



Högskolan
Kristianstad

Högskolan Kristianstad
291 88 Kristianstad
044-250 30 00
www.hkr.se

Självständigt arbete (examensarbete), 15 hp, för
Kandidatexamen i omvårdnad
VT 2023
Fakulteten för hälsovetenskap

Sjuksköterskors möte med våldsutsatta kvinnor

- En litteraturstudie om
sjuksköterskors upplevelser
av att möta våldsutsatta
kvinnor i primärvården

Selma Bergenlöv & Daniella Bella Avrin

Författare

Daniella Bella Avrin & Selma Bergenlöv

Titel

Sjuksköterskors möte med våldsutsatta kvinnor

- En litteraturstudie om sjuksköterskors upplevelser av att möta våldsutsatta kvinnor i primärvården

Handledare

Johnny Wahlin

Examinator

Katarina Sjövall

Sammanfattning

Bakgrund: Våld mot kvinnor är ett stort folkhälsoproblem som kvinnor över hela världen står inför oavsett ålder eller grupptillhörighet. Våld drabbar kvinnor både på kort sikt och lång sikt och får både fysiska och psykiska konsekvenser. Sjuksköterskor har en betydande roll i att identifiera, förebygga och ta hand om kvinnor som utsätts för våld. **Syfte:** Syftet var att beskriva sjuksköterskors upplevelser av att möta kvinnor i primärvården som utsatts för våld i nära relation av en manlig partner. **Metod:** Allmän litteraturöversikt med kvalitativ ansats baserad på vetenskapliga kvalitativa artiklar. **Resultat:** Tre huvudkategorier skapades utifrån analysen, osäkerhet och rädsla för att ställa frågan, förutsättningar och strategier för mötet, när den professionella rollen sätts på prov. **Diskussion:** Utifrån följande kvalitetsbegrepp, tillförlitlighet, överförbarhet, pålitlighet och verifierbarhet diskuteras studiens kvalitet. De två fynden som diskuterades var *osäkerhet och rädsla inför att fråga om våld, inverkan på den professionella rollen*. Det framkom att det finns hinder för sjuksköterskor att möta kvinnor som är utsatta för våld. Hinder som förekom var osäkerhet och tveksamhet samt tidsbrist.

Nyckelord: Sjuksköterskor, upplevelser, våldsutsatta kvinnor, möte, primärvården

Author

Daniella Bella Avrin & Selma Bergenlöv

Title

Nurses experiences of encountering abused women
-A literature study on nurses' experiences of encountering abused women in primary care

Supervisor

Johnny Wallin

Examiner

Katarina Sjövall

Abstract

Background: Intimate partner violence against women is an important public health problem facing women all around the world no matter age or belonging. Violence affects women both short term and long term and has both physical and psychological impact. Nurses have a significant role in identifying, preventing and caring for women exposed to violence. **Aim:** The aim was to describe nurses' experiences of encountering women in primary care who have been subjected to violence in a close relationship by a male partner. **Method:** General literature review with a qualitative approach based on scientific qualitative articles. **Result:** Three main categories were created from the analysis, uncertainty and fear of asking the question, conditions and strategies for the meeting, when the professional role is challenged. **Discussion:** Based on the following concepts of quality, confirmability, transferability, reliability and transferability, was the quality of the study discussed. The two findings that were discussed were *uncertainty and fear of asking about violence, the impact on the professional role*. There are obstacles for nurses to meet women who are victims of violence. Obstacles that occurred were uncertainty and hesitation as well as lack of time.

Keywords: Nurses, experiences, interpersonal violence, encounter, primary care

Innehållsförteckning

Inledning	5
Bakgrund	5
Syfte	9
Metod	9
Design	9
Sökvägar och urval.....	9
Granskning och analys	10
Etiska överväganden	11
Förförståelse	12
Resultat	12
Osäkerhet och rädsla för att ställa frågan.....	13
Förutsättningar och strategier för mötet.....	14
När den professionella rollen sätts på prov	15
Diskussion	17
Metoddiskussion	17
Resultatdiskussion	20
Slutsats	25
Referenser	26
<i>Bilaga 1. Sökschema</i>	33
<i>Bilaga 2. Artikelöversikt</i>	37

Inledning

En tredjedel av världens kvinnliga befolkning utsätts någon gång under sitt liv för våld i nära relation (World Health Organisation [WHO], 2018). I Sverige uppgår denna siffra till 25 % av den kvinnliga befolkningen (Brottsförebyggande rådet, 2022). Våld i nära relation kan resultera i kortsiktiga liksom långsiktiga hälsokonsekvenser för kvinnor, och det är hälso-och sjukvårdens ansvar att identifiera och vårda dessa kvinnor (Wemrell, et.al., 2022). Sjuksköterskor fyller en viktig funktion i att upptäcka, utbilda och förebygga våld i nära relation (Wild et.al., 2022). Därför behövs kunskap hos sjuksköterskor om symtom på att våld förekommer samt kunskap om vilket stöd de kan erbjuda kvinnan (Nationellt centrum för kvinnofrid [NCK], 2017). Kvinnor som utsätts för våld söker sig bland annat till primärvården med diffusa fysiska eller psykiska symtom. Det är vanligt att kvinnor inte berättar om sin våldsutsatthet vilket utgör svårigheter i mötet för sjuksköterskan (Socialstyrelsen, 2016). Mot bakgrund av detta bedöms att det behövs mer kunskap med utgångspunkt i sjuksköterskors erfarenhet och upplevelser av att möta våldsutsatta kvinnor.

Bakgrund

Våld är inte ett entydigt begrepp och kan således förklaras genom olika handlingar och vara av olika karaktär. Våld kan förekomma både fysiskt-, sexuellt- psykiskt och ekonomiskt vilket utgör ett hot mot kvinnors fysiska och psykiska hälsa (Nationellt centrum för kvinnofrid [NCK], 2023; Socialstyrelsen, 2023). Det våld som utövas av en nuvarande eller tidigare partner definieras som våld i nära relation (Wemrell et.al., 2022). Det finns ingen självklar förklaring till varför våldet uppstår. Däremot finns forskning som menar att en av orsakerna till våldets existens är den ojämna maktbalansen mellan män och kvinnor (Hradilova Selin, 2009). Det fysiska våldet som kvinnor utsätts för kan variera från: blåmärken, skärsår, brännskador, stryptag med flera (Eldoseri et.al., 2014; Socialstyrelsen, 2023). Det sexuella våldet kan innefatta våldtäkt och andra typer av sexuella

handlingar som utövas under tvång eller sexuella kränkningar (WHO, u.å; Kvinnofridslinjen, 2023). Det psykiska våldet kan ske i form av hot, nedlåtande kommentarer, isolering och trakasserier (Socialstyrelsen, 2023). Tilläggas kan att det psykologiska våldet även kan innebära en ekonomisk begränsning från mannen. Detta genom att mannen på olika sätt kontrollerar kvinnans pengar vilket med tiden leder till en beroendeställning för kvinnan (Correa et.al., 2020). Kvinnor som utsätts för våld löper bland annat större risk för depression, ångest, kroniska besvär, självska debeteende och missbruk (Correa et.al., 2020; Eldoseri et.al., 2014; NCK, 2017; Netto et.al., 2014; WHO, 2018). I Sverige är primärvården en del av den öppna hälso-sjukvården och skall enligt lag vara tillgänglig för alla. Därav följer att många söker till primärvården som ett första steg och kvinnor som utsätts för våld har därför chansen att uppmärksammas. Våldsutsatta kvinnor söker vård av varierande symptom såsom mag- och tarmbesvär, ångest, depression och kroniska smärtor. Primärvården och sjuksköterskor har således ett ansvar att upptäcka våldsutsatthet (NCK, 2017).

Sjuksköterskors ansvar i mötet med en kvinna inom primärvården är först och främst att uppmärksamma varningssignaler på att våld skulle kunna föreligga. Om kvinnans berättelse om hur hennes skador uppkommit verka tvivelaktiga kan det finnas anledning till misstanke. Sjuksköterskor behöver vara uppmärksamma på kvinnor som söker vård för långvariga eller kortvariga psykiska besvär, utåtagerande, dålig självkänsla eller självdestruktivt beteende. Det kan även röra sig om tecken som skärsår, brännskador, blåmärken eller gynekologiska besvär (NCK, 2017; Socialstyrelsen, 2014). Vid misstanke, eller som en rutin, kan sjuksköterskor öppna upp för samtal om våld i mötet. Detta kan göras som en del i anamnesen, vilket kan skapa förutsättningar att fånga upp våldsutsatta kvinnor inom primärvården (NCK, 2017). Att ställa frågor på rutin benämns som "screening". Det kan röra sig om frågeformulär, checklistor eller våga fråga-kort (Socialstyrelsen, 2014). Screening är egentligen ett uttryck som används vid medicinska undersökningar för att ställa en diagnos på en sjukdom, men våldsutsatthet ses inte som en sjukdom. Det används emellertid ofta för att benämna att frågor om våldsutsatthet ställs på rutin. Genom att sjuksköterskan frågar om våldsutsatthet som en del av anamnesen så bekräftar detta kvinnan och

ger henne möjlighet att öppna upp för kontakt. Det är viktigt att sjuksköterskan har tid och möjlighet att följa upp eller återkomma till kvinnan vid ett nytt möte. Sjuksköterskor behöver ha rutiner för uppföljning (Berglund & Heimer, 2016; Stenson, 2004). Det har framkommit att kvinnor uppskattar att frågan om våld ställs rakt ut av sjuksköterskor istället för att linda in den (Wild et.al., 2022; NCK, 2017). I en studie som gjorts i Indien framkom att fåtalet sjuksköterskor ställde frågan och uppmärksammade våld trots att kvinnan hade synliga tecken och skador på att våld skulle ha förekommit (Poreddi et.al., 2021). Forskning tyder på att när sjuksköterskor avsätter tid och ställer frågan om våld ökar sannolikheten för att kvinnan skall öppna upp (Wemrell et.al., 2022).

Det är i omvårdnaden av kvinnorna centralt att sjuksköterskan inte misstror eller ifrågasätter kvinnans berättelse (NCK, 2017). Det kan vara svårt för sjuksköterskor att få en kvinna att öppna upp sig på grund av kvinnans rädsla att bli misstrodd, eller att hon inte ser en väg ut (Poreddi et.al., 2020). Det kan även försvåra mötet om kvinnan inte känner tillit till sjuksköterskan. Skuld, skam och rädsla kan också vara faktorer som skapar hinder för sjuksköterskans möjlighet att upptäcka våldet (NCK, 2017; Wild et.al., 2022; Correa et.al., 2020). För att mötet ska bli lyckat måste kommunikationen fungera. Sjuksköterskor behöver i mötet visa respekt, lyhördhet och förståelse för kvinnan. Dessutom krävs det att sjuksköterskor anpassar mötet utifrån kvinnans förutsättningar, exempelvis genom att använda tolk i de samtal det behövs (Socialstyrelsen, 2016; Wild et.al., 2022). I McCormack och McCance (2017) beskrivs ett förhållningssätt som speglar det ovannämnda och benämns som personcentrering.

