som sjuksköterskorna har gällande vilka kvinnor som blir utsatta för våld. Ett centralt fynd i litteraturstudien är att vissa sjuksköterskor anser att kvinnor som missbrukar alkohol, äldre kvinnor och kvinnor från andra kulturer är mer toleranta mot våldet samt att kvinnor från lägre socioekonomiska hushåll screenas i större grad jämfört med andra kvinnor. Detta stöds av Hamberger och Phelans studie (2006) som påvisade att de hälso- och sjukvårdspersonal som har attityder och åsikter om våld i nära relationer direkt hämmar screening, identifiering och möjligheten att erbjuda hjälp till våldsoffer. Dessa attityder och åsikter påvisades genom att vårdpersonal skyller våldet på offret, att våld inte är ett medicinskt problem, samt att våldsfrågan inte angår dem. Detta påstod även Rönnerberg och Hammarström (2000). De menade att trots att forskning klargjort att alla individer oavsett ras, kön, eller etniska grupper löper lika stor risk att utsättas för våld så dominerar fortfarande synen av en ”typiskt misshandlad kvinna” inom vårdpraxis och hindrar identifiering av individer som klassas som ”osannolika offer”.

Resultatet visar även att sjuksköterskors erfarenheter av känslorna som skapas i mötet och känslor gentemot kvinnorna försvårar för sjuksköterskorna att fråga kvinnorna om de är utsatta för våld. Sjuksköterskorna är även oroliga för det ansvar det innebär att åtgärda problematiken. Ett centralt fynd är att det upplevs svårt för sjuksköterskorna att samtala om ämnet på grund utav dess känsliga karaktär, rädsla för att göra bort kvinnorna eller om deras misstanke om våldet inte stämmer. Samtidigt visar litteraturstudien att de situationer där kvinnans liv blivit hotat skapar en känsla av oförmåga att hjälpa kvinnan och är de situationer som orsakar mest stress för sjuksköterskorna. Sjuksköterskor skyddar sig själva för ohanterliga känslor genom att avstå från

de känslomässiga aspekterna och istället väljer att fokusera på de medicinska och fysiska aspekterna i omvårdnaden. Detta stöds av Rönnerbergs och Hammarströms (2000) studie där det beskrevs att läkare inom primärvården upplevde en rädsla för att samtala om ämnet med våldsutsatta individer och härstammade från att ämnet ansågs vara en privat sfär samt rädsla för motstånd om läkaren anklagade partner för våldet. Läkare beskrev även en känsla av maktlöshet när de inte kunde bota eller skydda kvinnan mot våldet men att detta reducerades när patienten bestämde sig för att lämna sin partner. Ett hinder för att bemöta våldsutsatta patienter var om läkarna hade en nära självidentifiering med patienten som utsätter läkarna för rädsla, sårbarhet och eventuellt erinrar känslor och tankar om läkarna själva hade erfarenheter av våld. Det beskrevs att om läkarna är omedvetna om sina känslor och hur detta kan komma att påverka dem i mötet är det därmed en stor barriär i identifieringen av våldet.

Bristerna i sjuksköterskors egna resurser kan diskuteras utifrån dygdetiken. Sandman och Kjellström (2013) menar att dygder eller karaktärsdrag formar huruvida sjuksköterskor tänker rätt, känner rätt, beslutar rätt samt handlar rätt i olika situationer. Att utveckla dygder och karaktärsdrag genererar i att komma fram till en rätt handling i en situation, besitta rätt känslor samt har en vilja i att handla rätt. Sjuksköterskors förutfattade meningar och känslor som låter sig påverka identifieringen och bemötandet av våldsutsatta kvinnor handlar enligt beskrivningen av den karaktärssvage, där sjuksköterskor vet vilken som är den rätta handlingen men väljer att avstå från att handla rätt på grund av att de låter hinderna ta över möjligheterna.

## Verksamhetens resurser

Det andra fyndet i litteraturstudien är att det brister i verksamhetens resurser. Resultatet visar att hälso- och sjukvårdsorganisationen brister i att erbjuda förutsättningar för sjuksköterskor att identifiera våldet. Ett centralt fynd är att kunskapsbrist resulterar i att sjuksköterskor upplever

osäkerhet i mötet med våldsutsatta kvinnor vilket genererar till bristande identifiering av våld i nära relationer. Sjuksköterskor upplyser om behovet av utbildning och ett instrument som kan hjälpa dem att identifiera våldet, samtala med kvinnorna och veta hur vårdförloppet bör framskrida på ett handlingskraftigt sätt. Emellertid visar studien att de sjuksköterskor som erhållit utbildning i ämnet anser sig mer kvalificerade att uppmärksamma våldet efter utbildningen samt är medvetna om att det ingick i deras arbetsuppgifter. Detta stöds av McGarrys (2017) studie som upplyste om att sjuksköterskor värdesatte utbildning eftersom det resulterade i djupare förståelse i ämnet. Utbildningen medförde att sjuksköterskor vågade prata med kvinnor där våld misstänktes. Efter utbildningen uppfattade sjuksköterskorna besitta en central roll i identifiering av våld och kunna hänvisa kvinnorna till rätt vårdgivare. Likväl visade Gutmanis, Beynons, Tuttis, Wathens och MacMillans (2007) studie att av 597 sjuksköterskor i Kanada hade majoriteten inte erhållit formell träning i våld i nära relationer. Även i Sundborgs, Törnqvists, Wändells och Saleh- Stattins (2018) interventionsstudie beskrev distriktssjuksköterskor i Sverige att de stöter på våldsutsatta kvinnor regelbundet. Av 295 distriktssjuksköterskor i studien var det 251 stycken som inte erhållit utbildning och träning i ämnet. Edin och Högbergs (2002) studie upplyste om att barnmorskor i Sverige menade att de inte visste om det fanns riktlinjer för mötet med våldsutsatta kvinnor på arbetsplatsen. Barnmorskorna ansåg att det mest väsentliga stödet de kunde ge kvinnorna var att hänvisa dem vidare till mer erfarna personer såsom socialtjänsten. De menade att den enda vägledningen barnmorskorna hade var lagstiftning om våld och den bedömdes som svårtolkad. Barnmorskorna poängterade att det behövs ett tydliggörande om hur kvinnans säkerhet upprätthålls samt hur barnmorskan följer sin skyldighet i yrkesrollen som består av konfidentialitet, dokumentation och rapportering.

Resultatet visar även att sjuksköterskor erfar att de våldsutsatta kvinnorna normaliserar våldet och en fördel i att kunna identifiera problematiken är att kvinnorna inser att våld i nära relationer är ett brott. Ett centralt fynd är att våldsutsatta kvinnor bör erhålla utbildning om våld i nära relationer likväl som att personer med till exempel fetma och diabetes får utbildning om sin

situation. Emellertid visar studien under annan kategori att en förutsättning för att kunna identifiera våldet är en förtroendefull relation där sjuksköterskor har förmåga att aktivt lyssna, vara empatiska, flexibla, stödjande, inte döma och se patienten. Detta stöds av Reisenhofers och Seibolds (2013) studie som belyste att sju våldsutsatta kvinnor påstod sig minimera och normalisera våldet. Trots detta upplyste kvinnorna om att sjuksköterskor har en avgörande roll för att hjälpa dem att identifiera sin situation. Alla kvinnor uppmärksammade att de blivit besvikna av deras möte med hälso- och sjukvården då de brast i den emotionella kontakten med kvinnorna. Kvinnorna belyste att de behövde bli bemötta empatiskt med ord och handling av hälso- och sjukvårdspersonalen. Kvinnorna identifierade att hälso- och sjukvården kan genom att tillämpa ett empatiskt tillvägagångssätt ha en avgörande roll för att hjälpa dem förstå att våldet är destruktivt och hjälpa kvinnorna ur situationen. George (2010) beskriver Ida Orlandos omvårdnadsteori som upplyser om att bemötandet med patienter är en central del i sjuksköterskans yrkesprofession. Orlandos omvårdnadsteori syftar till att sjuksköterskors bemötande med patienten etablerar hur omvårdnaden kommer fortlöpa. I mötet förmedlas icke verbal kommunikation såsom kroppsspråk samt vad sjuksköterskor väljer att säga till patienten. Orlando menar att sjuksköterskors kroppsspråk och verbal kommunikation måste överensstämma då de kan motsäga varandra. Om sjuksköterskors kroppsspråk och verbala dialog med patienten kommunicerar likartat kan det reducera risken att patienten misstolkar sjuksköterskans intention. Om sjuksköterskor tillämpar detta tillvägagångssätt kan det generera i ett tryggt klimat med patienten vågar dela sin åsikt i mötet. Gaudet och Howett (2018) beskriver att Orlandos omvårdnadsteori innebär att sjuksköterskan kan agera utifrån automatiska handlingar eller deliberativa handlingar. Den automatiska handlingen uppstår om inte sjuksköterskan validerar och diskuterar behovet med patienten vilket medför en risk att patientens behov inte blir tillfredsställt. Om sjuksköterskan däremot tillämpar en deliberativ process reagerar sjuksköterskan annorlunda och tillämpar åtgärder som valideras och därmed kan patientens behov lösas. Denna teori stärker att om sjuksköterskor handlar kommunikativt, validerar kvinnornas behov genom ett empatiskt förhållningssätt samt för en diskussion med

kvinnor gällande våldet underlättar det för kvinnorna att förstå sin situation och hjälpa dem att ta sig ur den.

