

Mötet med den våldsutsatta kvinnan

- Sjuksköterskans perspektiv

Andersson Evelina
Lidmark Malin

Vetenskaplig teori och metod/Vetenskapligt arbete
Huvudområde: Omvårdnad (C)
Högskolepoäng: 15 hp
Termin/år: Termin 6, 2016
Handledare: Irene Vestling
Examinator: Lisbeth Kristiansen
Kurskod/registreringsnummer: OM019G
Utbildningsprogram: Sjuksköterskeprogrammet

ABSTRAKT

Bakgrund: Våld mot kvinnor är ett universellt och allvarligt folkhälsoproblem som påverkar kvinnors fysiska och psykiska hälsa samt kränker hennes mänskliga rättigheter. Vanligast är att bli utsatt för våld av sin partner och globalt har 38 % av mordena på kvinnor begåtts av en partner.

Syfte: Att belysa sjuksköterskans perspektiv på bemötandet av den våldsutsatta kvinnan.

Metod: En allmän litteraturoversikt där elva vetenskapliga artiklar har granskats och sammanställts.

Resultat: Sjuksköterskan upplevde rädsla och osäkerhet i mötet vilket bidrog till att det var svårt att fråga kvinnan om våld. När kvinnovåldet bekräftades framkallades olika känslor hos sjuksköterskan och hon blev känslomässigt involverad. Sjuksköterskan agerade i situationen genom att vidta olika åtgärder.

Diskussion: Ett bra bemötande bygger på att våldsutsatta kvinnor behöver bli behandlade med respekt och bli tagna på allvar. Sjuksköterskans bemötande betraktas som betydelsefullt eftersom ett dåligt bemötande kan leda till att patienter undviker att söka vård och lidandet kan därmed kvarstå.

Slutsats: Ett sätt att minska sjuksköterskornas osäkerhet kan vara att införa simuleringar, handlingsplaner, screening, utbildningsdagar eller införa ämnet i sjuksköterskeutbildningen. Detta kan stärka självsäkerheten hos sjuksköterskor och övrig vårdpersonal att våga bemöta problemet.

Nyckelord: Intimt partnervåld, Kvinnor, Sjuksköterska-patientrelationer, Sjuksköterskor, Våld i hemmet

Innehållsförteckning

INTRODUKTION	s. 1
1. BAKGRUND	s. 1
1.1 Begreppsdefinition	s. 1
1.1.1 Våld	s. 1
1.1.2 Bemötande	s. 2
1.2 Kvinnovåldet i Sverige	s. 2
1.3 Hälsa- och sjukvårdens ansvar	s. 3
1.4 Den våldsutsatta kvinnans upplevelse av vården	s. 4
1.5 Teoretisk referensram	s. 4
1.6 Problemformulering	s. 5
2. SYFTE	s. 7
3. METOD	s. 7
3.1 Design	s. 7
3.2 Litteratursökning	s. 7
3.3 Inklusion- och exklusionskriterier	s. 7
3.4 Relevansbedömning, granskning och analys	s. 8
3.5 Etiska överväganden	s. 9
4. RESULTAT	s. 10
4.1 Sjuksköterskans förhållningsätt	s. 10
4.1.1 Skapa en relation	s. 10
4.1.2 Känsломässigt engagemang	s. 13
4.2 Sjuksköterskans kunskap och kompetens	s. 14
4.2.1 Att ställa frågan	s. 14
4.2.2 Vikten av utbildning	s. 17
4.2.3 Sjuksköterskans agerande	s. 18
5. DISKUSSION	s. 20
5.1 Metoddiskussion	s. 20
5.2 Resultatdiskussion	s. 21
6. SLUTSATS	s. 29
7. REFERENSLISTA	s. 30
Bilagor	

INTRODUKTION

Oavsett kultur, utbildningsnivå, ekonomisk status och landets utvecklingsnivå är våld mot kvinnor ett universellt problem och ett allvarligt folkhälsoproblem (Nationellt Centrum för Kvinnofrid [NCK], 2016). Våld kan påverka både kvinnors fysiska och psykiska hälsa samt anses kränka kvinnans mänskliga rättigheter. Ungefär 35 % av alla kvinnor i världen har vid något tillfälle blivit utsatt för fysiskt och/eller psykiskt våld under sin livstid. Vanligast är att bli utsatt för våld av sin partner, vilket utgör närmare 30 %. Globalt har 38 % av mordena på kvinnor begåtts av en partner (World Health Organization [WHO], 2016c).

1. BAKGRUND

1.1 Begreppsdefinition

1.1.1 Våld

WHO (2016b) definierar våld som makt, hotande eller faktiskt, mot sig själv eller någon annan, mot en grupp eller gemenskap, som antingen leder till personskada, dödsfall, psykisk skada eller berövande. Malmquist, Arvidsson, Holmqvist och Eliasson (2016) beskriver att våld mot kvinnan ofta uttrycker sig i psykiska och fysiska skador. De fysiska skadorna ter sig vanligen på (eller inom) huvudet, i ansiktet och bålen. Skadorna utgörs främst av blåmärken, strypmärken, svullnader, krosskador eller frakturer. Typiskt är att skadorna är utspridda över kvinnans kropp, i vissa fall på underarmar och händer efter ett försök att skydda sig mot angriparen. Socialstyrelsen (2016) beskriver att sexuellt våld kan innebära sexuellt påtvingade handlingar, samlag utan samtycke, könsstympning, sexuella trakasserier eller ett sexuellt kränkande språk.

De psykiska skadorna kännetecknas oftast som extrem rädsla, hjälplöshet, förvirring och ångest. Posttraumatiskt stressyndrom, självmord och självmordsförsök är också vanligt. Långvariga effekter av våldet kan medföra en skadad självbild, depression och minskad tro på den egna förmågan att lösa vardagsproblem (Malmquist et al., 2016).

Våld i nära relationer omfattas av alla typer av våld och den utsatta har en nära relation till förövaren. Vanligast är att misshandeln sker av en man mot en kvinna i deras bostad. Våldet eskaleras ju längre de lever tillsammans och kvinnan får allt svårare att lämna förhållandet. Syftet med våldet är att utöva makt och kontrollera sin partner genom att skada och skrämja. Av de polisanmälningar som gjordes år 2009 var 90 % av anmälningarna mot män (NCK, u.å.).