Personcentrering handlar om att se till hela personen och inte enbart fokusera på de fysiska åkommorna i mötet. Förhållningssättet bygger på att det finns en ömsesidig respekt mellan sjuksköterskan och kvinnan. Det är centralt i mötet med den våldsutsatta kvinnan att se hela människan eftersom våld både kan påverka kvinnan fysiskt och psykiskt. Det krävs även att sjuksköterskan visar förståelse och tar hänsyn till kvinnans autonomi (McCormack och McCance 2017). Sandman och Kjellström (2020) förklarar begreppet autonomi som människans

förmåga att på egen hand styra över sitt liv. För att kvinnorna ska uppleva känslan av autonomi behöver sjuksköterskan respektera och stötta kvinnan i de beslut hon fattar. I Hälso- och sjukvårdslagen (SFS, 2017) framgår bland annat att sjuksköterskor ska respektera patienters autonomi för att en god vård ska kunna ges. Sjuksköterskor inom primärvården har en betydande roll i att möta våldsutsatta kvinnor men också att förebygga att våldet inträffar (Watts et.al., 2014). I Region Skånes Vårdprogram mot våld i nära relation beskrivs hur sjuksköterskor bör möta, stötta och vårda kvinnor som är våldsutsatta utifrån deras behov (Wemrell et.al., 2022). Sjuksköterskor behöver vidare ha beredskap att hänvisa kvinnan vidare, det kan gälla information kring kvinnofridslinjen, kontakt med kurator eller annan mottagning. Vid fysiskt och sexuellt våld kan det bli aktuellt med provtagning, spårsäkring, inläggning och uppföljning (NCK, 2017). Barriärer som sjuksköterskan kan stöta på inom primärvården är bland annat tidsbrist, frågans känslighet och om kvinnans partner medverkar under besöket (Socialstyrelsen, 2014). Att kvinnor väljer att inte söka hjälp kan bero på bristande kunskap om vad våld är eller rationalisering av mannens beteende (Souza et.al., 2016). Kvinnan kan vidare anse mannen som en bra förälder, uppleva kvarvarande kärlekskänslor eller att våldet accepteras av kultur och familj (Correa et.al., 2020).

Sjuksköterskor inom primärvården har en central roll i att identifiera och förebygga våld samt vårda kvinnor som utsätts för våld i nära relation. Många kvinnor låter av olika anledningar bli att berätta om det våld de utsätts för och menar i stället på att skadorna uppkommit av andra skäl. Vidare kan kvinnor uppsöka vård med mer diffusa besvär. Detta är något som försvårar sjuksköterskors arbete med att uppmärksamma våldsutsatthet (NCK, 2017). En upplevelse är subjektiv vilket innebär att varje enskild människa kan uppleva saker och ting på olika sätt (Birkler, 2007). Upplevelser handlar många gånger om att en individ är med om något som i sin tur påverkar individens sätt att tänka, känna och vara (Psykologiguiden, u.å). En sjuksköterskas upplevelse av möten med kvinnor som lever eller som misstänks leva med våld i nära relation, kan påverka sjuksköterskan på ett såväl personligt som professionellt plan. Genom

kunskap om sjuksköterskors upplevelser av att möta våldsutsatta kvinnor inom primärvården kan eventuella hinder i omvårdnaden eller screeningen identifieras. Det är således av betydelse att undersöka sjuksköterskans upplevelser av att möta kvinnor som är våldsutsatta för att vården ska kunna förbättras.

Syfte

Syftet var att beskriva sjuksköterskors upplevelser av att möta kvinnor i primärvården som utsatts för våld i nära relation av en manlig partner.

Metod

Design

Studiens design var en allmän litteraturöversikt med en kvalitativ ansats. Studien baserades på vetenskapliga kvalitativa artiklar om sjuksköterskors upplevelser av att möta våldsutsatta kvinnor i primärvården.

Sökvägar och urval

Studien inleddes med identifiering av nyckelord utifrån syftet; sjuksköterskor, upplevelser, möte, våld i nära relation och primärvård. Nyckelorden fick under studiens gång anpassas till olika databaser. Sökningen inleddes med en pilotsökning i Cinahl Complete för att säkerställa att det fanns tillräckligt med vetenskapligt material. Nyckelord som *Primary Health Care*, *Nurse Attitudes*, *Experience* och *Domestic Violence* användes med synonymer i de olika sökblocken. Efter pilotsökningen gjordes en systematisk sökning i databaserna Cinahl Complete, Pubmed och PsycINFO. Dessa databaser behandlar bland annat omvårdnad och hälsovetenskap (Forsberg & Wengström, 2013). Svenska MeSH utnyttjades för att finna synonymer till de valda sökorden (Svensk Mesh, 2023). I Cinahl Complete tillämpades trunkering (*) för att samla in samtliga sökord som ingick i samma rot men som hade flera böjelser. Frasering ("...") tillämpades där flera ord skulle ingå i en specifik ordningsföljd. OR användes för att bredda

sökningen och AND för att specificera den slutliga sökningen med block. Fritextord och ämnesord byggde vidare sökblocken i databaserna. I Cinahl Complete benämns ämnesord som Cinahl Headings och i Pubmed som MeSH och användes för att specificera sökningen. Avgränsningar som tillämpades i Cinahl Complete var; engelskspråkiga texter, peer-reviewed, forskningsartiklar och åldersgrupp vuxna. I Pubmed tillämpades; engelskspråkiga texter och åldersgrupp vuxna. I PsycINFO applicerades; Engelskspråkig, Peer-reviewed och åldersgrupp vuxna. Peer-reviewed innebär att artiklarna granskats av andra forskare före publicering och säkerställer artikelns kvalitet (Karlsson, 2017). De tre sökningarna gav sammanslaget 1065 resultat och av dem valdes nio artiklar ut som ansågs relevanta för syftet. I Cinahl Complete resulterade blocksökningen i 244 artiklar varav fem valdes. I Pubmed hittades 544 artiklar och en valdes. I PsycINFO resulterade sökningen i 277 artiklar varav tre valdes. För att göra en grov sällning lästes samtliga rubriker av båda författarna. 1035 artiklar valdes bort då de utgick från kvinnors eller annan vårdpersonals perspektiv. Efter den grova sällningen återstod 30 artiklar vars rubriker var intressant för studiens syfte. I de 30 utvalda artiklarna lästes abstraktet vilket är en kort resumé av artikelns innehåll samt artikelns metod för att utläsa att de stämde överens med kontexten. Efter genomgång av de 30 artiklarna återstod nio artiklar som svarade på syftet och var inom vald kontext. För sökschema se, *Bilaga 1*.

Inklusionskriterier

Utifrån syftet valdes inklusionskriterier ut för att specificera sökningen. De inklusionskriterier som användes var studier som undersökte sjuksköterskors upplevelser av att möta kvinnor över 18år inom primärvården som utsatts för våld av en manlig partner.

Granskning och analys

Det första som gjordes för att få en helhet över de nio artiklar som valts ut var att artiklarna lästes både individuellt och gemensamt. Sedan användes Högskolan Kristianstads granskningsmall för att granska kvalitén på de valda artiklarna. I

granskningsmallen analyserades artiklarnas syfte, metod, urval, analys, tillförlitlighet, verifierbarhet, pålitlighet samt överförbarhet (Blomqvist et.al., 2016). Analysprocessen utgick från Fribergs (2017) tre steg. Det första steget bestod av att gå igenom artiklarna enskilt för att skapa en överblick. Artiklarna lästes sedan gemensamt varpå fokus låg på resultatet. Resultatdelarna lästes flera gånger för att undvika bias och eventuell feltolkning. Överstrykningspennor i olika färger användes för att få en överskådlig blick över det som besvarade syftet. Därefter sammanställdes de olika resultaten i form av att sammanfattningar skrevs ned. I det andra steget utformades koder och en tabell för att jämföra likheter och skillnader av olika upplevelser. Till sist sorterades de sammanställda materialet till olika kategorier.

Etiska överväganden

En förförståelse skrevs innan studiens start både individuellt och gemensamt för att författarnas fördomar och åsikter inte skulle färga studien. Förförståelsen lades sedan åt sidan under studiens gång för att inte påverka resultatet. Författarna gjorde vidare etiska överväganden under studiens gång genom att endast inkludera etiskt godkända artiklar. De valda artiklarna skulle vidare respektera informations- samtyckes- konfidentialitets- och nyttjandekravet. De vetenskapliga artiklar som användes i denna studie har granskats och godkänts av etiska kommittéer. Ett exempel på en sådan är Helsingforsdeklarationen som arbetats fram av World Medical Association. Etiska kommittéer finns till för att skapa en balans i behovet av kunskap samt att forskningen blir granskad av oberoende personer för att säkerställa kvaliteten. Etiska kommittéer ser vidare till att den enskilda människan skyddas och att människovärdet respekteras i forskningen. Detta görs även i Sverige genom lag om etikprövning av forskning som avser människor (SFS, 2003) och personuppgiftslagen (SFS, 1998).

Förförståelse

Författarnas samlade förförståelse var att våld mot kvinnor är ett globalt problem som hotar kvinnohälsan. Vidare tänkte författarna att majoriteten av våldet sker i det tysta och att sjukvården fyllde en central roll i att uppmärksamma våldet.

Resultat

Resultatet baseras på nio kvalitativa intervjustudier vars kontext hade utgångspunkt i primärvården. Av de nio artiklar som analyserades var två studier från Spanien, två från Brasilien, en från Israel, en från Kanada, en från Skottland, en från USA och en från Sverige. Totalt ingick 121 stycken sjuksköterskor i studiens resultat, 113 stycken var kvinnor och 8 stycken var män. Samtliga artiklar belyser sjuksköterskors perspektiv av att möta våldsutsatta kvinnor inom primärvården. I vissa av artiklarna var annan vårdpersonal inkluderad såsom undersköterskor, läkare, socialarbetare, psykiatriker och psykologer. Det är således endast allmänsjuksköterskors och distriktsjuksköterskors upplevelser som varit till grund för studiens resultat. Analysen resulterade i tre huvudkategorier; *Osäkerhet och rädsla för att ställa frågan*, *Förutsättningar och strategier för mötet*, *När den professionella rollen sätts på prov*. För översikt, se *Figur 1*.



Figur 1. Resultatets huvudkategorier som beskriver sjuksköterskors upplevelser av att möta kvinnor i primärvården som utsatts för våld i nära relation.

Osäkerhet och rädsla för att ställa frågan

En känsla hos sjuksköterskor var osäkerheten inför att möta våldsutsatta kvinnor. Osäkerheten kunde kopplas till att det saknades professionell träning i hur våldet kom upp till ytan samt hur det skulle bemötas. Osäkerheten inför uppgiften resulterade i förhoppningar om att kvinnan ej skulle delge sin våldsutsatthet (Briones-Vozmediano et.al., 2022; Visentin et.al., 2015; Iverson et.al., 2013; Alvarez et.al., 2018). För att känna sig trygg i mötet med våldsutsatta kvinnor behövdes träning i att se kvinnan i ögonen, vara lyhörd och hur frågan om våld skulle ställas på ett respektfullt sätt (Briones-Vozmediano, et.al., 2022; Iverson, et.al., 2013).