Resultatet visar att hälso- och sjukvårdsorganisationen brister i att förutsätta att sjuksköterskor har möjlighet att avsätta tid för att uppmärksamma våldsutsatta kvinnor. Sjuksköterskeyrket är en profession med många olika tidskrävande arbetsuppgifter. Ett centralt fynd är att sjuksköterskors möte med kvinnorna ofta är tidsbegränsat vilket medför att sjuksköterskor inte hinner bygga upp ett förtroende med kvinnorna och därmed inte anser sig vara lämpliga att fråga kvinnorna om våldet. Sjuksköterskorna anser att våld i nära relationer är ett tidskrävande ämne som kräver många åtgärder vilket hindrar dem att uppmärksamma våldet, detta för att de är osäkra på hur resterande arbete skulle påverkas. Tidsaspekten i mötet med våldsoffer har även studerats i andra yrkeskategorier i Hambergers och Phelans (2006) studie och uppfattades vara ett stort hinder för vårdpersonal att uppmärksamma och hjälpa våldsoffer. Vårdpersonal kände sig överbemannade med de patienter de redan ansvarade för och ifrågasatte hur de skulle fullborda alla sina arbetsuppgifter på ett professionellt och positivt sätt om ytterligare ansvar för våldsoffer och dess åtgärder lades till i arbetsuppgifterna. Rönnerberg och Hammarström (2000) menade att våldsutsatta kvinnor noterade den bristande strukturen inom hälso-och sjukvården vilket resulterade i att vårdpersonal brast i att handskas med frågan om sexuellt våld på grund av att de inte hade tid att uppmärksamma problematiken. Tidsbristen kan ses som ett hinder för Sandman och Kjellströms (2013) beskrivning av göra-gott principen. Den grundar sig i att varje människa har ansvar för sina handlingar för att motverka framtida lidanden och främja hälsa. Även om sjuksköterskor besitter ansvar för sina handlingar, vill motverka lidande och vill främja hälsa så är tidsbristen inom verksamheten ett avgörande hinder för sjuksköterskor att kunna uppfylla detta.

## Samhällets resurser

Det tredje fyndet i studien är att det brister i samhällets resurser. Resultatet visar att sjuksköterskors erfarenheter av samarbetet med andra yrkesbefattningar brister i arbetet med våldsutsatta kvinnor vilket skapar en frustration hos sjuksköterskorna. Ett centralt fynd i litteraturstudien är att sjuksköterskor uppfattar arbetet och stödet från andra yrkesbefattningar som bristfällig vilket påverkar sjuksköterskornas sätt att agera med den våldsutsatta kvinnan. Detta stöds av en studie gjord av Schek, Silva, Lacharité, C  zar-Vaz, Bueno och Ventura (2018) som beskriver att hänvisning av barn, ungdomar och familjer som är utsatta för våld grundar sig i att överföra ansvaret och befria yrkesverksamma från åtgärder såsom anmälan, övervakning och uppföljning. Detta för att skydda individerna. Det beskrevs att man hänvisade individerna till läkaren då han ansågs ha det största ansvaret för att identifiera våldet och lämna rapport, eller till psykologerna då de var den yrkesbefattningen som kunde utgöra ett skydd för individerna. Det uppmärksammades även att man föredrog att lämna över fallet till andra myndigheter om de hade fått ett fall där ett barn råkat ut för våld i familjen. Däremot uppkom osäkerhet om hänvisningarna var effektiva och gav skydd till individerna då de inte fick ta del av vad som hände efter man hänvisat individen vidare. Det påstods även finnas de situationer då deras hänvisningar uppenbart inte hade varit effektiva då individen återigen sökt hjälp f  r samma problematik och inte fått den hjälp som behövdes dessförinnan.

WHO (2014) menar att forskning har påvisat att våld i nära relationer effektivt kan förebyggas och länder i världen har börjat utforma förebyggande program mot våld och hjälpa offret genom nationella handlingsplaner, politiska åtgärder och lagar som krävs för att stödja förebyggande insatser. WHO's (2014) studie omfattar 133 länder vilket inkuderar 6,1 miljarder personer och representerar 88 % av världens befolkning. Trots att länder arbetar preventivt kvarstår det luckor för att kunna förebygga våld tillfullo. WHO (2014) upplyser att våld i nära relationer även har konsekvenser för landets ekonomi med direkta och indirekta kostnader. De direkta

kostnaderna är från psykiatrin, akutvården och straffrättsliga åtgärder. Genom att förebygga våld kan det komma att belasta samhällsekonomi mindre eftersom de som utsätts för våld är mer benägna att uppleva perioder av arbetslöshet, långtidssjukskrivning, ha hälsoproblem och för tidig död. WHO (2014) menar att nationella handlingsplaner bör inbegripa mål, strategier, tillräckliga ekonomiska resurser, tydlighet vem som besitter ansvar för att åtgärda problematiken samt möjlighet till utvärdering. Handlingsplanen bör inbegripa olika aktörer för att möjliggöra samverkan mellan de olika organisationer samt regelbunden utvärdering om hur arbetet fungerar. WHO (2014) menar att det faktum att våld härstammar i biologiska, psykologiska, sociala och miljömässiga aspekter krävs det att preventiva insatser är riktade mot individen och samhället såsom skolor, arbetsplatser samt andra organisationer. Detta för att reducera sociala och kulturella normer gällande våld samt öka kvinnors medvetenhet om våld i nära relationer. WHO (2014) efterfrågar noggranna utvärderingar på vad som anses vara framgångsrika strategier för att informera om acceptabelt och oacceptabelt beteende samt för att stödja jämställdhet och icke våldsamma relationer. WHO (2014) eftersträvar att fler länder lägger fler resurser för att främja jämställdhet och förebygga våld i nära relationer.

### Utveckling- och förbättringsarbete

Då Socialstyrelsen (2014) tagit fram allmänna råd och föreskrifter i syfte till att möjliggöra för hälso-och sjukvårdspersonal att besitta god kompetens och kunskap som krävs i mötet med våldsutsatta kvinnor, verkar det brista på olika plan inom resurserna. Sjuksköterskor eftersöker strategier, instrument och utbildning men däremot uppkommer flertalet hinder inom sjuksköterskornas resurser i att bemöta våldsutsatta kvinnor då sjuksköterskor som har förutfattade meningar och som tillåter känslor som osäkerhet och maktlöshet hindrar identifieringen. Vårdgivaren bör se till att sjuksköterskor har den kompetens och kunskap som krävs i arbetet med våldsutsatta kvinnor men detta verkar uppenbart inte framkomma till