1.1.2 Bemötande

Bemötande definieras som uppträdande mot något eller någon ("Bemötande", u.å.). Socialstyrelsen (2015) beskriver att i hälso- och sjukvården är ett gott bemötande en av de viktigaste faktorerna för att utveckla en jämlik hälsa, vård och omsorg. Ett gott bemötande inkluderar delaktighet, patientinflytande och patientsäkerhet. För att uppnå en jämlik vård är kunskaper om diskriminering och kommunikation en god grund. WHO (2016a) beskriver omvårdnad som autonom och samverkande vård av personer i alla åldrar, familjer, grupper och samhällen, såväl sjuka som friska. Omvårdnad omfattar hälsofrämjande insatser, förebyggande av sjukdom, vård av sjuka, funktionshinder och döende människor.

NCK (2015) konstaterar att ett professionellt bemötande hos våldsutsatta kvinnor är att prioritera handläggningen så att patienten inte behöver vänta, samtala i enrum med kvinnan utan medföljande partner, använda tolk vid behov, framhäva att frågor om våld är rutin i vården, vara rak på sak och fråga om kvinnan blivit utsatt för våld, undvika att blanda in egna värderingar och slutligen, förmedla att det finns hjälp att få.

1.2 Kvinnovåldet i Sverige

Sverige har ingått internationella överenskommelser som involverar mänskliga rättigheter. Därmed omfattas Sverige av internationella åtaganden för en förbättrad folkhälsa världen över (Socialstyrelsen, 2016).

Enligt statistik från Brottsförebyggande rådet var det psykiska och fysiska våldet under år 2012 jämt fördelat mellan kvinnor och män i Sverige. Dock var det vanligare att kvinnor

utsattes för grövre våld och behovet av hjälp var större, framförallt från sjukvården. Under år 2012 uppsökte 29,1 % av de kvinnor som blev utsatt för grov misshandel sjukvården. Faktorer som ökade risken för att bli utsatt för våld var en ålder mellan 16-34 år, att vara ensamstående förälder, studier upp till gymnasial nivå, boende i lägenhetshus och låg ekonomisk status (Frenzel, 2014).

År 1998 infördes brottet grov kvinnofridskränkning i Brottsbalken (BrB) för att stärka skyddet för kvinnor som utsatts för våld. Antalet anmälningar har varit stigande sedan 1980-talet på grund av den ökade medvetenheten om problematiken. Kravet på angivelse eller åklagarprövning i hemmet togs bort år 1982 för att förbättra offrets ställning vid familjevåld och fastställa att kvinnomisshandel var brottsligt (Malmquist et al., 2016).

1.3 Hälso- och sjukvårdens ansvar

I Hälso- och sjukvårdslagen (HSL, SFS 1982:763), 2§, fastställs att målet för hälso- och sjukvården är att förebygga ohälsa samt uppfylla kraven på god vård på lika villkor för hela befolkningen. Enligt Socialstyrelsen (2016) har hälso- och sjukvården en betydande roll för att upptäcka och uppmärksamma våld. De ska erbjuda vård och omvårdnad och hänvisa till andra stöd- och hjälpinsatser om behovet finns. År 2015 infördes den nya Patientlagen som syftar till att stärka och tydliggöra patientens ställning samt att främja patientens integritet, självbestämmande och delaktighet. Patientsäkerhetslagen (PSL, SFS 2010:659), 3 kap. 1§, innebär att vårdgivaren ska planera, leda och kontrollera verksamheten på ett sådant sätt att kravet på god vård uppfylls. Socialstyrelsen (2016) beskriver att PSL ska säkerställa att inte bara diagnosen ställs eller att ett visst symtom behandlas, utan vårdpersonal ska även se till att få en uppfattning om varför patienten har ett problem och varför patienten har drabbats. Det är vårdgivaren som ansvarar för att skapa de rutiner som behövs i verksamheten, det är bland annat rutiner för när och hur frågan om våld ska ställas samt hur personalen ska agera när detta uppmärksammas. Det är av stor vikt att personalen ställer frågan om våld i en trygg miljö för patienten, varför frågan ska ställas i enskilt rum. Om bekräftelse inte uppnås vid förfrågan och misstanken kvarstår ska personalen ändå agera.

Malmquist et al. (2016) beskriver att det finns ett samarbete mellan polis, åklagarväsende, sjukvård och socialtjänst för ett bättre omhändertagande av våldsutsatta kvinnor. NCK arbetar också på regeringens uppdrag med att stärka kunskapen om mäns våld mot kvinnor och för att förbättra metoder för omhändertagandet av dessa kvinnor.

1.4 Den våldsutsatta kvinnans upplevelse av vården

I en svensk studie av Pratt-Eriksson, Bergbom och Lyckhage (2014) sammanställdes tolv kvinnors upplevda erfarenhet av våld i nära relationer och deras möte med samhällssystemet. De beskrev att vara en slagen kvinna innebär att det är svårt att bli sedd och tagen på allvar. Att få hjälp från sjukvårdspersonal, socialarbetare och polis var svårt när de kände sig dåligt bemötta och sårade av deras attityder. Istället för att få tröst blev de anklagade och de upplevde att de inte fått sin röst hörd. Detta innebär att de återvände hem utan någon hjälp och hade ångest över att de berättade om sin situation.

Många kvinnor upplevde att de inte fick det bemötandet de förtjänar. Sjuksköterskor upplevdes avvisande och saknade empati (Larsen, Khron, Puschel & Siefert, 2014; Pratt-Eriksson et al., 2014). Vikten av stöd och att sjuksköterskan inte hade fördomar var något som våldsutsatta kvinnor ansåg vara behövligt (Bradbury-Jones, Duncan, Kroll, Moy & Taylor, 2011). Enligt Pratt-Eriksson et al. (2014) kunde de utsatta kvinnorna uppleva att de tappat sin identitet, att det inte fanns någon plats för dem i vården, en känsla av att de var i vägen samt tog upp någon annans tid. Bradbury-Jones et al. (2011) återger att kvinnorna kunde känna skuld, hade dålig självkänsla och ville därför inte ta upp sjuksköterskans tid. Larsen et al. (2014) menar att många kvinnor inte vågade prata om misshandeln för att de var rädda att bli misstrodda.

1.5 Teoretisk referensram

Joyce Travelbees teori fokuserar på omvårdnadens mellanmännsliga dimension. Hon menade, för att förstå vad omvårdnad innebär måste man förstå vad som sker i relationen mellan patienten och sjuksköterskan. Teorin bygger på dess viktigaste begrepp: människan som individ, lidande, mening, mänskliga relationer samt kommunikation. Människan tar del

av vissa allmänmänskliga erfarenheter som sjukdom, lidande och förluster. För att uppnå en mellanmänsklig dimension beskrev Travelbee olika interaktionsfaser vilka var *det första mötet, empati, sympati* och *ömsesidig förståelse och kontakt*. Travelbee ville med sin teori belysa att det är den enskilda individens upplevelse av dessa erfarenheter som bara är dennes egen. Hon ville upphäva begrepp som "patient och sjuksköterska" och istället framhäva de drag som var gemensamma (Kirkevold, 2000, s. 130-136).