“I don't feel like I'm prepared to—if a woman was in front of me right now, saying, “My partner is beating the crap out of me,” all I can say is, “Here's the number to [the shelter], or here's the number to this hotline. You can give them a call, and they can help you.” I'm not prepared to walk her through the next steps at all....” (Alvarez et.al., 2018, s. 7)

Sjuksköterskor upplevde en rädsla inför konsekvenserna av att en kvinna öppnade upp sig. Det beskrevs som att starta en resa på oviss mark, som gav kvinnor möjligheten att öppna upp en dold del av sig själva. Sjuksköterskor kände en rädsla inför de följder som berättelsen kunde leda till, det kunde innebära en fara om kvinnan tvingades flytta eller hamnade i en ekonomiskt sårbar situation. Sjuksköterskor var rädda för att de skulle kunna ställas till svars av både kvinnan själv eller hennes våldsamma man (Williston et.al., 2013; Sundborg et.al., 2017).

Kännetecknen på våld kunde vara subtila och det skapade en osäkerhet i att våga fråga (Briones-Vozmediano et.al., 2022). Tvekan att fråga var minskade om det fanns tydliga tecken såsom blåmärken eller psykologiska symtom som låg självkänsla och psykosomatisk smärta. En upplevelse av att mer subtila tecken som intuition och intryck kunde minska osäkerheten. Sjuksköterskor upplevde att det kunde vara svårt att sätta fingret på, eller namnge exakt vad det rörde sig om

vilket skapade osäkerhet vid mötet (Sundborg et.al., 2017; Briones-Vozmediano et.al., 2022; Bradbury-Jones et.al., 2014; Alvarez et.al., 2018).

Det fanns vidare upplevelser av att vara trygg i att bemöta våldsutsatta kvinnor (Alvarez et.al., 2018). Att vara förberedd upplevde sjuksköterskor underlättade mötet. Genom att veta hur mötet skulle byggas upp och hur kvinnorna skulle hänvisas till vidare hjälp. Osäkerheten kunde även minska genom att ha beredskap för att ge en god omvårdnad. Sjuksköterskor uttryckte att egna livserfarenheter av lidande kunde främja mötet. Ett stöttande team kunde också minska osäkerheten när frågan om våldsutsatthet skulle ställas (Sundborg et.al., 2017; Iverson et al., 2013; Briones-Vozmediano et.al., 2022).

Förutsättningar och strategier för mötet

Primärvården upplevdes vara en bra plats att uppmärksamma våld i nära relation, det fanns en kontinuitet som gjorde att sjuksköterskorna kunde skapa en relation till kvinnorna. Relationen resulterade i tillit och respekt som möjliggjorde djupare samtal med kvinnorna. Å ena sidan fanns känslan av att primärvården var den optimala platsen att uppmärksamma varningssignaler på, eftersom sjuksköterskor hade förutsättningar att spendera längre tid med kvinnorna (Briones-Vozmediano et.al., 2022; Courtney J et.al., 2014). Å andra sidan upplevde sjuksköterskor att uppgiften var för komplex för primärvården och att det inte fanns möjlighet att skapa förutsättningarna för att hjälpa kvinnorna. (Visentin et.al., 2015; Briones-Vozmediano et.al., 2022; Iverson et.al., 2013).

“Primary care would be more of a screening place and triage place. I don’t personally see primary care as the best place to treat this kind of complicated issue.” (Iverson et.al., 2013, s. 827).

På de platser där screening användes upplevde sjuksköterskor att det hjälpte dem att uppmärksamma våld i nära relation. Däremot fanns det platser där screening inte användes. Sjuksköterskor valde trots det att ställa frågor om våldsutsatthet

(Briones-Vozmediano et.al., 2022). Sjuksköterskor upplevde att det underlättat om riktlinjer och strategier funnits för hur screening skulle utföras. (Iverson, et.al., 2013; Alvarez et.al., 2018; Sundborg et.al., 2017). Arbetsbörda och tidsbrist upplevdes försvåra upptäckten av våldsutsatthet. Det gav känslor av att inte ha rätt förutsättningar för att hjälpa kvinnorna. Det fanns en vilja att lyssna och ge kvinnorna tid. Tidspressen och den höga arbetsbördan försvårade mötena. Det var å ena sidan viktigt med en motiverande attityd till kvinnorna. Å andra sidan upplevdes det svårt att hålla motivationen uppe när arbetsbördan var för stor (Visentin et.al., 2015; Briones-Vozmediano et.al., 2022).

Sjuksköterskor upplevde att frågan om våld ibland valdes att flyttas fram som en konsekvens av tidsbristen. (Visentin et.al., 2015; Briones-Vozmediano et.al., 2022; Iverson, et.al., 2013). Andra sjuksköterskor valde att uppmärksamma våld trots tidspress, ovisshet och emotionell påverkan (Briones-Vozmediano et.al., 2022). Det fanns även upplevelser av att identifieringen av våldsutsatthet inte ingick i sjuksköterskors ansvar, eftersom det inte fanns förutsättningarna till att hinna uppmärksamma våldsutsatthet.

Förutsättningar som sjuksköterskor upplevde underlätta mötet med kvinnan var att känna igen tecken och symtom på våld. En stöttande miljö i form av kollegor och professionell uppbackning upplevdes underlätta mötet med kvinnorna. Om kvinnan hade förtroende för sjuksköterskan underlättade även detta att ställa frågan. Vidare menade sjuksköterskor att strategier för att hantera svaret minskade tvekan (Sundborg et.al., 2017).

När den professionella rollen sätts på prov

Sjuksköterskor kände ett behov av att distansera sig från sina egna tankar och känslor för kvinnorna för att kunna engagera sig. Att distansera sina egna tankar och känslor beskrevs som att mista kontrollen. Detta skapade känslor av osäkerhet och tvivel på den egna professionella rollen (Williston et.al., 2013). Det fanns vidare en rädsla inför att bli för känslomässigt involverad i kvinnorna. Det var därför viktigt att känna sig trygg i att kunna skilja på professionell roll och

privatliv (Williston et.al., 2013; Goldblatt, 2009; Sundborg et.al., 2017). Att inte kunna hjälpa den våldsutsatta kvinnan kändes som att arbeta emot det som den professionella rollen innebär. Detta genom att i mötet med en våldsutsatt kvinna inte kunna åtgärda ett konkret problem (Williston et.al., 2013; Goldblatt, 2009).

“I think any nurse that tells you they didn’t come into this to take care of people and try to fix things would be lying. Because that’s what we do, right? We wanna take care—we wanna make things better, and so sometimes it’s hard not to just tell them how to fix the problem. They’ve gotta fix their own problem” (Williston et.al., 2013, s. 821)

Att förbereda sig psykiskt och emotionellt skapade trygghet inför att möta kvinnorna. Sjuksköterskor upplevde att det var viktigt att vara medveten om de egna vårdande egenskaperna, för att kunna sätta kvinnornas känslor före sina egna. Sjuksköterskor upplevde att mötet skulle underlättas om sjuksköterskor slutat tvivla på sin egen förmåga (Sundborg et.al., 2017).

“It isn’t easy to ask... it is a very difficult situation and it is very personal, emotional... I think that it is easier if you have stopped doubting once? If you have stopped doubting yourself before” (Sundborg et.al., 2017, s.7)

Att sätta sin professionella roll före sina känslor beskrevs ibland som att inte sätta sig in i kvinnornas livssituationer. Sjuksköterskor upplevde känslor av ilska och ansvar på samma gång, när det var svårt att förstå kvinnors livsval (Briones-Vozmediano et.al., 2022; Goldblatt, 2009). Kvinnors beslut om att öppna upp sig eller inte, kunde även skapa känslor av maktlöshet hos sjuksköterskorna (Visentin et.al., 2015). Brist på förståelse, medvetenhet och engagemang och att inte respektera kvinnors autonomi upplevde sjuksköterskor skapade barriärer för en god vård. Det skapade vidare känslor av tvivel på den professionella rollen (Briones-Vozmediano et.al., 2022; Goldblatt, 2009). För att bygga ett förtroende var det viktigt att vara lyhörd, närvarande och avsätta tid (Sundborg et.al., 2017; Carneiro et.al., 2022). Det var viktigt för sjuksköterskor att sätta kvinnans känslor

i förgrunden. De föreställde sig själva i kvinnans situation för att se problematiken ur kvinnans perspektiv, vilket gjorde det lättare att förstå kvinnans val och hur detta påverkade hennes liv. På så sätt kunde sjuksköterskor skapa en balans mellan professionell roll och känslor (Williston et.al., 2013; Briones-Vozmediano et.al., 2022).

Diskussion

Metoddiskussion

Studien har utgått från Fribergs (2017) definition av en litteraturstudie, där kvalitativa artiklar från tidigare forskning använts för att besvara studiens syfte. Metoddiskussionen beskriver studiens syfte-, metod- och analysprocess där styrkor och svagheter presenteras. Tillvägagångssättet i litteraturstudien har följt Fribergs (2017) modell och diskuterats enligt Shentons (2004) trovärdighetsbegrepp: *tillförlitlighet, verifierbarhet, pålitlighet och överförbarhet*.

Tillförlitlighet

För att bedöma tillförlitligheten menar Shenton (2004) att det tydligt ska framgå hur resultatet tagits fram och att resultatet svarar på syftet. Tillförlitligheten i studien stärks av att en pilotsökning genomfördes vid studiens start. Då pilotsökningen gav tillräckligt med underlag fortskred sökprocessen med databaserna Cinahl Complete, Pubmed och PsycInfo som innehåller vetenskaplig forskning med ett omvårdnadsfokus (Östlundh, 2017). Tillförlitligheten i studien stärks av att relevanta databaser med omvårdnadsfokus använts.

Ingen avgränsning på årtal gjordes då utbudet av forskning var begränsat. Detta sänker då äldre upplevelser eventuellt inte är lika aktuella. En artikel från 2009 användes vilket sänker tillförlitligheten då attityder och kunskapen kring mäns våld mot kvinnor har utvecklats. Vid databas-sökningarna kombinerades ämnesord och fritextord samt utvidgades med hjälp av trunkering och boolesk söklogik, detta stärker tillförlitligheten då relevant litteratur ringats in.

Sökningarna resulterade i 9 artiklar som svarade på syftet. De valda artiklarna lästes individuellt och gemensamt samt granskades med Högskolan Kristianstads granskningsmall vilket stärker tillförlitligheten (Blomqvist et al., 2016; Östlundh, 2017). De valda artiklarna representerar sju olika länder vilket skapar ett globalt perspektiv i studien vilket kan sänka tillförlitligheten. Detta genom att kvinnosynen kan skilja sig åt mellan länderna, liksom att sjukvårdssystemen ser olika ut vilket kan påverka resultatet och sänka tillförlitligheten. Det som däremot sänker tillförlitligheten är att artiklarna är skrivna på engelska vilket kan ha skapat vissa språkliga förändringar vid översättningen. Det som sänker tillförlitligheten är även att utbudet av forskning inom den valda kontexten varit begränsad och äldre artiklar har behövt användas. Samtliga artiklar är etiskt godkända av vederbörande etiska kommittéer i respektive land vilket stärker tillförlitligheten.

Verifierbarhet

För att avgöra huruvida verifierbarheten stärks eller sänks menar Shenton (2004) beror på hur väl beskriven metoden är och om litteraturstudien skulle kunna göras om med liknande resultat. Det som stärker verifierbarheten i denna litteraturstudie är att en klar struktur efterföljts som är väl beskriven samt att samtliga sökscheman finns redovisat. Vidare stärks verifierbarheten av att citat har använts (Östlundh, 2017).