sjuusköterskorna i de studerade studierna. Om sjuusköterskor hade tillhandahållit fördjupande utbildning i ämnet hade det kunnat reducera förutfattade meningar om vilka individer som utsätts för våld i nära relationer. Likväl hade vägledning till hur man går tillväga efter ett avslöjat våld, strategier om hur man effektivt arbetar med våldsutsatta kvinnor och tydliga riktlinjer till berörda aktörer kunnat underlätta samt reducera sjuusköterskors känslor som uppstår i mötet. Ett effektivt förfarande hade varit om man införde mer utbildning om våld i nära relationer i sjuusköterskeutbildning. Sveriges riksdag har antagit nationella målområden i syfte till att stödja ett övergripande mål för svenskt folkhälsoarbete, där ett utav dessa målområden är "hälsöfrämjande hälso- och sjukvård" (Pellmer Wramner, Wramner & Wramner, 2017). Att sjuusköterskor får lämplig kunskap inom våld i nära relationer kan generera i en mer jämställd framtid, rättvis vård och att hälsa främjas. Verksamheten bör även underlätta för sjuusköterskor i tidsaspekten genom avlastning i form av ytterligare personal eller genom att anställa sjuusköterskor eller jourpersonal vars syfte är att identifiera och hjälpa vidare våldsutsatta kvinnor. Det krävs tydliga riktlinjer om vilka aktörer i samhället som är ansvariga för att uppmärksamma våldsutsatta kvinnor då det uppenbart verkar finnas tvetydigheter i vem som besitter det största ansvaret och vem man skall hänvisa kvinnorna till. Dessa riktlinjer bör finnas lättillgängligt till alla berörda aktörer som kan komma att stöta på våldsutsatta kvinnor. Det övergripande målet för svenskt folkhälsoarbete är att "skapa samhälleliga förutsättningar för en god hälsa på lika villkor för hela befolkningen" (Pellmer Wramner, Wramner & Wramner, 2017). En förutsättning för att verksamheter skall kunna tillhandahålla riktlinjer och utbildning till sjuusköterskor krävs det att samhället på en politisk nivå uppmärksammar normer, genus, jämställdhet och våld i nära relationer samt för ett aktivt arbete i detta. En betydelsefull aspekt i effektiva riktlinjer och utbildning är att det sker en kontinuerlig utvärdering från de involverade aktörerna i hur arbetet mot våld i nära relationer fungerar. Detta för att optimera samverkan aktörerna emellan.

## Slutsats

Slutsatsen för litteraturstudien är att arbetet med våldsutsatta kvinnor förhindras och försvåras på grund av brister på olika plan såsom de egna resurserna, verksamhetens resurser och samhällets resurser. Sjuksköterskor besitter många möjligheter att identifiera kvinnorna, erbjuda dem en god omvårdnad samt erbjuda hjälp men fynden visar dessvärre att bristerna är större än möjligheterna. Litteraturstudien kan åstadkomma att sjuksköterskors arbete med våldsutsatta kvinnor vad gäller identifiering och att erbjuda hjälp förbättras. Det är betydelsefullt att vidare forskning görs om hur verksamheter kan förse bättre förutsättningar för identifieringen av våld. Till exempel behövs vidare forskning om hur sjuksköterskor ska kunna avsätta tid för att samtala med våldsutsatta kvinnor utan att andra arbetsuppgifter drabbas. Vidare forskning behövs även på hur hälsa främjas och lidande lindras i framtiden genom att utbilda barn och unga om att våld inte är ett acceptabelt beteende. Det är även betydelsefullt att forskning görs gällande samverkan mellan berörda organisationer och aktörer i arbetet med våldsutsatta kvinnor för att undersöka på ett djupare plan varför våldsutsatta kvinnor “faller mellan stolarna”.

## Referenser

Blomqvist, K., Orrung Wallin, A., Beck, I. (2016). *HKR:s granskningsmall för KVALITATIVA studier*. Kristianstad: Högskolan Kristianstad.

Brottsförebyggande rådet. (2000). *Grov kvinnofridskränkning: En kartläggning*. (Rapport 2000:11). Hämtad från [https://www.bra.se/download/18.cba82f7130f475a2f1800020421/1371914732204/2000\\_11\\_grov\\_kvinnofridskrankning.pdf#\\_utma=1.1304429579.1552034800.1552337028.1552497256.11&\\_utmb=1.27.10.1552497256&\\_utmc=1&\\_utmz=1.1552065064.7.2.utmcsr=google%7Cutmccn=\(organic\)%7Cutmcmd=organic%7Cutmctr=\(not%20provided\)&\\_utmv=-&\\_utmk=220330264](https://www.bra.se/download/18.cba82f7130f475a2f1800020421/1371914732204/2000_11_grov_kvinnofridskrankning.pdf#_utma=1.1304429579.1552034800.1552337028.1552497256.11&_utmb=1.27.10.1552497256&_utmc=1&_utmz=1.1552065064.7.2.utmcsr=google%7Cutmccn=(organic)%7Cutmcmd=organic%7Cutmctr=(not%20provided)&_utmv=-&_utmk=220330264)

Brottsförebyggande rådet. (2009). *Våld mot kvinnor och män i nära relationer: Våldets karaktär och offrens erfarenhet av kontakter med rättsväsendet*. (Rapport 2009:14). Hämtad från [https://www.bra.se/download/18.cba82f7130f475a2f180002016/1371914720735/2009\\_12\\_vald\\_kvinnor\\_man\\_nara\\_relationer.pdf#\\_utma=1.1304429579.1552034800.1552034800.1552034800.1&\\_utmb=1.15.10.1552034800&\\_utmc=1&\\_utmz=1.1552034800.1.1.utmcsr=google%7Cutmccn=\(organic\)%7Cutmcmd=organic%7Cutmctr=\(not%20provided\)&\\_utmv=-&\\_utmk=219796761](https://www.bra.se/download/18.cba82f7130f475a2f180002016/1371914720735/2009_12_vald_kvinnor_man_nara_relationer.pdf#_utma=1.1304429579.1552034800.1552034800.1552034800.1&_utmb=1.15.10.1552034800&_utmc=1&_utmz=1.1552034800.1.1.utmcsr=google%7Cutmccn=(organic)%7Cutmcmd=organic%7Cutmctr=(not%20provided)&_utmv=-&_utmk=219796761)

Brottsförebyggande rådet. (2014). *Brott i nära relationer: En nationell kartläggning*. (Rapport 2014:8). Hämtad från [https://www.bra.se/download/18.9eaaede145606cc8651ff/1399015861526/2014\\_8\\_Brott\\_i\\_nara\\_relationer.pdf#\\_utma=1.1304429579.1552034800.1553598423.1553618426.18&\\_utmb=1.](https://www.bra.se/download/18.9eaaede145606cc8651ff/1399015861526/2014_8_Brott_i_nara_relationer.pdf#_utma=1.1304429579.1552034800.1553598423.1553618426.18&_utmb=1.)

[3.10.1553618426& utmc=1& utmx=-  
& utmz=1.1553598423.17.4.utmcsr=google%7Cutmccn=\(organic\)%7Cutmcmd=organic%7C  
utmctr=\(not%20provided\)& utmv=-& utmk=232330655](https://www.bra.se/download/18.62c6cfa2166eca5d70e4fb6/1553761868570/Sammanfattning_anmalda_2018.pdf)

Brottförebyggande rådet. (2019a). Kriminalstatistik 2018 Anmälda brott: Slutlig statistik. Hämtad 2019-03-30 från

[https://www.bra.se/download/18.62c6cfa2166eca5d70e4fb6/1553761868570/Sammanfattning\\_anmalda\\_2018.pdf](https://www.bra.se/download/18.62c6cfa2166eca5d70e4fb6/1553761868570/Sammanfattning_anmalda_2018.pdf)

Brottförebyggande rådet. (2019b). Kriminalstatistik 2018 Konstaterade fall av dödligt våld: En granskning av anmält dödligt våld 2018. Hämtad 2019-03-30 från

[https://www.bra.se/download/18.62c6cfa2166eca5d70e50a0/1553781831679/Sammanfattning\\_Dodligtvald\\_2018.pdf](https://www.bra.se/download/18.62c6cfa2166eca5d70e50a0/1553781831679/Sammanfattning_Dodligtvald_2018.pdf)

Bryczynski, 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

Danielsson, E. (2012). Kvalitativ innehållsanalys. I M. Henricson (Red.), *Vetenskaplig teori och metod: från idé till examination inom omvårdnad*. (s.330-343). Lund: Studentlitteratur.

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

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

Friberg, F. (2017). Att göra en litteraturöversikt. I F. Friberg (Red.), *Dags för uppsats: vägledning för litteraturbaserade examensarbeten*. (s. 141-152). Lund: Studentlitteratur.

Gaudet, C., & Howett, M. (2018). Communication and Technology: Ida Orlando's Theory Applied. *Nursing science quarterly*, 31(4), 369-373. doi:10.1016/j.nsq.2017.07.001

George, J.B. (2010). *Nursing theories: the base for professional nursing practice*. (6., uppl.). London: Pearson Education.