Enligt teorin är lidandet ofrånkomligt i livet. Det är ett personligt fenomen som ger individen en förståelse om innebörden i fysisk, emotionell eller andlig smärta och det kan orsakas av förluster, minskad känsla av egenvärde eller separation från närstående. Travelbee hävdade att det är viktigare att sjuksköterskan förhåller sig till individens upplevelse av sjukdomen istället för att fokusera på diagnos eller på en objektiv bedömning. Hon ansåg att det är viktig att finna mening i livets olika upplevelser men att vissa människor kan behöva hjälp längs vägen. Travelbee påstod att detta var det viktigaste syftet med omvårdnaden (Kirkevold, 2000, s. 131-136).

Kommunikation är enligt teorin sjuksköterskans viktigaste redskap. Det är en ömsesidig process som förmedlar tankar och känslor, verbalt och icke-verbalt, vilket gör det möjligt för sjuksköterskan att uppnå en mellanmänsklig relation till den utsatta individen. Travelbee uttryckte "Att lära känna patienten är en lika relevant och nödvändig aktivitet som att genomföra procedurer och ge fysisk omvårdnad ... " (s. 137). Travelbee beskrev en omvårdnadsprocess som omfattar fyra moment: Att observera och utforska en persons behov av omvårdnad, att bekräfta eller vederlägga sin behovsbedömning genom samtal med patienten, att avgöra om man har möjlighet att tillgodose dessa behov (eller hänvisa till annan vårdgivare) och slutligen att planera hur omvårdnadsbehoven ska tillgodoses (Kirkevold, 2000, s. 136-137).

1.6 Problemformulering

Majoriteten av de våldsutsatta kvinnorna vänder sig till sjukvården istället för polis eller socialtjänst (Lundgren, Heimer, Westerstrand & Kalliokoski, 2001). En våldsutsatt kvinnas

första möte med vården sker oftast i närvaro av en sjuksköterska och det är sjuksköterskan som ansvarar för omvårdnaden av den utsatta kvinnan. Därför är det av stor vikt att relationen till kvinnan bygger på tillit och trygghet. För att uppnå detta krävs det att sjuksköterskan har kunskap om kvinnomisshandel, en insikt om att problemet förekommer och därmed inte negligeras.

Forskning visar att sjuksköterskor beter sig olika vid bemötandet av en våldsutsatt kvinna (Bradbury-Jones et al., 2011; Larsen et al., 2014; Pratt-Eriksson et al., 2014). Trots det finns riktlinjer i Sverige för hur ett professionellt omhändertagande ska ske (Socialstyrelsen, 2015b). Därför kan det finnas ett behov av att få mer kunskap om olika uppträdanden som förekommer och varför.

2. SYFTE

Syftet med litteraturöversikten är att belysa sjuksköterskans perspektiv på bemötandet av den våldsutsatta kvinnan.

3. METOD

3.1 Design

Utifrån syftet genomfördes en litteraturöversikt. En litteraturöversikt kan utföras när man vill få en överblick av ett problemområde. Ett kritiskt förhållningssätt har använts genom hela arbetet vad gäller urval av artiklar, granskning samt hela skrivarbetet. Både kvalitativa och kvantitativa artiklar användes för att belysa problemområdet, vilket gör det till en allmän litteraturöversikt (*Jfr. Friberg, 2012, s.133-135*).

3.2 Litteratursökning

Sökningarna genomfördes i PubMed och Cinahl som täcker de medicinska och hälso- och vårdvetenskapliga områdena. Sökningen i PubMed innehåller Medical Subject Headings (MeSH-terms) och tre av dessa användes också i databasen Cinahl kombinerat med begrepp som den egna databasen rekommenderade (se tabell 1), detta för att begränsa antalet träffar samt för att få träffar som rör det utvalda ämnet. En frisökning på författaren Eva Sundborg utfördes i PubMed, vilket gav tre träffar varav två uppfyllde kriterierna för litteraturöversikten. Frisökningen på författaren gjordes efter att namnet upprepade gånger framkom vid insamlingen av data till bakgrunden.

3.3 Inklusions- och exklusionskriterier

Alla artiklar belyser sjuksköterskans perspektiv vad gäller bemötandet av den våldsutsatta kvinnan. Inklusionskriterierna består av legitimerade sjuksköterskor som arbetar inom alla verksamhetsområden samt våld i nära relationer. Artiklar som handlar om familjevåld exkluderades från studien.

3.4 Relevansbedömning, granskning och analys

En relevansbedömning utfördes innan kvalitetsgranskningen av det insamlade materialet för litteraturöversikten. Enligt Statens beredning för medicinsk utvärdering [SBU] (2014) ska en bedömning göras för att sortera ut de artiklar som inte är relevanta för att kunna besvara syftet. Relevansen utgår från de formulerade inklusions- och exklusionskriterierna.

Bedömningen har skett i två etapper, först lästes alla titlar och abstrakt. De artiklar som inte var aktuella uteslöts ur studien. I andra etappen granskades de fullständiga artiklarna utifrån en relevansmall och de som uppfyllde kraven kom sedan att kvalitetsgranskas.

Kvalitetsgranskningen är till för att upptäcka eventuella bias (feltolkningar) och för att värdera studiens tillförlitlighet. Granskningsmallarna som finns tillgängliga är endast till för stöd och det är personen som granskar artiklarna som själv avgör graden av tillförlitlighet (SBU, 2014). Relevansbedömningen (bilaga 1) och granskning av de kvalitativa studierna (bilaga 2) i denna litteraturöversikt har skett med hjälp av de mallar som SBU (u.å.) tillhandahåller. Från Forsberg och Wengström (*Jfr.* 2003) användes en modifierad bilaga för granskning av de kvantitativa deskriptiva studierna (bilaga 3). Artiklarna har graderats vad gäller kvalitet och tillförlitlighet. En skala graderad i låg, medel och hög har använts. De artiklar som är inkluderade i resultatet finns redovisad i en tabell, se bilaga 4.