Pålitlighet

Enligt Shenton (2004) avgörs pålitligheten av om den egna förförståelsen går att urskilja i resultatet, med andra ord hur objektivt resultatet är. Resultatet skall enbart speglas av den information som går att utläsa från de artiklar som studien använt och inte forskarnas egna uppfattningar. För att stärka pålitligheten skrevs förförståelsen ner i ett tidigt skede av arbetet med uppsatsen. Under analysarbetet strävades efter en medvetenhet om förförståelsen och att vara öppna för resultat som talade emot vår förförståelse. Författarna genomförde analysprocessen både individuellt och gemensamt för att främja objektiviteten i tolkningen av resultatet. Genom att båda författarna fått tolka artiklarnas resultat individuellt och sedan gemensamt minskar risken för bias då författarna delvis haft olika förförståelse.

Samtliga artiklar har varit på engelska vilket sänker pålitligheten då språkvariationer kan ha påverkat översättningen (Östlundh, 2017).

Överförbarhet

För att kunna bedöma överförbarheten i studien menar Shenton (2004) att resultatets externa validitet ska bedömas, med andra ord hur väl det går att överföra till liknande sammanhang. De vetenskapliga artiklar som legat till grund för studien har en global spridning; Sverige (1), Spanien (2), Brasilien (2), Israel (1), Kanada (1), Skottland (1) och USA (1). Den globala spridningen i resultatet bedöms således stärka överförbarheten till olika kulturer och sammanhang då deltagarnas upplevelser till viss del liknar varandra oberoende av vårdssystem. Överförbarheten sänks av att det i vissa artiklar inte helt tydligt framgår vad som är sjuksköterskors upplevelser på grund av att andra professioner deltagit i studierna. I följande artiklar (Williston et.al., 2013; Iverson, et.al., 2013; Alvarez et.al., 2018; Bradbury-Jones et.al., 2014), har det för vissa delar av resultatet varit svårt att utläsa vilka som var sjuksköterskors upplevelser. I det ovannämnda artiklarna är det bara ett fåtal sjuksköterskor som deltagit medan majoriteten av deltagarna består av andra professioner vilket också sänker överförbarheten. Om det inte tydligt framgått vad som är sjuksköterskors upplevelser har författarna valt bort att ta med de upplevelserna. För att överförbarheten ska kunna stärkas krävs mer forskning som primärt fokuserar på sjuksköterskors upplevelser av att möta våldsutsatta kvinnor i primärvården.

Resultatet är baserat på sjuksköterskors upplevelser av att möta våldsutsatta kvinnor i heterosexuella relationer. Det gör att överförbarheten sänks till andra typer av relationskonstellationer. Det går alltså inte att exempelvis överföra resultatet till en relation som består av två män. Då deltagarna övergripande var kvinnor sänks eventuellt överförbarheten till manliga sjuksköterskor, däremot kan överförbarheten stärkas av att urvalet representerar majoriteten inom sjuksköterskeprofessionen. Abstraktionsnivån anses vara låg då (Williston et.al., 2013; Iverson, et.al., 2013; Alvarez et.al., 2018; Bradbury-Jones et.al., 2014) har majoritet av andra yrkesgrupper i sitt resultat (Östlundh, 2017).

Resultatdiskussion

I föreliggande litteraturstudie var syftet att beskriva sjuksköterskors upplevelser av att möta kvinnor i primärvården som utsatts för våld i nära relation av en manlig partner. Resultatet visade att upplevelserna var varierande men också samstämmiga inom flertalet områden. Resultatdiskussionen kommer att utgå från följande huvudfynd; *Osäkerhet och rädsla inför att fråga om våld, inverkan på den professionella rollen.*

Ett centralt fynd var upplevelsen av osäkerhet i mötet, en osäkerhet som relaterades till bland annat bristande kunskap. För att sjuksköterskor ska känna trygghet i mötet med kvinnor som är våldsutsatta krävs kunskap och professionell träning. Det i sin tur leder till känslor av att inte vara förberedd och osäkerhet i att veta hur mötet skall hanteras. I vissa fall kan avsaknad av kunskap och träning resultera i att frågan om våld uteblir. Detta som ett resultat från en rådande osäkerhet i vilka kvinnor som skall frågas om våld, samt när och hur frågan ska ställas. I Beynon et.al., (2012) framgick att frånvaro av träning och kunskap ingick i topp fem av de nio barriärer som sjuksköterskor uppgivit för att ställa frågan om våld. Det framgick även att vissa sjuksköterskor var öppna och medvetna om den bristande utbildningen och kunskapen vilket ledde till osäkerhet i hur ämnet om våld skulle inledas med kvinnan. Även Djikanovic et.al. (2010) presenterade liknande upplevelser bland sjuksköterskor vars avsaknad av kunskap och träning utgjorde ett hinder för att hjälpa våldsutsatta kvinnor vidare. Däremot upplevde sjuksköterskor i Wyatt et. al. (2019) att de med en självsäkerhet skulle veta när kvinnor behövde screenas för våld, genom att använda sin instinktiva eller intuitiva förmåga. Sjuksköterskor påtalade även att de enbart screenade kvinnor i närvaro av misstanke eller missbruk. I Arrab och Ibrahim (2018) utvärderades effekten av utbildning i screening för sjuksköterskor. Detta utfördes genom att bland annat undersöka frekvensen av screening både före och efter utbildning. I samband med utbildning kunde en signifikant ökning i frekvensen av screening urskiljas, jämfört med innan utbildningen då det var en betydligt lägre

frekvens av screening. Sjuksköterskor i Beynon et.al (2012) menade att träning och utbildning kunde bestå av litteratur och skriftligt material, samt att få öva på mötet i olika scenarier. Att få prata med kvinnor som varit utsatta för våld var också något som sjuksköterskor ansedde kunde vara givande för att få förståelse från kvinnans perspektiv. Uppsalamodellen är en modell som tagits fram av NCK (2017) i syfte att utveckla hälso- och sjukvården i hur kvinnor som är våldsutsatta möts och vårdas. Uppsalamodellen består av fyra komponenter för att förse kvinnor med adekvat vård som utsatts för våld; kunskap, rutiner, uppföljning och samverkan. Wemrell et.al., (2022) beskriver att trots att våld i nära relation har tagits upp mer med tiden är det fortfarande få kvinnor som får frågan om våld i mötet. Att våld inte upptäcks orsakar mer lidande för kvinnorna samt större samhällskostnader enligt NCK (2017). För att ge sjuksköterskor trygghet i mötet med våldsutsatta kvinnor behövs mer praktisk träning, utbildning samt rutiner och samverkan.

När sjuksköterskor möter andra personer läggs dessa personers öde i sjuksköterskornas händer. Mötet ger även upphov till ett maktförhållande mellan kvinnan och sjuksköterskan. Besitter sjuksköterskor varken kunskap eller erfarenhet som krävs för att ta det ansvaret i mötet med en våldsutsatt kvinna har sjuksköterskorna makten att avstå från att tala om våld. I Sandman & Kjellström (2018) beskrivs närhetsetiken som central i varje möte. Närhetsetiken betonar vikten av att se till hela individen och inte enbart en patient med en diagnos eller skada. För att se hela individen och dennes individuella behov krävs det att sjuksköterskan är närvarande i mötet. Det uppstår en moralisk situation när två individer möts samtidigt som kravet på ett svar uppkommer. Sjuksköterskor kan låta bli att upptäcka våld i samband med kunskapsbrist. Brist på kunskap kan leda till osäkerhet i att ställa frågan eller att fånga upp kvinnor som har tecken och symtom på våld. Detta resulterar i att det personcentrerade förhållningssättet inte uppfylls då sjuksköterskan inte får ta del av kvinnans berättelse. Hela individen ses således inte vilket krävs för att en personcentrerad omvårdnad skall uppfyllas. Vidare beskrivs vikten av tid i ett möte som en förutsättning för att

personcentrering ska kunna ges. Detta för att ett partnerskap mellan sjuksköterskan och patienten ska kunna skapas (McCormack & McCance, 2017).

Ett av de globala målen förespråkar *jämställdhet* (FN:s utvecklingsprogram [UNDP], 2022), med andra ord syftar målet bland annat till att män och kvinnor skall vara jämställda och att det är en förutsättning för en hållbar utveckling. Målet syftar även till att alla former av våld mot kvinnor och flickor skall avskaffas då det inte bara drabbar kvinnan i fråga utan även samhället i stort. Det ingår i de mänskliga rättigheterna att alla skall få leva fritt från både våld och diskriminering. *God hälsa och välbefinnande* (UNDP, 2022) är ett annat mål som går att koppla till kvinnor som utsätts för våld. Målet går ut på att människor med god hälsa är en förutsättning för att de skall kunna bidra till samhällets utveckling. För att adekvat vård, stöd och hjälp skall kunna ges till våldsutsatta kvinnor är det en förutsättning att våldet upptäcks av vården. I och med att våld finns överallt i samhället krävs en medvetenhet för sjuksköterskor samt kännedom om varningssignaler och tecken på våld. Det krävs också utbildning så att sjuksköterskor kan känna en trygghet i att veta hur och när frågan om våld skall ställas (Socialstyrelsen, 2014). Att våldet inte upptäcks leder till ett individuellt lidande och en större påverkan för samhället i stort, dels i samhällets utveckling men även en negativ ekonomisk påverkan.

Ett annat centralt fynd var sjuksköterskornas kamp med den emotionella påverkan i relation till den professionella rollen. De var tvungna att sätta sina egna känslor åt sidan för att kunna fokusera på kvinnornas känslor och autonomi. Detta skapade överväldigande känslor och rädslor som påverkade sjuksköterskornas professionella roll och privatliv. Detta genom att de hade svårt att skilja på sina egna känslor och kvinnans känslor. I Sandman & Kjellström (2018) beskrivs autonomi som en persons rätt att fatta beslut för att omsätta sina önskningar till eget handlande. En kombination av tre komponenter; personens önskningar, beslut och handlingar. I vårdkontext innefattar detta att sjuksköterskor väljer att respektera eller inte respektera kvinnors autonomi. I Maquibar et.al. (2022) påtalar sjuksköterskor att de tar med sig kvinnans berättelse hem och att de känner rädsla

och ansvar för kvinnan på ett djupare plan än vid andra medicinska konsultationer. Sjuksköterskor står ofta ensamma i ansvaret för kvinnan inom primärvården medan det på ett sjukhus finns andra kollegor som tar över ansvaret av kvinnan när de går av sitt pass. Upplevelser av att ta med sig kvinnans problem hem och inte kunna släppa tankarna för dagen blir en emotionell börda. Att vårda våldsutsatta kvinnor krävde stöd från både anhöriga och kollegor för att sjuksköterskor skulle orka. Att investera mycket tid i kvinnorna och sedan inte få den förväntade responsen beskrivs i Beynon et.al. (2012) som ytterst frustrerande. Sjuksköterskor menade att tiden och känslorna som investerats i kvinnan kunde vara förgäves om kvinnan valde att gå tillbaka till mannen och att detta skapar känslor av frustration och hopplöshet.