Goldblatt, H. (2009). Caring for abused women: impact on nurses' professional and personal life experience. *Journal of advanced nursing*, 65(8), 1645-1654. doi:10.1111/j.1365-2648.2009.05019.x

Gutmanis, I., Beynon, C., Tutty, L., Wathen, C. N., & MacMillan, H. L. (2007). Factors influencing identification of and response to intimate partner violence: a survey of physicians and nurses. *BMC public health*, 7(1), 12. doi: 10.1186/1471-2458-7-12

Hamberger, L.K., & Phelan, M.B. (2006). Domestic violence screening in medical and mental health care settings: Overcoming barriers to screening, identifying, and helping partner violence victims. *Journal of Aggression, Maltreatment & Trauma*, 13(3-4), 61-99. doi: 10.1300/J146v13n03\_04

Henricson, M. (2012). Diskussion. I. M. Henricson (Red.), *Vetenskaplig teori och metod: från idé till examination inom omvårdnad*. (s.471-478). Lund: Studentlitteratur.

Henricson, M., & Billhult, A. (2012). Kvalitativ design. I. M. Henricson (Red.), *Vetenskaplig teori och metod: från idé till examination inom omvårdnad*. (s.130-137). Lund: Studentlitteratur.

Henriksen, L., Garnweidner-Holme, L. M., Thorsteinsen, K. K., & Lukasse, M. (2017). 'It is a difficult topic'—a qualitative study of midwives experiences with routine antenatal enquiry for intimate partner violence. *BMC pregnancy and childbirth*, 17(1), 165. doi: 10.1186/s12884-017-1352-2

Hindin, P.K. (2006). Intimate partner violence screening practices of certified nurse-midwives. *Journal of midwifery & women's health*, 51(3), 216-221. doi:10.1016/j.jmwh.2005.10.001

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

Inspektionen för vård och omsorg. (2014). *Våldsutsatta kvinnor och barn som bevittnat våld: Slutrapport från en nationell tillsyn 2012-2013*. (Artikelnummer IVO2014-2). Hämtad från <https://www.ivo.se/globalassets/dokument/publicerat/rapporter/rapporter-2014/valdsutsatta-kvinnor-och-barn-som-bevittnat-vald.pdf>

Jack, S. M., Ford-Gilboe, M., Davidov, D., MacMillan, H. L., NFP IPV Research Team, O'Brien, R., ... & Scribano, P. (2016). Identification and assessment of intimate partner violence in nurse home visitation. *Journal of clinical nursing*, 26(15-16), 2215-2228. doi: 10.1111/jocn.13392

Karlsson, E-K. (2012). Informationssökning. I M. Henricson (Red.), *Vetenskaplig teori och metod: från idé till examination inom omvårdnad* (s. 95-113). Lund: Studentlitteratur.

Larsen, M. M., Krohn, J., Pueschel, K., & Seifert, D. (2014). Experiences of health and health care among women exposed to intimate partner violence: qualitative findings from Germany. *Health care for women international*, 35(4), 359-379. Doi: 10.1080/07399332.2012.738264

McGarry, J. (2017). Domestic violence and abuse: an exploration and evaluation of a domestic abuse nurse specialist role in acute health care services. *Journal of clinical nursing*, 26(15-16), 2266-2273. Doi: <https://doi-org.ezproxy.hkr.se/10.1111/jocn.13203>

Natan, M. B., & 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](https://doi.org/10.1097/JTN.0b013e3181e736db)

Nationellt centrum för kvinnofrid. (u.å). Våldets uttryck och mekanismer. Hämtad 2019-03-08 från <https://www.nck.uu.se/kunskapsbanken/amnesguider/vald-i-nara-relationer/valdets-uttryck-och-mekanismer/>

Pellmer Wramner, K., Wramner, H., & Wramner, B. (2017). *Grundläggande folkhälsovetenskap* (4., uppl.). Stockholm: Liber.

Pitter, C. P. (2016). Midwives' knowledge and attitudes when encountering Gender-Based Violence in their practice at a maternity-hospital in Kingston, Jamaica. *International journal of qualitative studies on health and well-being*, 11(1), 29358. doi: 10.3402/qhw.v11.29358

Priebe, G. & Landström, C. (2016). Den vetenskapliga kunskapens möjligheter och begränsningar - grundläggande vetenskapsteori. I A. Henricson (Red.) *Vetenskaplig teori och metod* (s. 32-50). Lund: Studentlitteratur.

Protheroe, L., Green, J., & Spiby, H. (2004). An interview study of the impact of domestic violence training on midwives. *Midwifery*, 20(1), 94-103. doi: 10.1016/j.midw.2003.08.001

Reisenhofer, S., & Seibold, C. (2013). Emergency healthcare experiences of women living with intimate partner violence. *Journal of clinical nursing*, 22(15-16), 2253-2263. doi: 10.1111/j.1365-2702.2012.04311.x

Rönnerberg, A. K. M., & Hammarström, A. (2000). Barriers within the health care system to dealing with sexualized violence: a literature review. *Scandinavian Journal of Public Health*, 28(3), 222-229.

Sandman, L., & Kjellström, S. (2013). *Etikboken: Etik för vårdande yrken*. Lund: Studentlitteratur.

Schek, G., Silva, M. R. S. D., Lacharité, C., Cézard-Vaz, M. R., Bueno, M. E. N., & Ventura, J. (2018). PROFESSIONAL PRACTICES THAT SILENCE DOMESTIC VIOLENCE AGAINST CHILDREN AND ADLOSCENTS. *Texto Contexto Enferm*, 27(1). doi: <http://dx.doi.org/10.1590/0104-07072018001680016>

Segesten, K. (2017). Att välja ämne och modell för sitt examensarbete. I A. Friberg (Red.), *Dags för uppsats: vägledning för litteraturbaserade examensarbeten*. (s.105-108). Lund: Studentlitteratur..

Shenton, A. K. (2004). Strategies for ensuring trustworthiness in qualitative research projects. *Education for information*, 22(2), 63-75.

Socialstyrelsen. (2016). Våld: Handbok om socialtjänstens och hälso- och sjukvårdens arbete med våld i nära relationer. Hämtad 2019-03-14 från [http://www.socialstyrelsen.se/Lists/Artikelkatalog/Attachments/20252/2016-6-37.pdf#\\_\\_utma=1.1304429579.1552034800.1552324848.1552329836.9&\\_\\_utmb=1.17.10.1552329836&\\_\\_utmc=1&\\_\\_utmz=1.1552065064.7.2.utmcsr=google%7Cutmccn=\(organic\)%7Cutmcmd=organic%7Cutmctr=\(not%20provided\)&\\_\\_utmv=-&\\_\\_utmk=253383049](http://www.socialstyrelsen.se/Lists/Artikelkatalog/Attachments/20252/2016-6-37.pdf#__utma=1.1304429579.1552034800.1552324848.1552329836.9&__utmb=1.17.10.1552329836&__utmc=1&__utmz=1.1552065064.7.2.utmcsr=google%7Cutmccn=(organic)%7Cutmcmd=organic%7Cutmctr=(not%20provided)&__utmv=-&__utmk=253383049)

Socialstyrelsen. (2018). Förslag på indikatorer för uppföljning av den nationella strategin för att förebygga och bekämpa mäns våld mot kvinnor. Hämtad 2019-03-08 från <http://www.socialstyrelsen.se/Lists/Artikelkatalog/Attachments/20900/2018-3-21.pdf>.

Socialstyrelsen. (u.å). Definition av våld och utsatthet i nära relationer. Hämtad 2019-03-16 från <http://www.socialstyrelsen.se/valds-ochbrottsrelateradefragor/valdinararelationer/valdsutovare/definition>

*Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd om våld i nära relationer*(SOSFS 2014:4).