En induktiv analys enligt Friberg (*Jfr.* 2012, s.127-129) utfördes av artiklarna för att bäst kunna besvara syftet i litteraturöversikten. Enligt Friberg innebär en induktiv analys att artiklarna läses ett flertal gånger för att få en förståelse för innehållet. Huvudfynden ska identifieras i resultatet och artiklarna ska sedan jämföras mellan varandra. Även likheter och skillnader ska urskiljas. De kategorier som framträder formuleras som rubriker med eventuella underrubriker och sammanställning av texten framställs. I denna litteraturstudie användes en markeringspenna för att markera data som var relevant och kunde användas i studien. Artiklarna översattes sedan till svenska och lästes igenom ytterligare en gång. Anteckningar om vad artiklarna handlade om skrevs ned. Detta för att underlätta arbetet med att jämföra likheter och skillnader bland artiklarna och skapa de huvudrubriker och underrubriker som framträdde. Diskussion fördes när texten tolkades olika tills ett gemensamt beslut kunde fattas.

Litteratursökning utfördes 2016-08-30

Databas	Sökord	Avgränsningar	Antal träffar	Antal efter lästa titlar	Antal efter lästa abstrakt	Antal efter lästa artiklar	Antal inkluderade efter relevansbedömning och kvalitetsgranskning
PubMed	Women OR female[MeSH-Terms] AND domestic violence OR intimate partner violence OR violence[MeSH-Terms] AND nurse-patient relations[MeSH-Terms]	10 years Abstract	118	32	20	12	4
Cinahl	Women AND domestic violence OR intimate partner violence OR domestic abuse OR partner abuse AND nurses experience	2006-2016 Abstract Available	88	34	15	9	5

Tabell 1.

3.5 Etiska överväganden

Det etiska ställningstagandet i litteraturöversikten är att enbart ha använt artiklar som innehåller ett etiskt resonemang. I artiklarna framgår det att deltagarna har medgett informerat samtycke till att delta i studien. Vetenskapsrådet (2002) beskriver de fyra huvudkraven på forskning: *Informationskravet* innebär att forskaren ska informera alla som är berörda i studien om forskningsuppdragets syfte. *Samtyckeskravet* handlar om att deltagarna har själva rätten att bestämma över sin medverkan i studien. *Konfidentialitetskravet* innebär att alla uppgifter om de berörda i studien ska ges med största möjliga konfidentialitet och personuppgifter får ingen obehörig ta del av. *Nyttjandekravet* avser att alla insamlade uppgifter om enskilda personer endast får användas till forskningen.

Författarna av denna litteraturöversikt ansvarar för att data som redovisas i resultatet inte har förvrängts, förfalskats, vilseletts eller plagierats.

4. RESULTAT

Resultatet är baserat på uppsatsens syfte och utgår från sjuksköterskans bemötande som inkluderar tankar och känslor, kunskap och kompetens samt sjuksköterskans agerande efter mötet med den våldsutsatta kvinnan. Första huvudrubriken beskriver sjuksköterskans förhållningssätt. Här beskrivs hur sjuksköterskor möter våldsutsatta kvinnor i vården, hur de bygger upp en relation med kvinnorna samt hur mötet påverkar henne känslomässigt. Av alla elva artiklar innehåller första huvudrubriken nio av dessa. Den andra huvudrubriken framhäver den kunskap och kompetens som sjuksköterskan besitter, hur hon identifierar misshandel, varför utbildning inom ämnet är viktigt samt hennes agerande för den våldsutsatta kvinnan. Denna del baseras på åtta av de elva artiklarna.

4.1 Sjuksköterskans förhållningssätt

4.1.1 Skapa en relation

I en studie gjord av Lazenbatt, Taylor och Cree (2009) framkom det att 92 % av de som arbetade på sjukhus och 55 % inom kommunal sektor upplevde att de hade en viktig roll när det kom till att bemöta våld i hemmet. Enligt Williston och Lafreniere (2013) beskrev en sjuksköterska att orsaken till att de valde yrket var för att de ville ta hand om människor, försöka lösa deras problem samt göra en förbättring i deras liv. Dock var det svårt att tala om för våldsutsatta kvinnor att det endast var dem själva som kunde förändra deras situation.

En sjuksköterska berättade:

You can always lead a horse to water, but you can't make [it] drink. And so, you may have to present those resources to patients on different days, in different ways, and they just have to decide when they're ready. (Williston & Lafreniere, 2013, s. 824)

En annan sjuksköterska beskrev att det var enkelt att lösa medicinska problem när det fanns riktlinjer att följa, men att det var en konst att hantera det psykosociala. Hon menade att om en patient hade högt blodtryck så visste hon vad som skulle göras, men för att kunna hantera de våldsutsatta kvinnorna behövdes en examen i psykologi (Williston & Lafreniere, 2013).

I en studie av Brykczynski, Crane, Medina och Pedraza (2011) delade flera av specialistsjuksköterskorna uppfattningen om att det var viktigt att skapa en atmosfär där kvinnorna kunde diskutera misshandel öppet, utan att känna att de blev anklagade. En av sjuksköterskorna nämnde vikten av att lyssna utan att vara dömande " ... The first thing we have in our mind is, "Oh, why don't you just leave him?" That's a judgment ... " (s. 145). Sjuksköterskan menade att om de uttryckte deras egna åsikter skulle kvinnorna undvika att söka hjälp. Hon ansåg att ett bra bemötande innebar att tala om för de våldsutsatta kvinnorna att de fanns tillgängliga för dem. Specialistsjuksköterskorna beskrev vidare att kvinnor som utsatts för misshandel kände sig redan förnedrade. Därför skulle fördomar och sådant som kunde uppfattas som förolämpningar undvikas. I Tower, Rowe och Wallis (2012) studie uppgav akutsjuksköterskor och/eller sjuksköterskor inom öppenvården att det inte ingick i deras roll att vara fördömande eller ha förutfattade meningar. En sjuksköterska uttryckte att man ska vara en lyssnare och försöka att inte döma kvinnans partner för att hon älskar honom. Enligt Brykczynski et al. (2011) ansåg en specialistsjuksköterska att läkning börjar med lyhördhet. Hon menade att kvinnorna bör känna sig trygga och förstå att de kan dela med sig av en stressad upplevelse med en stödjande lyssnare.

I en studie ansåg barnmorskor att det var en process att bemöta våldsutsatta somaliska kvinnor. Våldet kanske inte upptäcktes när kvinnan kom vid första besöket men däremot när de träffats fler gånger. Tillit var grunden i arbetet med våldsrelaterade frågor och samtal om våld kunde ge en djupare förståelse samt stärka relationen mellan barnmorskan och kvinnan. Barnmorskorna behövde skapa sig ett gott rykte hos kvinnorna för att de skulle bekommen deras förtroende och kvinnorna behövde förstå att sjuksköterskorna hade tystnadsplikt. På så sätt kunde barnmorskorna bygga upp en tillitsfull relation (Byrskog, Olsson, Essén & Klingberg Alvin, 2015). Distriktsjuksköterskor i Sundborg, Törnkvist, Saleh-Stattin, Wändell och Hylanders (2015) studie uttryckte att brist på förtroende kunde resultera i att den våldsutsatta kvinnan inte vågade berätta om sin situation. När sjuksköterskorna visade sig tillgängliga, kunde kvinnorna lita på dem. Förtroende skapades genom att avsätta tid och lyssna till vad kvinnorna hade att säga.