Sjuksköterskor upplevde frustration kring att inte kunna påverka kvinnornas beslut. Att agera utifrån sina egna känslor och försöka påverka kvinnornas autonomi skapade barriärer för en god vård. Det fick även sjuksköterskorna att tvivla på sin professionella roll. I Maquibar et.al (2022) påtalas ambivalensen i att ha hjälpt en kvinna ta sig ur en våldsam relation men samtidigt rivit upp en familjekonstellation och vilken emotionell påverkan det har på sjuksköterskor. Att försöka agera i sin professionella roll ställer höga krav på att tvingas stänga av och på sina känslor. Enligt Sandman och Kjellström (2018) står sjuksköterskor inför valet att agera konsekvensetiskt och försöka påverka kvinnans autonomi genom att guida henne i hennes beslut, eller agera pliktetiskt och respektera kvinnans beslut och gå emot sina egna känslor. I Beynon et.al. (2012) beskrivs tidsbrist och attityd som faktorer som spelar in hur sjuksköterskor väljer att agera. Sjuksköterskors känslor påverkas av kvinnornas berättelser och kan leda till att sjuksköterskor väljer att se förbi kvinnors våldsutsatthet. Den personcentrerade vården försvåras av om sjuksköterskor väljer att distansera sig från kvinnan för att skydda sina egna känslor. McCormack & McCance (2017) beskriver personcentrerad vård i att vara närvarande, lyhörd, öppen samt visa intresse. De beskriver vidare hur varje enskild människa har ett känslomässigt bankkonto som påverkas av allt som är runt omkring oss. Om det känslomässiga bankkontot töms på grund av omkringliggande orsaker som exempelvis tidsbrist så kan medkänslan försvinna. Detta kan vidare kopplas till studiens resultat som visar på hur de

känslomässiga mötena med de våldsutsatta kvinnorna både lämnar spår hos sjuksköterskorna och i vissa fall gör att sjuksköterskor väljer att inte agera för att skydda sitt eget emotionella bankkonto.

Sjuksköterskor påtalade vikten av att ha kunskap kring mäns våld mot kvinnor. De efterfrågade kunskap om hur frågan om våld ska ställas, hur de ska följa upp svaret och hänvisa kvinnorna vidare. Ornstein (2017) belyser hur våld i nära relation är ett folkhälsoproblem som leder till både medicinska och juridiska kostnader för samhället. Det har visat sig att kvinnliga offer får en nedsatt arbetsförmåga till följd av sjukskrivning. Kvinnor som utsätts för våld löper också större risk för tidig död och/eller fysiska skador som bidrar till tidig död. NCK (2017) omsätter forskning kring mäns våld mot kvinnor till praktik genom *Uppsalamodellen*. Forskningen hjälper vårdpersonal att få kunskap kring mäns våld mot kvinnor och en modell med tillvägagångssätt för att underlätta arbetet. I FN lyfts *Deklaration om avskaffande av våld mot kvinnor* (1993, NCK, 2017) fram medlemsländernas ansvar i att arbeta mot mäns våld mot kvinnor samt att kultur och religion inte är skäl att inte säkra kvinnors rättigheter. Den emotionella påverkan som mötet med våldsutsatta kvinnor har på sjuksköterskor är av värde att uppmärksamma i den fortsatta forskningen kring mäns våld mot kvinnor.

Slutsats

Mäns våld mot kvinnor är ett globalt problem som uppmärksammas mycket de senaste åren. Det krävs emellertid mer kunskap och forskning kring sjuksköterskors upplevelser av att möta våldsutsatta kvinnor för att förbättra arbetet mot våld. Viljan att hjälpa utsatta kvinnor finns hos sjuksköterskorna men den emotionella påverkan i kombination med tid och kunskapsbrist leder till svårigheter i mötet. Sjuksköterskor behöver sålunda mer kunskap, erfarenhet, tid och stöd vid mötena för att kunna ge den personcentrerade vård som krävs. Slutligen föreslås mer forskning kring den emotionella påverkan som mötena har på sjuksköterskor för att stötta och hjälpa sjuksköterskor med deras viktiga arbete.

“Because with every dead woman, dies a part of me. Look, the last woman killed by violence, I felt her as a part of my family, you see” (Maquibar et.al., 2022, s.11).

Referenser

* = artiklar som är inkluderade i resultatet

*Alvarez, C., Debnam, K., Clough, A., Alexander, K., & Glass, N. E. (2018). Responding to intimate partner violence: Healthcare providers' current practices and views on integrating a safety decision aid into primary care settings. *Research in Nursing & Health*, 41(2), 145–155. <https://doi.org/10.1002/nur.21853>

Arrab, M. & Ibrahim, H. (2018). Effect of Educational Training Intervention on Overcoming Nurses' Barriers to Screening Intimate Partner Violence against Women in Outpatient Clinics. *American Journal of Nursing Research*. 2018, 6(4), 198-207. <http://pubs.sciepub.com/ajnr/6/4/8/index.html>

Berglund, A. & Heimer, G. (2016). Att ha varit utsatt för våld ökar risken för ohälsa senare i livet. *Läkartidningen*, 113, 1156-1160.

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

Birkler, J. (2007). *Filosofi och omvårdnad*. Etik och människosyn.

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

*Bradbury-Jones, C., Taylor, J., Kroll, T., & Duncan, F. (2014). Domestic abuse awareness and recognition among primary healthcare professionals and abused women: A qualitative investigation. *Journal of Clinical Nursing*, 23(21-22), 3057-3068. <https://doi.org/10.1111/jocn.12534>

*Briones-Vozmediano, E., Otero-García, L., Gea-Sánchez, M., De Fuentes, S., García-Quinto, M., Vives-Cases, C., & Maquibar, A. (2022). *Journal of Advanced Nursing*, 78(5), 1448-1460. <https://doi.org/10.1111/jan.15119>

Brottsförebyggande rådet. (26 oktober 2022). *Våld i nära relationer*.

<https://bra.se/statistik/statistik-utifran-brottstyper/vald-i-nara-relationer.html>.

*Carneiro, J. B., Gomes, N. P., Estrela, F. M., da Silva, A. F., Carvalho, M. R. da S., & Webler, N. (2022). Care Provided to Women Victims of Intimate Partner Violence From the Perspective of Health Professionals. *Inquiry (00469580)*, 1–10.

<https://doi.org/10.1177/00469580211064105>

Correa, N. P., Cain, C. M., Bertenthal, M., & Lopez, K. K. (2020). Women's Experiences of Being Screened for Intimate Partner Violence in the Health Care Setting. *Nursing for Women's Health*, 24(3), 185–196.

<https://doi.org/10.1016/j.nwh.2020.04.002>

Djikanovic, B., Celik, H., Simic, S., Matejic, B., & Cucic, V. (2010). Health professionals' perceptions of intimate partner violence against women in Serbia: Opportunities and barriers for response improvement. *Patient Education and Counseling*, 80(1), 88–93. doi:10.1016/j.pec.2009.09.028

Eldoseri, H. M., Tufts, K. A., Zhang, Q., & Fish, J. N. (2014). Adverse health effects of spousal violence among women attending Saudi Arabian primary health-care clinics. *Eastern Mediterranean health journal*, 20(11), 717–725. PMID: 25601810.

Forsberg, C., & Wengström, Y. (2013). *Att göra systematiska litteraturstudier: värdering, analys och presentation av omvårdnadsforskning*. (3. uppl.) Natur & kultur.

Friberg, F. (2017). Att göra en litteraturöversikt. I F. Friberg (Red.), *Dags för uppsats: vägledning för litteraturbaserade examensarbeten* (3 uppl., s 141–151). Studentlitteratur.

FN:s utvecklingsprogram [UNDP]. (2022). *Globala målen*. <https://www.globalamalen.se/om-globala-malen/>

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

Hradilova Selin, K (2009). *Våld mot kvinnor och män i nära relationer-våldets karaktär och offrens erfarenheter av kontakter med rättsväsendet*.

Brottsförebyggande

rådet. [https://bra.se/download/18.cba82f7130f475a2f180002016/1371914720735/2009_12_vald_kvinnor_man_nara_relationer.pdf#_utma=1.1565134633.1601545629.1603789720.1603799817.6&_utmb=1.4.10.1603799817&_utmc=1&_utmz=1.1602674036.4.4.utmcsr=google%7Cutmccn=\(organic\)%7Cutmcmd=organic%7Cutmctr=\(not%20provided\)&_utmv=-&_utmk=222878491](https://bra.se/download/18.cba82f7130f475a2f180002016/1371914720735/2009_12_vald_kvinnor_man_nara_relationer.pdf#_utma=1.1565134633.1601545629.1603789720.1603799817.6&_utmb=1.4.10.1603799817&_utmc=1&_utmz=1.1602674036.4.4.utmcsr=google%7Cutmccn=(organic)%7Cutmcmd=organic%7Cutmctr=(not%20provided)&_utmv=-&_utmk=222878491)

Hälso-och sjukvårdslagen (SFS 2017:30). Socialdepartementet.

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

International council of nurses. (2020). *The ICN code of ethics for nurses international council of nurses*. <https://www.icn.ch/news/international-council-nurses-launches-consultation-revise-code-ethics-nurses>.

*Iverson, K., Wells, S., Wiltsey-Stirman, S., Vaughn, R., & Gerber, M. (2013). VHA Primary Care Providers' Perspectives on Screening Female Veterans for Intimate Partner Violence: A Preliminary Assessment. *Journal of Family Violence*, 28(8), 823–831. <https://doi.org/10.1007/s10896-013-9544-7>

Karlsson, E.K. (2017). Informationssökning. I M. Henricson (Red.) *Vetenskaplig teori och metod:från idé till examination inom omvårdnad*. (2 uppl., s. 81–97). Studentlitteratur.

Karolinska institutet. (2022). *Svensk Mesh*. <https://mesh.kib.ki.se>.

Lag om etikprövning av forskning som avser människor (SFS 2003:460). Utbildningsdepartementet. <https://www.riksdagen.se/sv/dokument-och->

[lagar/dokument/svensk-forfattningssamling/lag-2003460-om-etikprovning-av-forskning-som_sfs-2003-460/](#)

Maquibar, A., Estalella, I., Romero-Serrano, R., Macías-Seda, J., Gil-García, E., & Lancharro-Tavero, I. (2022). Primary healthcare nurses' experiences of addressing intimate partner violence in supportive legal and health system contexts. *Journal of Advanced Nursing*, 00, 1– 15.

<https://doi.org/10.1111/jan.15406>

McCormack, B. & McCance, T. (2017). *Person-centred nursing: theory and practice*. Chichester, West Sussex: Wiley-Blackwell.47

Nationellt centrum för kvinnofrid [NCK]. (2023). *Kvinnofridslinjen*.

<https://kvinnofridslinjen.se/yrkesverksam/>

Nationellt centrum för kvinnofrid [NCK]. (2017). *Uppsalamodellen, att möta våldsutsatta kvinnor inom hälso- och sjukvården*.

https://kunskapsbanken.nck.uu.se/nckkb/nck/publik/fil/visa/557/NCK_Uppsalamodellen_low.pdf

Netto, L. de A., Moura, M. A. V., Queiroz, A. B. A., Tyrrell, M. A. R., & Bravo, M. del M. P.. (2014). Violence against women and its consequences. *Acta Paulista De Enfermagem*, 27(5), 458–464.