Hämtad från

[https://kunskapsbanken.nck.uu.se/nckkb/nck/publik/fil/visa/605/Socialstyrelsens%20föreskrifter%20och%20allmänna%20råd%20SOSFS%202014\\_4.pdf#\\_\\_utma=1.1304429579.1552034800.1552324848.1552329836.9&\\_\\_utmb=1.2.10.1552329836&\\_\\_utmc=1&\\_\\_utmz=1.1552065064.7.2.utmcsr=google%7Cutmccn=\(organic\)%7Cutmcmd=organic%7Cutmctr=\(not%20provided\)&\\_\\_utmv=-&\\_\\_utmk=219281817/2019-03-11](https://kunskapsbanken.nck.uu.se/nckkb/nck/publik/fil/visa/605/Socialstyrelsens%20föreskrifter%20och%20allmänna%20råd%20SOSFS%202014_4.pdf#__utma=1.1304429579.1552034800.1552324848.1552329836.9&__utmb=1.2.10.1552329836&__utmc=1&__utmz=1.1552065064.7.2.utmcsr=google%7Cutmccn=(organic)%7Cutmcmd=organic%7Cutmctr=(not%20provided)&__utmv=-&__utmk=219281817/2019-03-11).

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. doi: 10.1177/0886260515589929

Stöckl, H., Devries, K., Rotstein, A., Abrahams, N., Campbell, J., Watts, C., & Moreno, C. G. (2013). The global prevalence of intimate partner homicide: a systematic review. *The Lancet*, 382(9895), 859-865. Doi: [http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736\(13\)61030-2](http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736(13)61030-2)

Sundborg, E. M., Saleh-Stattn, 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. Doi: <https://doi.org/10.1186/1472-6955-11-1>

Sundborg, E., Törnkvist, L., Saleh-Stattn, N., Wändell P., & Hylander, I. (2015). 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. doi: 10.1111/jocn.12992

Sundborg, E., Törnkvist, L., Wändell, P., & Saleh-Stattn, N. (2018). Impact of an educational intervention for district nurses about preparedness to encounter women exposed to intimate partner violence. *Scandinavian journal of caring sciences*, 32(2), 902-913. Doi: 10.1111/scs.12521

Svensk sjuksköterskeförening. (2017). Kompetensbeskrivning för legitimerad sjuksköterska. Hämtad 2019-03-14 från <https://www.swenurse.se/globalassets/01-svensk-sjukskoterskeforening/publikationer-svensk-sjukskoterskeforening/kompetensbeskrivningar-publikationer/kompetensbeskrivning-legitimerad-sjukskoterska-2017-for-webb.pdf>

Visentin, F., Becker Vieira, L., Trevisan, I., Lorenzini, E., & Franco da Silva, E. (2015). Women's primary care nursing in situations of gender violence. *Invest Educ Enferm*, 33(3), 556-564. doi: 10.17533/udea.iee.v33n3a20

Wallengren, C., & Henricson, M. (2012). Vetenskaplig kvalitetssäkring av litteraturbaserat examensarbete. I M. Henricson (Red.), *Vetenskaplig teori och metod: Från idé till examination inom omvårdnad*.(s.481-496). Lund: Studentlitteratur.

World Health Organization. (2013). Global and regional estimates of violence against women: prevalence and health effects of intimate partner violence and non- partner sexual violence. Hämtad 2019-03-11 från [https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/85239/9789241564625\\_eng.pdf?sequence=1](https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/85239/9789241564625_eng.pdf?sequence=1)

World Health Organization. (2014). GLOBAL STATUS REPORT ON VIOLENCE PREVENTION 2014. Hämtad 2019-05-21 från [https://www.who.int/violence\\_injury\\_prevention/violence/status\\_report/2014/en/](https://www.who.int/violence_injury_prevention/violence/status_report/2014/en/)

Östlundh, L. (2017). Informationssökning. I F. Friberg (Red.), *Dags för uppsats: Vägledning för litteraturbaserade examensarbeten*. (s.59-82). Lund: Studentlitteratur.

## Sökschema

<b>Databas: Databas: Cinahl Complete</b>			
<b>Datum: 2019-04-05</b>			
<b>Syfte:</b> Syftet med studien var att belysa sjuksköterskors erfarenheter av mötet med kvinnor som utsätts för våld i nära relationer.			
<b>Sökning nr och namn</b>	<b>Sökord</b>	<b>Antal träffar</b>	<b>Valda artiklar</b>
S1 Violence	Violence (MH) OR Intimate partner violence (MH) OR Domestic violence (MH) OR Violence against women (fritext)	30,660	
S2 Nurse	Nurse attitudes (MH) OR Nurse* (fritext) OR Nurse experience (fritext) OR Nurse-patient relations (fritext) OR Nursing knowledge (MH)	449,478	
S3 Women	Women (MH) OR Women (fritext)	353,620	
S4	S1 AND S2 AND S3	220	7
<b>Begränsningar</b>	Publiceringsdatum 1999-2019, Peer reviewed, språk Engelska, Kvinnor, Alla vuxna		

**Databas: PubMed**  
**Datum: 2019-04-05**

**Syfte:** Syftet med studien var att belysa sjuksköterskors erfarenheter av mötet med kvinnor som utsätts för våld i nära relationer.

<b>Sökning nr och namn</b>	<b>Sökord</b>	<b>Antal träffar</b>	<b>Valda artiklar</b>
S1 Nurse	Nurse (meSH) OR Nurse-patient relations (meSH) OR Nurse role (meSH) OR Nursing(title/abstract)	45,847	
S2 Violence	Violence (meSH) OR Intimate partner violence (meSH) OR Domestic violence (meSH) OR Gender based violence (meSH) OR Exposure to violence (meSH)	21,305	
S3 Women	Women (meSH) OR Battered women (meSH) OR Women (title/abstract) OR Abused women (title/abstract)	420,380	
S4	S1 AND S2 AND S3	230	5
<b>Begränsningar</b>	Publiceringsdatum 1999-2019, alla vuxna, kvinnor, och språk på engelska.		

## Artikelöversikt

\*IPV= Intimate Partner Violence

\*\* GBV = Gender Based Violence

Författare Titel Land, År	Syfte	Urval Datainsamlings- metod	Genomförande Analys	Resultat	Kvalitet
Brykczynski, K., Crane, P., Medina, C och Pedraza, D.  Intimate partner violence: Advanced practice nurses clinical stories of success and challenge.  Texas, USA, 2011.	Studien syfte var att öka förståelsen hur specialistsjuksköterskor s arbetserfarenhet med kvinnor och deras familjer som upplever våld i nära relationer.	<b>Urval:</b> Strategiskt urval med N=1 psykiatrisjuksköterska, N=5 familjerådgivande sjuksköterskor, N=4 barnmorskor. Alla 10 deltagare hade mer än 10 års yrkeserfarenhet. <b>Inklusionskriterierna:</b> Specialistsjuksköterskor som hade erfarenhet att arbeta med kvinnor som upplevt våld i nära relation. <b>Datainsamlingsmetod:</b> Individuella intervjuer.	Intervjuerna genomfördes av K Brykczynski. En ljudinspelning gjordes och transkriberades av K Brykczynski. <b>Analys:</b> En induktiv kvalitativ innehållsanalys gjordes av alla författare. Etiskt godkänd av en etisk kommitté.	Huvudkategorierna var "Receptivitet", "Förespråka säkerhet", "Våldscykel: skovvis", "Våldscykel: fira framgång", "Mönsterigenkänning och vändpunkter", "Specialistsjuksköterskor märker av situationen", "Universitet, engagemang och stigma" och "Delad kropp/själ".	<b>Tillförlitlighet:</b> Resultatet speglar syftet då forskarna har citerat sjuksköterskorna vilket stärker tillförlitligheten. <b>Verifierbarhet:</b> Frågorna i intervjun framgår inte men 25 situationer som är relaterade till sjuksköterskorna framgår. Var sjuksköterskorna arbetade framgår ej. Sänker verifierbarheten. <b>Pålitlighet:</b> Analysen är gjord av alla forskare och de upplyser om att de säkerhetsställer att texten ej är bias vilket stärker pålitligheten. <b>Överförbarhet:</b> Forskarna har använt olika specialistområden vilket höjer abstraktionsnivån.
Eustace, J. Baird, K. Saito, A.S. Creedy, D.K.  Midwives' experiences of routine enquiry for intimate partner violence in pregnancy  Australien, 2016	Syftet med studien var att utforska barnmorskors erfarenheter av rutinmässig utredning, uppfattningar av diskussionsledare och hinder, och förslag till strategier för att förbättra praxis.	<b>Urval:</b> Strategiskt urval med N=21 barnmorskor. N=35 deltagarna anmälde intresse att delta i studien. Majoriteten av deltagarna var N=20 kvinnor som arbetade inom folkhälsosystemet i olika former av mödravård. <b>Inklusionskriterier:</b> barnmorskor som engagerar sig i förlossningstjänster i Australien. <b>Datainsamlingsmetod:</b> semistrukturerade telefonintervjuer.	Rekryterades via e- mail efter en online undersökning om IPV*-kunskaper, attityder och praxis. Intervjuer genomfördes via telefon, varade 30-60 min, spelades in och transkriberades. <b>Analys:</b> Induktiv tematisk innehållsanalys Etiskt godkänd av etisk kommitté.	Resultatet presenteras i 3 huvudteman: Att ställa frågan, Den stora rädsla- faktorn, och Skapa en relation.	<b>Tillförlitlighet:</b> Innehåller citat från deltagarna och svarar på syftet. Höjer tillförlitligheten. <b>Verifierbarhet:</b> Genomförandet och analys är väl beskrivet. Sänks något då det inte redogörs hur intervjufrågorna lyder eller vem som utfört intervjuerna med deltagarna. <b>Pålitlighet:</b> Redogör inte relation mellan deltagarna och förståelsen beskrivs ej. Sänker pålitligheten. Fler än en deltagit i analysen vilket gör att pålitligheten höjs något. <b>Överförbarhet:</b> Urvalet av deltagare i studien samt kontexten i studien beskrivs tydligt. Abstraktionsnivån höjs.