Enligt Tower et al. (2012) ansåg en sjuksköterska att det gynnade att vara öppen och omtänksam. Trots detta var sjuksköterskorna osäkra i deras roll, hur de skulle kunna ge omvårdnad till våldsutsatta kvinnor. En sjuksköterska beskrev att hon kände sig mångsidig för att hon hjälpte patienterna medicinskt, fysiskt och psykiskt. När sjuksköterskorna reflekterade över deras arbete, uttryckte de hur små saker kunde göra stor skillnad. En sjuksköterska belyste vikten av att vara mer närvarande och lyhörd. Det kunde hjälpa att upprepade gånger fråga om kvinnorna mådde bra trots omständigheterna, om det var något de behövde eller bara ge smärtstillande. Hon nämnde även att genom rösten låta väldigt engagerad, empatisk och stödjande. En annan sjuksköterska upplevde att patienterna kände sig säkra när de befann sig på sjukhuset och att det var den känslan som var viktigast att förmedla.

I Hägglom och Möllers (2006) studie ansåg sjuksköterskorna att deras profession var viktigast i arbetsteamet. De såg sig som experter vad gäller att arbeta preventivt mot våld och hur man skulle bemöta de utsatta kvinnorna.

En sjuksköterska berättade:

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)

Deltagarna identifierade några egenskaper som en professionell sjuksköterska bör besitta. Såsom att vara flexibel, ärlig, empatisk, kunnig, stödjande, uppfinningsrik samt kunna fungera som en länk till andra instanser (Hägglom & Möller, 2006). När en sjuksköterska fick bekräftat att en kvinna blivit misshandlad förundrades hon över varför inte kvinnan lämnade sin man. Hon nämnde våldscykeln, att offren förnekar situationen. De kände skam på grund av att de var rädda för att bli ensamma och behöva uppfostra barnen själva. Sjuksköterskan menade att det inte var hennes uppgift att döma någon. Hon avslutade med att beskriva hennes roll, vilket var att inte låta hennes frustration ta över. Hennes jobb var att bry sig, vara stödjande och slutligen hänvisa kvinnorna till socialarbetare (Goldblatt, 2009).

4.1.2 Känsломässigt engagemang

En sjuksköterska påverkades av en kvinnas historia på ett sådant sätt att hon kände sig nedstämd och grät med kvinnan. Hon försökte sätta sig in i kvinnans situation och hitta en lösning för att hjälpa henne. Än idag upplevde hon frustration över att inte kunna kontrollera sina känslor. Hon kände sig känsломässigt involverad och hade svårt att skilja på sina egna och patienternas känslor. En annan sjuksköterska representerade en mer komplex attityd gällande de våldsutsatta kvinnorna. Hon pendlade fram och tillbaka på reaktionsskalan. Sjuksköterskan fick frågan: Hur upplever du att ta hand om en våldsutsatt kvinna? Hennes svar var bland annat att hon skulle upptäckt om patienten blivit misshandlad, vilken hjälp hon skulle erbjuda och till vem hon skulle rapportera misshandeln. Däremot kunde hon inte beskriva hennes egna känslor mer än att hon kände ett ansvar. Hon berättade att hon undvek att involvera sina känslor i arbetet på grund av att hon inte hade tid. Avdelningen hade för mycket att göra och om hon skulle blanda in sina känslor agerade hon inte professionellt. En tredje deltagare ansåg att hon inte var någon psykolog. Det fanns inte tid att sitta ned och prata med patienterna för att få deras förtroende. Hon önskade att kunna hjälpa men uttryckte att man inte bör fästa sig vid de utsatta kvinnorna. Ytterligare en sjuksköterska beskrev att hon inte gillade att bry sig om kvinnorna. De var skrämmande och hon hade svårt samarbeta för att lösa deras problem. Hon ansåg att det var bekvämt att inte låta det påverka henne. Hon kom till jobbet, gjorde det hon skulle och gick sedan hem. Detta för att inte ta med sig sina upplevelser hem (Goldblatt, 2009). I en studie av Tower et al. (2012) beskrev några sjuksköterskor att de undvek att bli känsломässigt involverade. En deltagare berättade "I like not to get emotionally involved, because you see so many people and you come across so many potentially distressing situations that more you can emotionally shut out the better" (s. 220).

I Häggblom och Möllers (2006) studie beskrev sjuksköterskor att kvinnor som var nära döden visade starka känslor av frånvaro. En av sjuksköterskorna hade svårt att tro på mänskligheten och inget förvånade henne längre. Ibland brukade hon drömma att hon skadade männen. Sjuksköterskorna erkände att de själva blev frustrerade, hade ångest och blev utsatt för psykologisk stress när de omhändertog de våldsutsatta kvinnorna. De uttryckte ilska mot läkarna som inte brydde sig och männen som utfört misshandeln fick

sällan några konsekvenser. Processen hanterades långsamt och sjuksköterskorna upplevde frustration mot socialkontoret. Deltagarna uttryckte också den rädsla som uppstod när de mötte en våldsutsatt kvinna. En sjuksköterska beskrev att hon var van att se patienter med allvarliga fysiska trauman. Professionellt kunde hon behandla de fysiska sårerna men inte de psykiska. Svårast att möta var kvinnor som hotats till livet. Sjuksköterskorna kämpade för att kunna möta patienternas behov när de själva upplevde känslor som hjälplöshet.

I en studie av Van der Watt, Van Wyk och Janse van Rensburg (2013) upplevde akutsjuksköterskor liknande känslor som kvinnorna de mötte när de lyssnade på kvinnornas berättelser, observerade de fysiska skadorna och den emotionella smärtan. Sjuksköterskorna upplevde ilska mot mannen som begått misshandeln och sympati för kvinnan, då kvinnan var maktlös och hennes sårbarhet var utsatt. Sjuksköterskorna bevittnade kvinnornas lidande och detta påverkade dem känslomässigt. Känslor som nedstämdhet, rädsla, chock, sympati och ilska kunde uppstå på ett plötsligt och intensivt sätt. Det sjuksköterskorna fick uppleva under arbetspasset hade en förmåga att påverka deras relation med familjen. En sjuksköterska menade att hennes familj inte alltid fick hennes fulla uppmärksamhet. Detta på grund av att hon var ledsn största delen av tiden. Under nästa arbetspass ville sjuksköterskan veta hur det hade gått för kvinnan men ofta lämnades sjuksköterskorna som arbetade på akuten med obesvarade frågor. En av deltagarna beskrev hennes maktlöshet såhär "I tried to speak to her: 'Wait here until in the morning we will take care of you', but she couldn't ... that night going back to that house, what is going to happen ... ?" (s. 2247).