<https://doi.org/10.1590/1982-0194201400075>

Ornstein, P. (2017). The price of violence: Consequences of violent crime in Sweden (22). *IFAU- Institute of Evaluation of Labour Market and Education Policy*.<https://www.ifau.se/globalassets/pdf/se/2017/wp2017-22-the-price-of-violence-consequences-of-violent-crime-in-sweden.pdf>

Personuppgiftslagen (SFS 1998:204). Justitiedepartementet.

https://www.riksdagen.se/sv/dokument-och-lagar/dokument/svensk-forfattningssamling/personuppgiftslag-1998204_sfs-1998-204/

Poreddi, V., Reddy, S. S. N., Gandhi, S., Marimuthu P., & BadaMath, S. (2021). “Unheard voices”: Perceptions of women with mental illness on nurses screening routinely for domestic violence: A qualitative analysis. *Investigacion &*

Educacion En Enfermeria, 39(3), 23–35.

<https://doi.org/10.17533/udea.iee.v39n3e03>

Psykologiguiden. (u.å)

<https://www.psykologiguiden.se/psykologilexikon/?Lookup=upplevelse>

Sandman, L. & Kjellström, S. (2018). *Etikboken- etik för vårdande yrken* (2:a uppl.). Studentlitteratur.

Shenton, A.K. (2004). *Strategies for ensuring trustworthiness in qualitative research projects*.

https://www.pm.lth.se/fileadmin/_migrated/content_uploads/Shenton_Trustworthiness.pdf

Socialstyrelsen. (2014). *Att vilja se, vilja veta och att våga fråga. Vägledning för att öka förutsättningarna att upptäcka våldsutsatthet*.

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

Socialstyrelsen. (2016). *Handbok om socialtjänstens och hälso- och sjukvårdens arbete med våld i nära relationer*.

<https://www.socialstyrelsen.se/globalassets/sharepoint-dokument/artikelkatalog/handbocker/2016-6-37.pdf>

Socialstyrelsen. (2023). *Våld i nära relationer*.

<https://www.socialstyrelsen.se/kunskapsstod-och-regler/omraden/vald-och-brott/vald-i-nara-relationer/>

Souza e. Souza, L. P., Gonçalves de Souza, A., Figueiredo, T., Santos Figueiredo Brito, M. F., de Souza Leite, M. T., & de Ventura de Souza, K. (2016). Gender Violence: The Silence and Confrontation Experienced by Women in the Light of Social Phenomenology. *Journal of Nursing UFPE / Revista de Enfermagem UFPE*, 10(10), 3842–3850. <https://doi.org/10.5205/reuol.9667-87805-1-ED1010201616>

Stenson, K. (2004). *Men's Violence against Women-a Challenge in Atenatal Care*. Avhandling. Uppsala: Acta Universitatis Upsaliensis.

*Sundborg, E., Törnkvist, L., Saleh-Stattn, N., Wändell, P., & Hylander, I. (2017). To ask, or not to ask: The hesitation process described by district nurses encountering women exposed to intimate partner violence. *Journal of Clinical Nursing*, 26(15-16), 2256-2265. <https://doi.org/10.1111/jocn.12992>

*Visentin, F., Becker Vieira, L., Trevisan, I., Lorenzini, E., & da Silva, E. F. (2015). Women's primary care nursing in situations of gender violence. *Investigacion & Educacion En Enfermeria*, 33(3), 556-564. <https://doi.org/10.17533/udea.iee.v33n3a20>

Watts. C., Zimmerman. C., Garcia-Moreno. C., Ellsberg. M. (2014). *Worldwide action needed to address hidden crisis of violence against women and girls*. World Health Organization. <https://www.who.int/news/item/21-11-2014-worldwide-action-needed-to-address-hidden-crisis-of-violence-against-women-and-girls>.

Wemrell. M., Tegel. E., Ivert. A-K. (2022) *Region Skånes vårdprogram mot våld i nära relationer: en uppföljning*. https://bra.se/download/18.146acb6517fd5578401192c/1649859151932/2022_02_89_Region%20Sk%C3%A5nes%20v%C3%A5rdprogram%20mot%20v%C3%A5ld%20i%20n%C3%A4ra%20relation.pdf

WHO. (2017). *Strengthening health systems to respond to women subjected to intimate partner violence or sexual violence: a manual for health managers* <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/259489/9789241513005-eng.pdf?sequence=1>.

WHO. (23 november 2018). *Violence against women. Strengthening the health response in times of crisis*. <https://www.who.int/news-room/feature-stories/detail/violence-against-women> .

WHO. (u.å). *Violence against women*. https://www.who.int/health-topics/violence-against-women#tab=tab_1.

Wild. K., Young. F., de Araujo. G., Fernandes. A., Gomes. L., Kelly. L., Taft. A. (2022). Healthcare Responses to Gender-Based Violence in Timor-Leste: Women

Want Empathy, Information and Safety From an Integrated Support System.

Journal of Interpersonal Violence, 37(23/24), NP22175-NP22198.

<https://doi.org/10.1177/08862605211072156>

*Williston, C. J., & Lafreniere, K. D. (2013). “Holy Cow, Does That Ever Open Up a Can of Worms”: Health Care Providers’ Experiences of Inquiring About Intimate Partner Violence. *Health Care for Women International*, 34(9), 814–831.

<https://doi.org/10.1080/07399332.2013.794460>

Wyatt, T., McClelland, M.L., Spangaro, J. (2019). Readiness of newly licensed associated degree registered nurses to screen for domestic violence. *Nurse Educ Pract. Feb;35:75-82*. doi: 10.1016/j.nepr.2018.12.010. Epub 2019 Jan 30. PMID: 30716539.

Östlundh, L. (2017). Informationssökning. I F. Friberg. (Red.) *Dags för uppsats, vägledning för litteraturbaserade examensarbeten*. (Uppl. 3., s. 59-82).

Studentlitteratur.

Bilaga 1. Sökschema

Databas: Cinahl			
Datum: 25/4-23			
Syfte: Syftet är att beskriva sjuksköterskor upplevelser av att vårda kvinnor i primärvården som utsatts för våld i nära relation.			
Sökning nr och namn	Sökord	Antal träffar	Valda artiklar
S1- Primärvård	"Primary Health Care" OR "Primary Care" OR "Violence screening" OR Care*	317, 871	
S2- Upplevelser	(MH "Nurse Attitudes") OR Experience* OR "Qualitative stud*" OR Attitude* OR Perception* OR Interview*	359, 337	
S3- Våld i nära relation	(MH "Domestic Violence") OR "Spouse Abuse" OR "Intimate Partner Violence" OR "Partner Abuse" OR "Physical Violence" OR "Psychological violence" OR "Sexual Violence" OR "Violence Against Women"	8, 959	
S4- Sjuksköterskor	Nurse* OR Nursing OR Nurschering	91, 249	
S5- Block	S1 AND S2 AND S3 AND S4	244	
Begränsningar	Engelskspråkig, Peer-reviewed, Forskningsartikel, Åldersgrupper: All Adult		5

Databas: PsycINFO			
Datum: 25/4-23			
Syfte: Syftet är att beskriva sjuksköterskor upplevelser av att vårda kvinnor i primärvården som utsatts för våld i nära relation.			
Sökning nr och namn	Sökord	Antal träffar	Valda artiklar
S1 - Primärvård	Violence screening [Fritext] OR Primary Health Care [Fritext] OR Primary Care[Fritext]	56, 586	
S2 - Upplevelser	Attitudes[Thesaurus] OR Qualitative study [Fritext] OR Experience [Fritext] Perception [Fritext] Interview [Fritext]	919,595	
S3 - Våld i nära relation	Domestic Violence [Thesaurus] OR Spouse Abuse [Fritext] OR Intimate partner violence [Fritext] Partner abuse [Fritext] OR Violence against women [Fritext]	21,312	
S4 - Sjuksköterskor	Nurse [Fritext] OR Nursing [Fritext] OR Nurschering [Fritext] OR	114,317	
S5- Block	S1 AND S2 AND S3 AND S4	277	
Begränsningar	Engelskspråkig, Peer-reviewed, 18+		3

Databas: Pubmed			
Datum: 25/4-23			
Syfte: Syftet är att beskriva sjuksköterskor upplevelser av att vårda kvinnor i primärvården som utsatts för våld i nära relation.			
Sökning nr och namn	Sökord	Antal träffar	Valda artiklar
S1 - Primärvård	Primary Health Care [Title/Abstract] OR Primary Care [Title/Abstract] OR Violence Screening [Title/Abstract]	343,799	
S2 - Upplevelser	Attitude [MeSH] OR Qualitative study [Title/Abstract] OR Experience [Title/Abstract] OR Perception [Title/Abstract] OR Interview [Title/Abstract]	979, 153	
S3 - Våld i nära relation	Intimate Partner Violence [MeSH] OR Domestic Violence [Title/Abstract] Spouse Abuse [Title/Abstract] OR Partner Abuse [Title/Abstract] OR Violence against women [Title/Abstract]	27, 458	
S4 - Sjuksköterskor	Nurse [Title/Abstract] OR Nursing [Title/Abstract]	261,625	
S5- Block	S1 AND S2 AND S3 AND S4	544	
Begränsningar	Engelskspråkig, 19+		1