Författare Titel Land, År	Syfte	Urval Datainsamlings-metod	Genomförande Analys	Resultat	Kvalitet
Goldblatt, Hadass.  Caring for abused women: impact on nurses' professional and personal life experiences  Israel, 2009.	Syftet med studien var att undersöka effekterna av att ta hand om våldsutsatta kvinnor på sjuksköterskors professionella och personliga upplevelser.	<b>Urval:</b> Strategiskt urval på N=22 sjuksköterskor. N=19 arbetade på sjukhus, varav N=14 arbetade på akuten. Resterande N=5 inom internmedicin och förlossningen. N= 3 arbetade på hälsovårdskliniker. <b>Arbetsfarenhet</b> mellan 1-25 år. <b>Inklusionskriterier:</b> kvinnliga registrerade sjuksköterskor som arbetat med minst en våldsutsatt kvinna under det gångna året. <b>Exklusionskriterier:</b> Manliga sjuksköterskor. <b>Datainsamlingsmetod:</b> semistrukturerade intervjuer.	Deltagarna rekryterades genom N=14 sjuksköterskestudenter. Datainsamling februari-juni 2005. Intervjuerna spelades in och transkriberades. Lämnade skriftligt informerat samtycke. Konfidentialitet var garanterad. <b>Analys:</b> Induktiv tematisk innehållsanalys gjordes i studien av sjuksköterskestudenterna samt författaren för studien. Studien var etiskt godkänd av etisk kommitté.	Huvudtemat "En kamp på arbetet och hemmafronten" baseras på två subteman; Mötet med våld i hemmet - en utmaning för sjuksköterskornas yrkesrollsuppfattning, och Separera mellan arbete och hemmet.	<b>Tillförlitlighet:</b> Höjs då resultatet redovisas genom citat och svarar på studiens syfte. <b>Verifierbarhet:</b> Forskaren beskriver hur datainsamling och dataanalys skett samt vilka ämnen intervjuguiden innehöll. Sänks något då forskaren inte beskriver vart intervjuerna ägt rum. <b>Pålitlighet:</b> Förförståelsen är inte redovisad och relationen mellan forskarna och deltagarna beskrivs ej. Sänker pålitligheten. Höjs då författaren redogör att studien inte blev påverkad av forskarnas antaganden samt att fler än en person utfört dataanalysen. <b>Överförbarhet:</b> Abstraktionsnivån och överförbarheten höjs då studies urval representerar olika verksamheter inom hälso- och sjukvården i Israel.
Henriksen L, Garnweidner- Holme L.M, Thorsteinsen K.K och M. Lukasse.  'It is a difficult topic' - a qualitative study of midwives' experiences with routine antenatal enquiry for intimate partner violence. Norge, 2017	Syftet med denna studie var att få en fördjupad förståelse av barnmorskors erfarenheter med rutinmässig undersökning av intimt partnervåld under tredje trimestern.	<b>Urval:</b> Strategiskt urval, N= 8 barnmorskor från 8 olika barn och mödravårdscentraler från Oslo och en annan liten by i norge (okänt vilken). Yrkeserfarenhet 3-30 år. <b>Inklusionskriterier:</b> yrkesverksamma barnmorskor på barn och mödravårdscentraler. <b>Datainsamlingsmetod:</b> Semi strukturerade intervjuer.	Barnmorskorna tillfrågades via e-mail. Därefter fick de skriftlig och muntlig presentation av studiens syfte och information om ämnet för studien. Alla barnmorskor gav skriftligt informerat samtycke. Det var K.K Thorsteinsen som utförde alla intervjuer på respektive barnmorskemottagning med barnmorskan. <b>Analys:</b> En kvalitativ induktiv innehållsanalys gjordes utav K.K Thorsteinsen och L Henriksen Etiskt godkänd av etisk kommitté.	Tre huvudteman formades i studien: Barnmorskor frågar om våld i nära relationer, det kan bli en utmaning och faktorer som gör det lättare att fråga.	<b>Tillförlitlighet:</b> Citat från fokusgrupperna finns med i resultatet. Tillförlitligheten höjs. <b>Verifierbarhet:</b> Sänks då vilka frågor som har frågats ej framgår och i vilken stad förutom Oslo som barnmorskor hade intervjuats saknas. Höjs då det står tydligt hur forskarna har gått tillväga. <b>Pålitlighet:</b> Sänks då forskarna redovisar inte förförståelse men uppger att två personer har deltagit i analysen för att vilket höjer pålitligheten. <b>Överförbarhet:</b> Abstraktionsnivån och överförbarhet höjs då den är gjort på olika barnmorskemottagningar för att få med många samhällsklasser. Abstraktionsnivån sänks aningen då det är oklart vilken den andra staden är.

Författare Titel Land, År	Syfte	Urval Datainsamlings- metod	Genomförande Analys	Resultat	Kvalitet
<p>Hindin, P.K.</p> <p>Intimate Partner Violence Screening Practices of Certified Nurse-Midwives.</p> <p>USA, 2006.</p>	<p>Syftet med studien var att beskriva screeningen av våld i nära relationer under graviditet av certifierade barnmorskor.</p>	<p><b>Urval:</b> Strategiskt urval med N= 8 barnmorskor som har koppling med på "American College of Obstetricians and Gynecologists". Ålder 30-56 år. Yrkeserfarenhet 6 månader - 32 år. <b>Inklusionskriterier:</b> skulle vara certifierade via "american college of obstetricians and gynecologists" och på deras nuvarande arbetsplats. <b>Datainsamlingsmetod:</b> Individuella intervjuer.</p>	<p>Deltagarna blev kontaktade via mail med information om studien och skulle själva kontakta författaren om de ville delta i studien. Deltagarna har lämnat informerat samtycke. P. Hindin genomförde intervjuerna. Intervjuerna spelades in och transkriberades. <b>Analys:</b> P Hindin har genomfört en kvalitativ innehållsanalys. Godkänd av en etiska komitee</p>	<p>Huvudfynden var: "vi borde screena alla", "helt ärligt, bara en magkänsla", "relationer med kvinnor", "så ett frö" och "förlorad i labyrinten".</p>	<p><b>Tillförlitlighet:</b> Resultatet speglar syftet och citat från deltagarna framkommer vilket stärker tillförlitligheten. <b>Verifierbarhet:</b> Vilka frågor som ställs i intervjuerna och hur frågor har ställts framgår tydligt. Analysprocessen framgår tydligt. Höjer verifierbarheten. <b>Pålitlighet:</b> Det är bara en person som deltagit i analysen vilket kan sänka pålitligheten men det framkommer tydligt hur analysen har gjorts. Reflektion om varför stort internt bortfall framkommer. Höjer pålitligheten. <b>Överförbarhet:</b> Barnmorskorna har stor variationsbredd på yrkeserfarenhet vilket höjer överförbarheten. Var barnmorskorna arbetar framgår ej vilken sänker överförbarheten.</p>
<p>Hägglblom, A.M.E Möller, A.R.</p> <p>On a Life-Saving Mission: Nurses' Willingness to Encounter With Intimate Partner Abuse</p> <p>Finland, 2006.</p>	<p>Syftet var att undersöka på djupet expert sjuksköterskors upplevelser av fenomenet våld mot kvinnor och sjuksköterskornas roll som vårdgivare till dessa kvinnor.</p>	<p><b>Urval:</b> Strategiskt urval med N=10 kvinnliga sjuksköterskor inom akuten, öppenvården, mödra- och psykiatriska enheter. Ålder 36-56 år. Arbetslivserfarenhet 2-33 år. <b>Inklusionskriterier:</b> Sjuksköterskor som kom i kontakt med våldsutsatta kvinnor och som svarade på dessa aktivt och effektivt. <b>Datainsamlingsmetod:</b> Grounded Theory-metod med intervjuguide.</p>	<p>Deltagarna rekryterades via telefon efter godkännande och råd från huvudsjuksköterskan vid verksamheten. Data samlades in på ett ställe som föreslogs av deltagaren. Datainsamlingen spelades in och transkriberades. Intervjun var uppbyggd på N=4 frågor där deltagaren fick berätta öppet. <b>Analys:</b> Data analyserades genom Grounded theory metod av forskarna. Inget etiskt godkännande. Gjort etiska överväganden i form av information om studiens syfte, frivilligt deltagande, informerat och skriftligt samtycke.</p>	<p>Resultatet presenteras i två huvudkategorier: Sjuksköterskors uppfattning om IPV*och Sjuksköterskor känner sig "utrustade" att ingripa.</p>	<p><b>Tillförlitlighet:</b> Resultatet innehåller citat och vad som sägs i intervjuerna, samt att resultatet svarar på syftet. Höjer tillförlitligheten. <b>Verifierbarhet:</b> Beskrivs ej vart i Finland studien är gjord. Intervjuer gjordes på 11 sjuksköterskor men endast 10 har ingått i studien. Sänker verifierbarheten. Höjs något då metodavsnittet i övrigt beskrivs väl med utförligt analysavsnittet. <b>Pålitlighet:</b> Fler än en har deltagit i analysen. Sänks något då forskarna inte beskriver sin förståelse samt vilken relation det finns med deltagarna. <b>Överförbarhet:</b> Urvalet representerar vården i Finland vilket höjer överförbarheten. Abstraktionsnivån sänks något då forskarna inte redogör för vart i Finland studien är gjord, och om resultatet speglar sjuksköterskor inom respektive verksamhet i hela landet.</p>