4.2 Sjuksköterskans kunskap och kompetens

4.2.1 Att ställa frågan

I en studie av Häggblom och Möller (2006) tog deltagarna upp den intuition som de upplevde. Detta i samband med att kvinnorna inte uttryckligen berättade att de blivit utsatta för misshandel. Sjuksköterskorna kunde få en känsla av att kvinnan inte berättade hela sanningen. En deltagare beskrev att kvinnornas berättelser inte alltid överensstämde med hur deras kroppar såg ut. Vissa kvinnor kunde söka vård upprepade gånger för olika hälsoproblem. Det var vid sådana tillfällen som sjuksköterskorna frågade kvinnorna om de

var utsatta för våld av sin partner. Enligt Sundborg, Saleh-Stattin, Wändell och Törnkvist (2012) var det 76 % som identifierade att kvinnorna utsattes för våld när deras förklaringar inte hörde samman med skadorna, 70 % misstänkte misshandel när kvinnorna hade blåmärken och 68 % när deras partner verkade överbeskyddande.

Distriktsjuksköterskor i en studie ansåg att det inte var deras uppgift att identifiera kvinnor som blev utsatt för våld av sin partner. Anledningen var att de hade mycket ansvar redan och tiden räckte inte till att fråga kvinnor om misshandel. Istället ansåg de att andra professioner hade ansvaret, som läkare eller socialarbetare. Sjuksköterskorna ansåg att dessa yrkesgrupper hade bättre möjligheter att tillgodose kvinnans behov.

Distriktsjuksköterskorna förmodade att många av de våldsutsatta kvinnorna skämdes över deras situation vilket skapade ett hinder för att ställa frågan. De visste inte vilken kvinna de skulle fråga, när de skulle fråga eller hur de skulle ställa frågan. Otydliga tecken på våld bidrog till att de sköra kvinnorna inte kunde tillfrågas direkt men tydliga fysiska skador som blåmärken medförde dock misstänksamhet och mindre tvekan. Även låg självkänsla och psykosomatisk smärta ansågs vara uppenbara tecken på att kvinnan blev utsatt för våld. Några sjuksköterskor ansåg att det var bäst att fråga kvinnorna direkt om misshandeln när det fanns tydliga tecken medan andra ansåg att man skulle fråga alla kvinnor vid minsta misstanke. Distriktsjuksköterskorna nämnde faktorer som ansågs underlätta i utfrågningen. Dessa var att känna sig förberedd i mötet med kvinnan, veta hur de skulle agera vid bekräftad misstanke samt att kunna samarbeta med andra instanser (Sundborg et al., 2015).

Några av sjuksköterskorna i Häggblom och Möllers (2006) studie delgav att de mötte våldsutsatta kvinnor ganska ofta i sin praktik medan andra uttryckte att de sällan hade stött på problemet. En deltagare som arbetade med rutinscreening uttryckte att hon kände sig oroad över att inte upptäcka de misshandlade kvinnorna. Andra sjuksköterskor ansåg sig vara beredda att ta upp frågan om de misstänkte att en kvinna var utsatt för våld. De som i sitt arbete inte mötte dessa kvinnor ofta kände sig osäkra på hur de skulle bemöta kvinnorna. Studien visade vidare att sjuksköterskorna som upprepade gånger träffat våldsutsatta kvinnor använde sig av enkla frågor när problemet skulle uppmärksammas. En sjuksköterska beskrev att hon ställde konkreta frågor som: Vad har hänt? Var befann du dig?

Hur slog han dig? En annan sjuksköterska ställde frågor som: Hur är det hemma? Vill du prata om det? Sjuksköterskorna uttryckte vikten av att ge tid, vänta tyst, ha ögonkontakt med kvinnan, förklara varför de frågade om våldet samt att intervjua kvinnorna i en privat miljö. Kvinnorna avslöjade inte orsaken till skadorna om de inte kände sig säkra och betrodda. Ofta svarade kvinnorna med tystnad och observerade sjuksköterskan en tid innan de svarade. Brykczynski et al. (2011) beskrev en sjuksköterska som delade med sig av sina erfarenheter. När hon var nyexaminerad sjuksköterska ställde hon alltid frågan om våld indirekt till kvinnan. Med mer erfarenhet visste hon att frågan behövde ställas direkt. Byrskog et al. (2015) beskrev hur barnmorskorna använde sig av olika strategier. Frågorna skulle vara raka och tydliga, men ibland ställdes indirekta frågor till invandrarkvinnorna på grund av rädslan för att skrämma dem. En nyckel för att de somaliska kvinnorna skulle förstå sina rättigheter i samhället var att dela samma språk. Barnmorskorna ansåg då att det var lättare att identifiera misshandeln.

I studien av Lazenbatt et al. (2009) visade resultatet signifikanta skillnader mellan barnmorskor som arbetade på sjukhuset och de som arbetade inom kommunen. Skiljaktigheterna uppenbarades när frågan om misshandel skulle ställas till den gravida kvinnan. Det var 65 % av barnmorskorna som arbetade på sjukhus som ansåg att dessa besök skulle bokas in, varav 44 % av barnmorskorna i öppenvården ansåg detta nödvändigt. Deltagarna i studien fick också frågan om de tagit upp ämnet med kvinnorna de mötte, 38 % från öppenvården och 22 % från de som arbetade på sjukhuset hade tagit upp frågan. Av de som arbetade inom öppenvården var det 27 % som var trygga med att ta upp frågan om våld, inom slutenvården var det 15 %. I en studie av Sundborg et al. (2012) var det ungefär hälften (52 %) av sjuksköterskorna som uppgav att de alltid hade ställt frågan om våld. Det var 48 % som svarade ibland/aldrig, 32 % av dessa uppgav att det var svårt att veta hur frågan skulle ställas. Det var 11 % av sjuksköterskorna som inte visste vad de skulle göra med svaret, 13 % var oroliga att kränka kvinnans integritet, 10 % uppgav att de inte hade tid, 4 % uppgav att de kände sig obekväma att ställa frågan och slutligen ville 3 % inte engagera sig i privata ärenden.