Bilaga 2. Artikelöversikt

Författare, Titel, Land, År	Syfte	Urval, Databasningsmetod	Genomförande Analys	Resultat	Kvalitet
<p>Carmen Alvarez, Katrina Debnam, Amber Clough, Kamila Alexander & Nancy E. Glass.</p> <p>“Responding to intimate partner violence: Healthcare providers' current practices and views on integrating a safety decision aid into primary care settings”</p> <p>Spanien, 2017</p>	<p>Syftet med de individuella intervjuerna var att få perspektiv från en mängd olika sjukvårdspersonal som möter en övervägande latinsk och underbetjäna befolkning om hur de identifierade och hanterade IPV i sina kliniska miljöer, och om acceptansen av att integrera en säker planeringsresurs som myPlan i sina respektive arbetsplats.</p>	<p>Urval: Ändamålsenligt urval. Inkl: 2 års arbetsfarenhet Deltagare: Det var totalt 17 deltagare, två män och 15 kvinnor. 2st var sjuksköterskor. Databasningsmetod: Semistrukturerade intervjuer.</p>	<p>Intervjuerna transkriberades och fördes in i en dataanalysprogramvara,</p> <p>Kvalitativ analys började med öppen kodning av intervjuerna. Den första författaren slutförde all kodning, sedan kodade två medförfattare individuellt intervjuer och gick igenom kodboken. Författarna debriefade och diskuterade koderna och teman för att nå konsensus och minimera individuell fördom.</p> <p>Kontextbeskrivning saknas. Förförståelse saknas. Etiskt godkänd</p>	<p>Resultat: Visade att många ssk upplevde sig bekväma med screening men svårt att veta vad som skulle göras efter identifiering av våld. Resultatet var uppdelat i fyra huvudkategorier; <i>Sociala bestämningsfaktorer för hälsa och hälsoproblem, Bristerna med screening för IPV, Svarar på IPV-avslöjande och möjligheter att integrera ett säkerhetsbeslut hjälpresurs: myPlan-appen.</i> Tre subkategorier; <i>screeningpraxis misstankar om IPV och brist på utbildning för att svara på IPV avslöjande.</i> Citat finns</p>	<p><i>Tillförlitlighet</i> Stärks av att det finns citat med i resultatet samt att resultatet svarar på syftet. <i>Verifierbarhet</i> Stärks av att analysprocessen är väl beskriven. <i>Pålitlighet</i> Sänks eftersom det ej finns en förförståelse beskriven. Stärks då studien är etiskt godkänd. <i>Överförbarhet</i> Stärks av att urvalet är beskrivet men sänks av att de ej har med en kontextbeskrivning.</p>
<p>Caroline Bradbury-Jones, Julie Taylor, Thilo Kroll & Fiona Duncan.</p> <p>“Domestic abuse awareness and recognition among primary healthcare professionals and abused women: a qualitative investigation”</p> <p>Skottland, 2014</p>	<p>Undersöka dynamiken i medvetenhet om våld i hemmet och erkännande bland primärvårdspersonal och våldsutsatta kvinnor.</p>	<p>Urval: Ändamålsenligt Inkl: Personer som sedan tidigare har erfarenhet av att arbeta med personer som utsatts för våld. Deltagare: Sjuksköterskorna var rekryterade från två olika hälsovårdsnämnder (region/distrikt). Fas 1: 11 barnmorskor, 16 sjuksköterskor och två allmänläkare. Fas 2: intervjuer med 14 våldsutsatta kvinnor. Databasningsmetod: Semistrukturerade intervjuer.</p>	<p>Individuella intervjuer som varade mellan 25–95 minuter. De spelades in och transkriberat ordagrant.</p> <p>Analysen skedde i två faser. Den första fasen innehöll fem steg, inkludera likheter, indexering, kartläggning, identifiering av teman, kartläggning och tolkning. Den andra fasen bestod av omkodning och analys av utskriftena.</p> <p>Kontextbeskrivning saknas. Förförståelse saknas Etiskt godkänd</p>	<p>Resultat: Visade att ssk upplevde ett misslyckande med att identifiera våldsutsatta kvinnor samt svårt att sätta fingret på trots att ssk märkte att något var fel. Uppdelat i tre olika kategorier som byggde på att det fanns olika stadier av medvetenhet kring våld. Resultatet var uppdelat i tre olika huvudkategorierna; <i>Sjukvårdspersonal och kvinnor känner igen miljön och existensen av våld i nära relation, Sjukvårdspersonal känner igen våldet men inte kvinnorna och Kvinnorna känner igen miljön och våldets existens men inte sjukvårdspersonalen.</i></p>	<p><i>Tillförlitlighet</i> Stärks av att syftet besvaras samt att citat finns beskrivet. Sänks av att urvalet ej är väl beskrivet. <i>Verifierbarhet</i> Stärks av att vedertagen metod har använts och att analysprocessen är väl beskriven. Stärks av att intervjufrågorna är beskrivna i första fasen. <i>Pålitlighet:</i> Sänks av att förförståelsen ej är presenterad. Stärks av att genomförandet är väl beskrivet samt etiskt godkänt. <i>Överförbarhet</i> Sänks då kontexten ej är beskriven.</p>

Författare, Titel, Land, År	Syfte	Urval, Datainsamlingsmetod	Genomförande Analys	Resultat	Kvalitet
<p>Erica Briones-Vozmediano, Laura Otero-Garcia, Montserrat Gea-Sanchez, Susana De Fuentes, Marta Garcia-Quinto, Carmen Vive-Cases & Amaia Maquibar.</p> <p>“A qualitative content analysis of nurses’ perceptions about readiness to manage intimate violence”</p> <p>Spanien, 2021</p>	<p>“Att utforska sjuksköterskors uppfattning om de faktorer som påverkar deras beredskap att hantera våld i nära relationer (IPV) i Spanien”.</p>	<p>Urval: Ändamålsenligt urval. Inkl: att en sjuksköterska arbetade i ett offentligt Spanskt nationalt sjukvårdssystem. Deltagare: totalt 37 som deltog varav 32 var kvinnor och 5 var män. 27st var sjuksköterskor som arbetade inom primärvården. 10st var sjuksköterskor som arbetade på sjukhus. Datainsamlingsmetod: Semistrukturerade intervjuer.</p>	<p>Intervjuerna varade mellan 30-60 minuter varpå författarna satt ned med deltagaren enskilt. Intervjuerna utfördes i ett privatrum. Intervjuerna spelades in och transkriberades därefter.</p> <p>En kvalitativ innehållsanalys utfördes under både första och andra fasen. Därefter använde systemet “open coding” där fyra forskare sorterade resultatet i olika kategorier efter likheter. Sedan jämfördes likheter och skillnader i analysen för att uppnå konsensus av identifiering av kategorier.</p> <p>Etiskt godkänd</p> <p>Förförståelse saknas</p>	<p>Resultat: Visade att många ssk upplevde att primärvården var en bra plats att upptäcka våld. Ssk upplevde tidsbrist i kombination med kunskapsbrist ledde till svårigheter i att identifiera och möta kvinnor som utsätts för våld. Det framgick att ssk b.l.a. uppskattade en stöttande miljö. Det fanns behov från ssk att ytterligare träning i att kunna bemöta våldsutsatta kvinnor. Resultatet var uppdelat fyra huvudkategorier som var följande; <i>Att våld i nära relation erkänns som ett hälsoproblem. Att det är en pågående process för att kunna hantera våld i nära relation. Sjuksköterskor är nyckelfigur i att upptäcka våld i nära relation och Faktorer som påverkar sjuksköterskans respons i bemötande av kvinnor som utsätts för våld.</i> Citat finns</p>	<p><i>Tillförlitlighet</i> Stärks av att resultatet svarar på syftet, citat som finns med. Stärks av ett högt deltagarantal. <i>Verifierbarhet</i> Stärks då analysprocessen är väl beskriven. <i>Pålitlighet</i> Sänks av att förförståelse ej redovisas <i>Överförbarhet</i> Stärks då teman är väl beskrivet Sänks då kontextbeskrivning inte är väl beskriven.</p>
<p>Jordana Brock Carneiro, Nadirlene Pereira Gomes, Fernanda Matheus Estrela, Andrey Ferreira Da Silva, Milca Ramaiane Da Silva Carvalho, Natália Webler,</p> <p>“Care Provided to Women Victims of Intimate Partner Violence From the Perspective of Health Professionals”</p> <p>Brasilien, 2022</p>	<p>Syftet var att förstå hur primärvårdspersonal ger vård till kvinnor som är offer för våld i nära relationer.</p>	<p>Urval: Ändamålsenligt urval Inkl: att arbeta inom primärvården i minst 6 månader och att vara yrkesverksam. Exkl: de som inte deltog i den planerade intervjun 3 gånger i följd. Deltagare: 31 deltagare, 17 sjuksköterskor, 5 läkare, 4 tandläkare, 3 psykologer, 2 socialarbetare. Medelåldern 38år. Arbetat inom primärvården i genomsnitt 9 år. De var gifta eller levde i ett stabilt förhållande. Datainsamlingsmetod: Semistrukturerade intervjuer.</p>	<p>Intervjuerna utfördes på 22 olika primärvårdsinstitutioner. Intervjuerna sköttes av MS- och doktorander med hjälp av ett semistrukturerat frågeformulär. Intervjuerna spelades in av forskaren och transkriberades därefter i sin helhet, organiserade och kategoriserade allt. Transkriptionerna utfördes av studenter som hade fått förhandsutbildning och validerats av de forskare som ansvarade för datainsamlingen.</p> <p>Analysen utfördes i tre steg genom öppen kodning följt av axial kodning och tillsist intergration. Först utformades koder utifrån intervjuerna och skillnader och likheter jämfördes för att forma kategorier och underkategorier. Därefter fastställdes kategorier och underkategorier.</p> <p>Inte etisk godkänd. Förförståelse saknas.</p>	<p>Resultatet: Visade att ssk upplevde att tillit var centralt mellan ssk och kvinnan var central. Ssk använde sig inte av screening utan gick på magkänsla när det handlade om att upptäcka våld. Resultatet var uppdelat i två huvudkategorier som var följande; <i>Två teman och Arbete med att identifiera IPV, Ingripa i IPV fallen.</i> Citat finns.</p>	<p><i>Tillförlitlighet</i> Stärks av att resultatet svarar på syftet, citat som visar djup. Stärks av ett högt deltagarantal. <i>Verifierbarhet</i> Stärks då analysprocessen är beskriven och vedertagen metod används. <i>Pålitlighet</i> Stärks av att flera deltog i slutanalysen, men sänks av att förförståelse ej redovisas <i>Överförbarhet</i> Stärks då teman och subteman är väl beskrivna och fångar upplevelser. Stärks då en viss kontextbeskrivning finns.</p>