Författare Titel Land, År	Syfte	Urval Datainsamlings-metod	Genomförande Analys	Resultat	Kvalitet
<p>Jack, S, Ford-Gilboe, M, Davidov, D och MacMillan, H.</p> <p>Identification and assessment of intimate partner violence in nurse home visitation</p> <p>USA, 2016.</p>	<p>Syftet med studien var att utveckla strategier för att identifiera och granska våld i nära relationer i sjuksköterskors hembesöks riktlinjer.</p>	<p><b>Urval:</b> Strategiskt urval med N=5 föreståndare, N= 33 barnmorskor som genomförde hembesök och N=26 kvinnor som tidigare rapporterat våld i nära relationer. Samt en kvinna från tidigare pilotstudie. <b>Inklusionskriterier:</b> yrkesverksamma sjuksköterskor som genomförde hembesök, föreståndare för sjuksköterskor som genomför hembesök och kvinnor som själva rapporterat att de utsatt för våld i nära relationer. <b>Datainsamlingsmetod:</b> En kvalitativ prospektiv longitudinellstudie med fokusgrupper, semistrukturerade intervjuer, individuella intervjuer.</p>	<p>Alla sjuksköterskor deltog i två fokusgrupper. Föreståndare deltog i en semistrukturerad intervju. Kvinnorna blev individuellt intervjuade vid två tillfällen. Alla deltagare i studien har lämnat informerat samtycke. Ljud inspelning av intervjuerna gjordes som senare transkriberades till text. Resultatet i pilotstudien inkluderades i resultatet i studien. <b>Analys:</b> En induktiv kvalitativ innehållsanalys gjordes av S Jack, M Ford-Gilboe och D Davidov. Etiskt godkänd av etiskt kommitté.</p>	<p>Analys av verksamma sjuksköterskor som gör hembesök som specifikt frågar om våld i nära relationer, identifiera problem och utmaningar för att utvärdera om våld i nära relationer och en analys om vad som behövs förbättras i nuläget om att kunna uppmärksamma våld i nära relationer.</p>	<p><b>Tillförlitlighet:</b> Resultatet speglar syftet och citerar deltagarna som deltagit vilket höjer tillförlitligheten. <b>Verifierbarhet:</b> Var i USA intervjuerna har gjorts och hur deltagarna har blivit tillfrågade framgår inte. Sänker verifierbarheten. Höjs då hur analysen är gjord, hur varje grupp har blivit intervjuade och vilka frågor som har ställts framgår tydligt. <b>Pålitlighet:</b> Höjs då tre av forskarna har deltagit i analysen. Sänks då förståelsen ej framgår. Forskarna har analyserat intervjuer trots de personerna inte har blivit intervjuade två gånger. Motivering till varför de ändå har tagit med de första intervjuerna saknas men då vi utgår från sjuksköterskans erfarenheter påverkar det inte pålitligheten. <b>Överförbarhet:</b> Sänks då det inte framgår var i USA studien är gjord och om den är gjord i olika städer i USA.</p>
<p>Pitter, C.P</p> <p>Midwives' knowledge and attitudes when encountering Gender-Based Violence in their practice at maternity-hospital in Kingston, Jamaica.</p> <p>Jamaica, 2016</p>	<p>Förbättra barnmorskor nas kapacitet att identifiera och behandla gravida kvinnor som upplever GBV** i Jamaica.</p>	<p><b>Urval:</b> Strategiskt urval med N= 6 barnmorskor på ett offentligt sjukhus. <b>Inklusionskriterier:</b> minst 6 månader oavbruten yrkeserfarenhet på förlossningsavdelningen. <b>Exklusionskriterier:</b> barnmorskestudenter och barnmorskor som var tillfälligt lediga. <b>Datainsamlingsmetod:</b> fokusgrupper med semistrukturerade frågor.</p>	<p>Kontakt med barnmorskorna gjordes efter godkännande av sjukhuset. Deltagarna informerades om studien. Forskaren tog hänsyn till konfidentialitet och informerade att studien var frivillig. Intervjun spelades in och sedan transkriberades. <b>Analys:</b> Kvalitativ innehållsanalys. Etiskt godkänd av en etiskt kommitté.</p>	<p>Barnmorskor har bristfällig kunskap om könsrelaterat våld. Barnmorskor stöter på kvinnor som utsätts för könsrelaterat våld under graviditet. Barnmorskorna saknar professionell beredskap. Det finns luckor i institutionell ram. Barnmorskor är villiga att ingripa.</p>	<p><b>Tillförlitlighet:</b> Resultatet speglar syftet vilket höjer tillförlitligheten. Det är endast en person som har gjort studien vilket sänker tillförlitligheten. <b>Verifierbarhet:</b> Tillvägagångssätt och vilka frågor som frågats framgår tydligt vilket stärker verifierbarheten. <b>Pålitlighet:</b> Analysen har bara gjorts av en person vilket sänker pålitligheten. <b>Överförbarhet:</b> Abstraktionsnivån sänks då studien är gjord på endast ett sjukhus.</p>