4.2.2 Vikten av utbildning

Enligt Häggblom och Möller (2006) respekterade sjuksköterskorna kvinnornas historia, men det framkom att nästan ingen hade utbildning i att bemöta våld i nära relationer. En sjuksköterska hade fått speciell träning i att vårda offer i incest, medan en annan var tränad för trauma och kristerapi och en tredje i familjeterapi. Dessa tre sjuksköterskor ansåg själva att de hade bra kunskap inom dessa områden och kände sig säkra att möta våldsutsatta kvinnor. Resterande sjuksköterskor som inte hade någon djupare utbildning behövde förlita sig på deras kunskaper i omvårdnad. En deltagare uttryckte att kunskap inte är tillräckligt utan det är sjuksköterskornas egna rädslor som måste övervinnas. Sjuksköterskorna deltog i ett nätverk som inkluderade polis, socialarbetare och kvinnoskyddshem och de ansåg att samarbetet bidrog till styrka och mod. Träning var det viktigaste verktyget och kunskap ansågs vara en nyckelfaktor. Träningsprogram för vårdpersonal skulle ges högsta prioritet. Genom programmet skulle vårdpersonal lära sig att identifiera och upptäcka våldet, hur man skulle fråga, hur man skulle ge praktisk hjälp och hur man skulle konfrontera tabun som uttrycktes i samhället. Vidare uttryckte sjuksköterskorna hur de agerade i kris genom aktivt hjälpa kvinnorna att ta sig ur deras våldsamma förhållande. Deras kompetens baserades huvudsakligen på teoretisk kunskap av våld i nära relationer. Sjuksköterskor beskrev hur de letade efter böcker och broschyrer som skulle vägleda dem i arbetet med våld i nära relationer. Enligt Tower et al. (2012) uttryckte sjuksköterskor att utbildning om våld mot kvinnor många gånger var bristfällig. En deltagare beskrev att hon saknade utbildning för sådana situationer, hon visste inte vilka frågor hon skulle ställa på grund av rädsla över att säga fel saker. Sundborg et al. (2015) beskrev att distriktsjuksköterskorna tvekade att fråga om våld i nära relationer. Orsaken var att de hade lite kunskap om andra kulturer och det förekom förutfattade meningar om hur dessa grupper ser på våld.

Barnmorskor upplevde att de fått tillräckligt med kunskap och hade riktlinjer att följa när de skulle ta upp frågan om misshandel. Dock upplevde de att det fanns kunskapsluckor när det kom till kulturella och religiösa åsikter vad gällde hälsan och synen på familjen (Byrskog et al., 2015).

I studien av Sundborg et al. (2012) svarade sjuksköterskorna på frågor som handlade om hur förberedda de var i mötet med våldsutsatta kvinnor. Det var totalt 86 % som ansåg sig vara

otillräckligt förberedda att ge omvårdnad till kvinnorna och 82 % var intresserade av att utbildas för att öka kompetensen inom området. Vidare var det 13 % av sjuksköterskorna som nämnde förmodade orsaker till otillräckligt beredskap, såsom brist på erfarenhet, utbildning, möjligheter till vidareutbildning, resurser, riktlinjer och samarbete med andra instanser. När deltagarna tillfrågades om de hade fått någon form av utbildning var det nästan hälften (48 %) som uppgav att de hade sökt information på eget initiativ. Majoriteten av dessa sökte aktivt information i massmedia och litteratur på grund av personligt engagemang och intresse i området. Av sjuksköterskorna var det 20 % som hade vidareutbildning och 8 % hade fått utbildning på deras arbetsgivares initiativ.

4.2.3 Sjuksköterskans agerande

Inom områden som familjehälsovården, arbetade barnmorskor ofta i nätverk med andra yrkesgrupper som socialarbetare och annan vårdpersonal. Detta ansågs skapa ett mer holistiskt bemötande och de såg till hela livssituationen hos kvinnan. När en kvinna upplevdes stressad, kunde vissa barnmorskor erbjuda mer inbokade möten på kliniken. De agerade också broar när det fanns tveksamheter vad gällde professionellt psykologiskt stöd. En strategi var att barnmorskorna försökte kartlägga om kvinnan hade ett socialt nätverk omkring sig. Socialisering bland de somaliska kvinnorna bidrog till att de kunde söka hjälp trots bristande stöd från närstående. Dock var det svårt att avgöra om det informella stödet var tillräckligt och om de somaliska kvinnorna vågade dela sina erfarenheter av våld mellan varandra. Vidare ansåg deltagarna att de skulle vara stödjande och kunna ge rådgivning till kvinnor som blivit utsatta för våld. Vikten av att avsätta tid för att lyssna utan att avbryta ansågs vara grunden i samtalet med kvinnorna. Om det avslöjades att kvinnan utsatts för våld av sin partner behövde detta prioriteras även om det innebar att ge upp egen tid (Byrskog et al., 2015).

Enligt Brykczynski et al. (2011) beskrev en sjuksköterska liknelsen av att lämna ett våldsamt förhållande med att sluta röka. Hon menade att ju fler gånger man försöker att sluta röka, desto större är chansen att lyckas. Samma princip kunde gälla våldsutsatta kvinnor och sjuksköterskorna behövde upprepade gånger försöka få kvinnan att lämna relationen. Sjuksköterskan beskrev också det ansvar som de hade, vilket var att erbjuda hjälp till

patienter som upprepade gånger anmälde våld i nära relationer, oavsett om patienten följde sjuksköterskans råd eller inte. Sjuksköterskan ansåg att de skulle vara stödjande, inge trygghet och tilldela ett telefonnummer till en stödlinje. Ben Nathan, Ben Ari, Bader och Hallak (2012) utförde en studie som visade att 85 % av sjuksköterskorna rapporterade att de hade gett information om hjälp och rådgivning till de utsatta kvinnorna. Det var 83 % som rapporterade att de hade dokumenterat mötet med kvinnorna och 75 % rapporterade att de hade bokat uppföljningsmöten.

Sjuksköterskor uppmuntrade kvinnorna att lämna det våldsamma förhållandet. En av de viktigaste faktorerna i den terapeutiska dialogen var förståelse för kvinnans långa process att lämna den våldsamma mannen. Andra faktorer var att stärka kvinnans självsäkerhet, upplysa henne om konsekvenserna av att stanna i förhållandet och ge henne insikt om situationen. Vidare beskrev sjuksköterskorna deras uppföljningsstrategier, vilket ofta handlade om att involvera socialarbetarna. Det var oftast sjuksköterskorna som presenterade socialarbetaren för kvinnan. Vissa av sjuksköterskorna försökte ringa kvinnan dagen efter mötet. En sjuksköterska berättade att kvinnorna uppskattade att de blev uppringda. Ingen av kvinnorna undvek sådan kontakt, men några ansåg att de blev kontaktade för tidigt. En sjuksköterska berättade om hennes engagemang när hon mötte en kvinna som besökte vårdcentralen med hennes partner. Sjuksköterskan tog kvinnan genom en bakdörr och hon fick prata med en kurator. Under tiden väntade hennes man utanför doktors dörr i tron om att läkaren pratade med kvinnan. Sjuksköterskorna ansåg att i deras arbete som vårdpersonal var de skyldiga att vara neutrala gentemot patienter förutom när det kom till våld. Det var viktigt att kvinnorna skulle förstå att ingen har rätt till att misshandla en annan person (Hägglom & Möller, 2006).