Författare, Titel, Land, År	Syfte	Urval, Datainsamlingsmetod	Genomförande Analys	Resultat	Kvalitet
<p>Hadass Goldblatt</p> <p>“Caring for abused women: impact on nurses’ professional and personal life experiences”</p> <p>Israel, 2009</p>	<p>Syftet var att förstå kärnan i sjuksköterskors erfarenheter av mötet med våldsutsatta kvinnor”</p>	<p>Urval: Ändamålsenligt urval. Inkl: Sjuksköterskor som hade arbetat med minst en misshandlad kvinna i det senaste året. Exkl: Manliga sjuksköterskor uteslöts för att förhindra potentiala könsskillnader. Deltagare: 22 kvinnliga israeliska sjuksköterskor. Anställningstiden i arbetet varierade mellan ett och 25 år. Alla deltagare förutom en var gift med barn. Datainsamlingsmetod: djupintervjuer genomförda på hebreiska.</p>	<p>De rekryterade intervjupersonerna under klinisk utbildning. Intervjuerna varade ca 1h. De spelade in intervjuerna på band, som de senare transkriberade ordagrant. Dataanalys utfördes induktivt på hebreiska. Analysen var uppdelad i tre olika stadier; öppen kodning, axial kodning och integration. I första stadiet lästes intervjuerna enskilt och huvudkategorier utformades. I andra stadiet identifierades likheter och skillnader mellan huvudkategorierna och subkategorierna. I tredje stadiet sattes fynd och citat ihop dvs strukturering av resultat. Dessutom analyserades varje intervju av två oberoende ssk studenter och av författaren. Etiskt godkänd, Kontextbeskrivning saknas, Förståelse saknas.</p>	<p>Resultat: Visade att sjuksköterskor upplevde tidsbrist. En känsla av frustration att kvinnorna inte lämnade sina partners. Det fanns ett behov av att inte bli alltför känslomässigt involverad i kvinnorna. En del sjuksköterskor upplevde det svårt att skilja mellan arbetslivet och privatlivet.</p> <p>Resultatet bestod av en huvudkategori som var följande; <i>Besvärligheterna på arbete och i hemmet.</i></p> <p>Följt av två subkategorier; <i>Mötet med den våldsutsatta kvinnan</i> och <i>Separera arbetet från privatlivet.</i></p> <p>Citat finns</p>	<p><i>Tillförlitlighet</i> Stärks av att resultatet svarar på syftet, citat som visar djup. Stärks även av ett högt deltagarantal. <i>Verifierbarhet</i> Stärks då analysprocessen är väl beskriven. Sänks då inga intervjufrågor framgår. <i>Pålitlighet</i> Stärks av att flera deltog i slutanalysen, och av att förståelse redovisas. <i>Överförbarhet</i> stärks då teman och subteman är väl beskrivna och fångar upplevelser. Sänks då kontextbeskrivning saknas.</p>
<p>Katherine M. Iverson & Stephanie Y. Wells & Shannon Wiltsey-Stirman & Rachel Vaughn & Megan R. Gerber</p> <p>“VHA Primary Care Providers’ Perspectives on Screening Female Veterans for Intimate Partner Violence: A Preliminary Assessment”</p> <p>USA, 2013</p>	<p>Syftet var att förstå primärvårdspersonals upplevda hinder för screening för VNR bland kvinnliga patienter.</p>	<p>Urval: Ändamålsenligt urval Inkl: Alla arbetande inom primärvården, läkare, sjuksköterskor och läkarassistenter, var berättigade att delta så länge de behandlade kvinnliga veteraner i en VHA primärvårdskontext. Exkl: Deltagare som ej kunde delta i forskningen utanför sin VHA-arbetsid. Beskrivning av deltagarna: Det var 12 deltagare totalt i studien varav 3st sjuksköterskor. Datainsamlingsmetod: semistrukturerade intervjuer</p>	<p>Semistrukturerade intervjuer skedde per telefon under 60 minuter med den ledande forskaren. Alla intervjuer spelades in för transkribering och kodning. Alla ljudinspelningar transkriberades ordagrant och Analysen skedde genom grounded theory metod. Öppen kodning utfördes av tre forskare separat för att enskilt identifiera nyckelbegrepp från texten. Detta diskuterades varje enskild forskares analys varje vecka för att till sist uppnå konsensus i form av teman och resultat. Etiskt godkänd, Förståelse saknas, Kontextbeskrivning saknas</p>	<p>Resultatet: Visade att ssk faktorer som kunde underlätta screening var en stöttande miljö, träning i screening, kunskap och en medvetenhet som gällde dels hälsokonsekvenser av våld i nära relation, dels en medvetenhet i hur vanligt förekommande det är. Det fanns osäkerhets känslor hos ssk kring hur de skulle bemöta kvinnorna relaterat till kunskapsbrist.</p> <p>Resultatet var uppdelat i fem huvudkategorier som var följande; <i>IPV-screening för kvinnliga VHA-patienter bör vara rutin, Det finns logistiska och pedagogiska hinder för screening, Utbildningar som är specifika för att identifiera IPV skulle underlätta IPV-screening, Vården ska vara samordnad och teambaserad och Förse oss med kliniska verktyg för att göra IPV-screening enkel och systematisk, citat finns</i></p>	<p><i>Tillförlitlighet</i> Stärks eftersom det finns citat med i resultatet samt att de fått svar på sitt syfte. <i>Verifierbarhet</i> Stärks då analysprocessen är väl beskriven och mer än en person deltog i processen. Sänks då tabell saknas. <i>Pålitlighet</i> Sänks då det inte finns en förståelse beskriven. Studien har godkänts av en etisk nämnd vilket höjer pålitligheten. <i>Överförbarhet</i> Stärks eftersom urvalet har beskrivits bra samt vilken miljö studien genomfördes.</p>

Författare, Titel, Land, År	Syfte	Urval, Databasningsmetod	Genomförande Analys	Resultat	Kvalitet
<p>Eva Sundborg, Lena Törnkvist, Nouha Saleh-Stattin, Per Wändell and Ingrid Hylander.</p> <p>“To ask, or not to ask: The hesitation process described by district nurses encountering women exposed to intimate partner violence” Sverige</p> <p>Sverige, 2015</p>	<p>Att förbättra förståelsen för distriktssköterskors erfarenheter av att möta kvinnor utsatta för våld i nära relationer.</p>	<p>Urval: Randomiserat urval</p> <p>Det framgår inga inklusions- och exklusionskriterier</p> <p>Deltagare: 11st distriktssjuksköterskor, inget bortfall.</p> <p>Databasningsmetod: semistrukturerade intervjuer.</p>	<p>Intervjuerna ägde rum på deltagarnas arbetsplatser. Intervjuerna spelades in och transkriberades ordagrant av den första författaren. Varje intervju varade mellan 40–90 minuter. Databasning och analys genomfördes parallellt.</p> <p>Analysen började med att läsa igenom intervjuerna noggrant. Första steget var sedan öppen kodning. Därefter jämfördes likheter och skillnader utifrån intervjuerna för att till sist skapa kategorier.</p> <p>Etiskt godkänd. Kontextbeskrivning saknas. Förförståelse saknas.</p>	<p>Resultat: Visade att en del ssk ansåg att det ingick i deras ansvar att identifiera våldsutsatta kvinnor. Ssk upplevde även en barriärer i att ställa frågan. Faktorer som ssk upplevde kunde underlätta mötet med kvinnan och att ställa frågan var ex att känna igen tecken och symtom på våld.</p> <p>Resultatet var uppdelat i två huvudkategorier som var följande; <i>Barriärer för att ställa frågan</i> och <i>Faktorer som underlättade att ställa frågan</i>. Två subkategorier; före tvekan, bli medveten, beginning to hesitate, feeling ambivalent, continuing to hesitate, preparing, decreasing, hesitation, hating, prepared</p> <p>Citat finns</p>	<p><i>Tillförlitlighet</i> Stärks av att resultatet svarar på syftet, citat som visar djup. Sänks av ett lågt deltagarantal.</p> <p><i>Verifierbarhet</i> Sänks då analysprocessen inte är så väl beskriven men stärks då vedertagen metod används.</p> <p><i>Pålitlighet</i> Sänks av att förförståelse ej redovisas.</p> <p><i>Överförbarhet</i> Stärks då teman och subteman är väl beskrivna och fångar upplevelser. Sänks då kontextbeskrivning saknas.</p>
<p>Fernanda Visentin, Leticia Becker Viera, Ivana Trevisan, Elisiane Lorenzini & Eveline Franco da Silva.</p> <p>Women's primary care nursing in situations of gender violence</p> <p>Brasilien, 2015</p>	<p>Syftet var att identifiera de åtgärder som utförs av primärvårdssköterskor för kvinnor i situationer av våld i hemmet.</p>	<p>Urval: Randomiserat urval</p> <p>Inkl: vårda våldsutsatta kvinnor och ha minst tre månaders erfarenhet av primärvården. Exkl: vara borta från arbetet under intervjuerna</p> <p>Antal: 17st sjuksköterskor och inget bortfall, Deltagare: mellan 25 och 57 år gamla, 3 män och 14 kvinnor. Deltagarna hade mellan 4 månaders erfarenhet till 21 års erfarenhet,</p> <p>Databasningsmetod: semistrukturerade intervjuer.</p>	<p>De som rekryterade deltagarna var de ledande författarna. Intervjuerna varade i genomsnitt 30 min och spelades in och transkriberades. Innehållsanalys som bestod av tre delar; utforskning av material, behandling av resultat och slutledning, tolkning. Utifrån analysen utformades två kategorier som låg till grund av som kommit fram från intervjuerna.</p> <p>Muntlig och skriftlig info, informerat samtycke. Etiskt godkänd. Kontextbeskrivning saknas. Förförståelse saknas.</p>	<p>Resultat: Visade att ssk upplevde en känsla av att inte vara förberedd då det saknade professionell träning i hur våldet skulle uppmärksammas. Tidsbrist och för stor arbetsbörda försvårade ssk att upptäcka våld och hjälpa kvinnorna. Ssk kände att det var svårt när de inte fått träning i hur de möta dessa kvinnorna.</p> <p>Resultatet var uppdelat i två huvudkategorier som var följande: <i>Åtgärder vidtagna av sjuksköterskor för vård i situationer av könsrelaterat våld</i> och <i>begränsningar av omvårdnadsåtgärder i fall av könsvåld</i>.</p> <p>Citat finns</p>	<p><i>Tillförlitlighet</i> Stärks av att resultatet svarar på syftets, citat som visar djup. Sänks av ett lågt deltagarantal.</p> <p><i>Verifierbarhet</i> Sänks då analysprocessen inte är väl beskriven.</p> <p><i>Pålitlighet</i> Sänks av att förförståelse ej redovisas.</p> <p><i>Överförbarhet</i> Stärks då huvudkategorier och subkategorier är väl beskrivna och fångar upplevelser. Sänks då kontextbeskrivning saknas.</p>

Författare, Titel, Land, År	Syfte	Urval, Databasinsamlingsmetod	Genomförande Analys	Resultat	Kvalitet
<p>Courtney J. Williston & Kathryn D. Lafreniere "Holy Cow, Does That Ever Open Up a Can of Worms": Health Care Providers' Experiences of Inquiring About Intimate Partner Violence Kanada, 2013</p>	<p>Att undersöka hälsovårdspersonals upplevelser inom primärvården av att behandla patienter som varit med om övergrepp från sina manliga partners</p>	<p>Urval: bekvämlighets och snöbollsurval Inkl: deltagarna hade erfarenhet av att fråga patienter om övergrepp i primärvården. Deltagare: Deltagarna arbetade i primärvårdsmiljöer. Ålder 29 - 79. Totalt 9st primärvårdspersonal ingick i studien. 6st familjeläkare och 3st sjuksköterskor. Databasinsamlingsmetod: semistrukturerade intervjuer.</p>	<p>Intervjuer som sträckte sig från 52 till 84 minuter. Sju intervjuer ägde rum ansikte mot ansikte, och två genomfördes med hjälp av videokonferenser. Den första författaren spelade in och transkriberade intervjuer ordagrant. Analysen bestod av två steg. Det första steget innebar att läsa varje enskild deltagares transkript och sågs också som sin egen analysenhet följt av anteckningar av upplevelser. Det andra steget bestod av att läsa transkripterna flertal gånger samt anteckningar. Sedan utformades teman utifrån de olika intervjuerna. Deltagarna gav muntligt och skriftligt samtycke före intervjun. Kontextbeskrivning saknas. Förförståelse saknas. Etiskt godkänd</p>	<p>Resultat: Visade att ssk kände att frågan om våld sträckte sig utanför deras vardagliga arbetsuppgifter. Ssk upplevde att mötet angående våld i nära relation kunde liknas med en resa på ovis mark. Upplevelser av att vara utanför sin komfortzone, kunskapsbrist m.fl. framkom. Känsla av att ssk behövde sätta sina egna känslor åt sidan. Resultatet var uppdelat i två huvudkategorier som var följande, <i>Fråga och avslöjande som en resa</i> och <i>Att frikoppla (jaget) för att engagera sig (med en patient)</i>. Citat finns</p>	<p><i>Tillförlitlighet</i> Stärks av att det finns citat med i resultatet samt att resultatet svarar på syftet. <i>Verifierbarhet</i> Stärks av att analysprocessen är väl beskriven <i>Pålitlighet</i> Sänks eftersom det ej finns en förförståelse beskriven. <i>Överförbarhet</i> Stärks av att urvalet är beskrivet men sänks av att de ej har med en kontextbeskrivning.</p>