Författare Titel Land, År	Syfte	Urval Datainsamlings- metod	Genomförande Analys	Resultat	Kvalitet
Protheroe, L., Green, J och Spiby, H.  An interview study of the impact of domestic violence training on midwives  England, 2002.	Syftet med studien var att utvärdera effekten på barnmorskor efter träningsprogr am att öka deras medvetenhet och förståelse för kvinnor som lever i våld i nära relationer.	<b>Urval:</b> Strategiskt urval med N= 26 barnmorskor hälften från kommunen och sjukhus. Barnmorskor som blev kontaktade N=55. <b>Inklusionskriterier:</b> barnmorskorna skulle ha deltagit i träningsprogram mellan december 2000 och februari 2001. <b>Datainsamlingsmetod:</b> Semistrukturerade intervjuer.	Deltagarna tillfrågades genom ett brev med information om studien, informerat samtyckeblad samt ett förbetalt kuvär. Ytterligare ett brev skickades till de som ej svarade på första. Anonymitet garanterad. L Protheroe genomförde intervjuerna. Intervjuerna spelades in och sedan transkriberades av L Protheroe. <b>Analys:</b> Kvalitativ innehållsanalys. L Protheroe huvud analysen och JM Green och H Spiby analyserade datan i olika kategorier. Etiskt godkänd av en etisk kommitté.	Identifiera våld i hemmet, kommunicera om våld i hemmet, stödja kvinnor, svårigheter att genomföra utbildning, sekretess och dokumentation, arbeta med andra vårdpersonal eller agenturer, uppfattningar om roll och relationer, personligt problem och effekter samt stöd och vidareutbildning.	<b>Tillförlitlighet:</b> Resultatet svarar på syftet. Citat redogörs. Höjer tillförlitligheten. <b>Verifierbarhet:</b> Frågorna som ställts under intervjun framgår vilket höjer verifierbarheten. <b>Pålitlighet:</b> Alla författare har deltagit i analysen. Förförståelsen framgår inte men däremot uppger författarna att L Protheroes relation med deltagarna var neutral. Höjer pålitligheten. <b>Överförbarhet:</b> Deltagarna är från olika städer i England och kommer både från kommun och sjukhus vilket höjer överförbarheten.
Sprague, C. M. Hatcher, A. Woollett, N. Black, V. How Nurses in Johannesburg Address Intimate Partner Violence in Female Patients: Understanding IPV Responses in Low- and Middle-Income Country Health Systems Boston, USA. 2017	Syftet var att förstå sjukskötersko rnas svar mot IPV* hos kvinnliga patienter, till exempel, screening av våld, fynd från fall, rådgivning eller brist på handlingar.	<b>Urval:</b> Strategiskt urval N=25 barnmorskor som arbetade med förlossning, mödravård, abort samt obstetrik och gynekologi på 5 hälsoanläggningar. Ålder 35-61 <b>Inklusionskriterier:</b> sjuksköterskor som hade kontinuerlig kontakt med dessa kvinnor <b>Datainsamlingsmetod:</b> Semistrukturerade intervjuer med intervjuguide	Sjuksköterskorna valdes medvetet ut i respektive hälsocenter. Sjuksköterskorna rekryterades och informerades av tre forskare. Intervjuerna ägde rum på deltagarens arbetsplats. Deltagarna tilldelades information om studien och deltagarna fick ge skriftligt samtycke att delta. <b>Analys:</b> En kvalitativ induktiv innehållsanalys gjordes i studien. Studien var etiskt godkänd av etisk kommitté.	Hur sjuksköterskor svarar på IPV* hos kvinnliga patienter, Varför sjuksköterskor svarar på IPV*; patientens förväntningar och sjuksköterskornas ansvar, Direkt erfarenhet av partnermissbruk formar sjuksköterskornas IPV*- relaterade attityder och beteenden, och Svag respons från polis ang. IPV* skapar press på sjuksköterskor att svara.	<b>Tillförlitlighet:</b> Resultatet redovisas i form av citat vilket stärker tillförlitligheten. <b>Verifierbarhet:</b> Frågorna redovisas. Sänks då det ej beskrivs hur rekrytering och intervjuerna skett. Höjs då forskarna och deltagarna ej hade en relation. Väl beskriven dataanalys. <b>Pålitlighet:</b> forskarna beskriver att de inte gick in med antaganden och mer än en har deltagit i analysen vilket höjer pålitligheten. Sänks då förförståelsen ej redovisas. <b>Överförbarhet:</b> Majoriteten av deltagarna arbetade på förlossningen och det var ett litet urval på fem hälsocenter i en stad. Sänker överförbarheten och abstraktionsnivån.

Författare Titel Land, År	Syfte	Urval Datainsamlings- metod	Genomförande Analys	Resultat	Kvalitet
Sundborg, E. Törnkvist, L. Saleh-Stattin, N. Wändell, P. Hylander, I.  To ask, or not to ask: the hesitation process described by district nurses encountering women exposed to intimate partner violence. Sverige, 2015.	Syftet med studien var att förbättra förståelsen för distriktssköterskornas erfarenheter av att möta kvinnor utsatta för intimt partnervåld	<b>Urval:</b> Strategiskt urval av N=11 kvinnliga distriktssjuksköterskor som valde att delta i studien. <b>Inklusionskriterier:</b> distriktssjuksköterskor. <b>Datainsamlingsmetod:</b> intervjuer med Grounded Theory-metod med intervjuguide	Deltagarna rekryterades av distriktssjuksköterskorna på respektive hälsovårdscentral. Datainsamling skedde individuellt på deltagarens arbetsplats. Intervjuerna började med en inledande fråga. Intervjuerna varade mellan 40-90 minuter. Deltagarna fick skriftlig och muntlig information om studien och erhöll informerat samtycke. <b>Analys:</b> Grounded theory-metod. Studien var etiskt godkänd av etisk kommitté.	Resultatet presenteras i 3 huvudkategorier; barriärer att fråga, faktorer som underlättade att fråga om IPV*, och tvekan-processen.	<b>Tillförlitlighet:</b> Resultatet svarar på syftet och citaten speglar deltagarnas upplevelser. Höjer tillförlitligheten. <b>Verifierbarhet:</b> Författarna har beskrivit tillvägagångssättet i metodavsnittet. Sänks då det ej beskrivs hur intervjuguiden och analys ändrats samt vem som gjort dataanalysen. <b>Pålitlighet:</b> Sänks då författarna beskriver ej sin förförståelse, vilken relation de har med deltagarna, samt vem som utfört analysen. <b>Överförbarhet:</b> Studien är utförd på olika hälsovårdscentraler inom Stockholms län i syfte att omfatta ett stort geografiskt område. Höjer överförbarheten. Sänks något då det ej beskrivs vart i Stockholms län dessa hälsovårdscentraler befinner sig. Abstraktionsnivån sänks då studien endast berör distriktssjuksköterskor.
Visentin, F. Becker-Viera, L. Trevisan, I. Lorenzini, E. Franco da Silva, E.  Women's primary care nursing in situations of gender violence  Brasilien, 2015.	Syftet med studien var att identifiera åtgärder som utförs av primärvårdens sjuksköterskor för kvinnor i situationer av våld i hemmet.	<b>Urval:</b> Randomiserat urval med N=17 sjuksköterskor mellan 25-57 år på N=10 hälsoenheter. Deltagarna var N=3 män och N=14 kvinnor. Arbetslivserfarenhet 4 månader-21 år. <b>Inklusionskriterier:</b> Utöva vårdfunktionen och arbetat minst 3 månader i primärvården. <b>Exklusionskriterier:</b> vara borta från arbetet under datainsamlingen, arbeta tillfälligt och vikarie. <b>Datainsamlingsmetod:</b> semi-strukturerade intervjuer.	Datainsamlingen genomfördes av Visentin, F. i ett privat rum på deltagarnas arbetsplatser från september- oktober 2012 med hjälp av ett förskrivet manus med intervjufrågor. Vid intervjutillfället tilldelades informerat skriftligt samtycke till deltagarna. Intervjuerna varade i snitt 30 minuter och ljudinspelades. <b>Analys:</b> Data analyserade genom induktiv innehållsanalys. Studien var etiskt godkänd av etisk kommitté.	Resultatet presenteras i två teman; Åtgärder som sjuksköterskor har vidtagit för att ta hand om kvinnor i situationer där könsvåld föreligger och Begränsningar för omvårdnad vid könsvåld.	<b>Tillförlitlighet:</b> resultatet speglar syftet samt innehåller citat från deltagarna. Sänks något då det gjorts ett randomiserat urval vilket ej passar kvalitativa studier. <b>Verifierbarhet:</b> Sänks då det ej framgår hur deltagarna blivit tillfrågade samt vem som utfört analysen. Författarna beskriver vem som utfört intervjuerna och vad frågorna i manuset handlar om men redogör inte för hur frågorna ställts vilket sänker verifierbarheten. <b>Pålitlighet:</b> Sänks då forskarna inte redovisar sin förförståelse, vem/vilka som deltagit i analysen, samt vilken relation forskarna har med deltagarna. <b>Överförbarhet:</b> Höjs då urvalet och kontexten är väl beskrivet. Abstraktionsnivån sänks då studien endast berör sjuksköterskor i primärvården, samt att studien endast är gjort på ett fåtal hälsoenheter i en stad i en delstat i Brasilien.