5. DISKUSSION

5.1 Metoddiskussion

Genom hela arbetsprocessen användes ett kritiskt förhållningssätt till de olika momenten och delarna i arbetet (*Jfr. Friberg, 2012, s. 133-135*). Det sökningsförfarande som valdes beslutades att användas efter att tidigare provsökningar inte gett önskat resultat relaterat till syftet. För att finna ett begrepp som motsvarade ordet bemötande användes Svensk Mesh där det engelska ordet nurse-patient relations var ett av alternativen. Begreppet beskriver samspelet mellan sjuksköterskan och patienten, vilket bäst beskrev bemötandet relaterat till denna litteraturöversikts syfte. En avgränsning som gjordes vid sökningen var att artiklarna inte fick vara äldre än tio år, detta för att litteraturöversikten skulle bygga på det senaste inom forskningen. En nackdel med detta var att viss forskning selektivt försvann och inte presenterades i resultatet, trots att det ännu kan vara aktuellt.

En svaghet vid granskningen av artiklarna är att författarna av litteraturöversikten har en begränsad erfarenhet vad gäller att bedöma kvalitén av artiklar. Därför valdes noggrant mallar ut till arbetet med granskningen för att underlätta processen.

Eftersom litteraturöversikten endast presenterar en begränsad del av all forskning är det lätt att felaktiga slutsatser dras. Därför har nödvändiga åtgärder vidtagits för att styrka litteraturöversiktens resultat genom att följa en induktiv analys (*Jfr. Friberg, 2012, s. 127-129*). Båda författarna bearbetade data från alla artiklarna, tolkade och översatte texten tillsammans vilket styrker trovärdigheten då risken för feltolkningar minimeras (*Jfr. Polit & Beck, 2012, s. 566*).

Artiklar som handlade om familjevåld exkluderades då begreppet även omfattas av att barn blir utsatt eller vittne till våldet (*Jfr. Socialstyrelsen, 2016*). Fokus i artiklarna i denna litteraturöversikt skulle vara bemötandet av den utsatta kvinnan, därför uteslöts en artikel vid urvalet. Inklusionskriterier var att sjuksköterskorna skulle vara legitimerade men att de kunde arbeta inom alla verksamhetsområden samt att artiklarna skulle handla om våld i nära relationer. Efter att induktivt analyserat alla artiklar gjordes valet att inkludera två

stycken artiklar där studien baserats både på sjuksköterskor och andra yrkesgrupper om man tydligt kunde särskilja vem som sagt vad. Detta för att artiklarna ändå uppfyllde syftet som skulle besvaras.

Litteraturoversikten baseras slutligen på tre kvantitativa och åtta kvalitativa artiklar. Resultatdelen består av två huvudrubriker med två respektive tre underrubriker vardera. Eftersom syftet var att studera sjuksköterskors perspektiv på att bemöta våldsutsatta kvinnor blev det naturligt att resultatet omfattar övervägande del av kvalitativa artiklar, vilket ger en djupare och mer nyanserad förståelse. De kvantitativa artiklarna bringar ändå en bild över hur en större grupp kan se på bemötande då de kvantitativa studierna baseras på ett större antal deltagare.

5.2 Resultatdiskussion

Syftet med denna litteraturoversikt var att belysa sjuksköterskans perspektiv på bemötandet av den våldsutsatta kvinnan. Resultatet visar de hinder som orsakar ett bristande möte mellan sjuksköterskan och den våldsutsatta kvinnan, vad sjuksköterskan gör för att förhindra detta vårdlidande samt hur en sjuksköterska bör bemöta och agera på bästa möjliga sätt.

Skapa en relation

Joyce Travelbee beskriver olika interaktionsfaser för att uppnå en mellanmänsklig dimension. Den första fasen handlar om *det första mötet* som präglas av att individerna är främmande för varandra. Här får man ett intryck och en känsla av den andres personlighet. Travelbee menar att sjuksköterskans förmåga att öppna ögonen för patienten bygger på hennes förmåga att släppa sina egna uppfattningar och intryck, samt hennes intresse för att se andra människor som enskilda individer (Kirkevold, 2000, s. 134-135). För att den våldsutsatta kvinnan ska känna sig trygg i sjuksköterskans närvaro krävs det att förutfattade meningar och fördomar negligeras, vilket framgår i ett flertal studier (Brykczynski et al., 2011; Goldblatt, 2009; Sundborg et al., 2015; Tower et al., 2012). Ett bra bemötande bygger på att kvinnorna behöver bli behandlade med respekt och bli tagna på allvar. Sjuksköterskans bemötande betraktas

som det mest betydelsefulla eftersom ett dåligt bemötande kan leda till att patienter undviker att söka vård och lidandet kan därmed kvarstå. Således har sjuksköterskan en viktig roll för kvinnans handlingar i fortsättningen. Det är också viktigt att inte förbise att kvinnorna kan ha svårt att inse vilken situation dem faktiskt befinner sig i. En sjuksköterska i Vieira et al. (2013) hade samstämmiga åsikter. Hon ansåg att sjuksköterskorna behöver prata enskilt med kvinnan, respektera henne, hålla dörren stängd under pågående samtal, undvika fördomar och slutligen försöka hjälpa kvinnan. Watt, Bobrow och Moracco (2008) framhävde att en orsak till att kvinnorna hade svårt att berätta om sin situation var på grund av låg känsla av egenvärde och skam kopplad till rädsla för att dömas av vårdgivare.

En sjuksköterska försökte förstå varför inte kvinnan lämnade sin våldsamma man. Hon nämnde orsaker som att kvinnorna skäms över situationen, att de är rädda för att bli ensamma samt att uppfostra barnen själva (Goldblatt, 2009). En annan studie överensstämmer med detta då kvinnorna kände skam för deras situation, de fruktade social stigmatisering och de var rädda att förlora sin familj. En sjuksköterska berättade att det fanns kvinnor som blev slagna genom hela livet men de klagade aldrig på grund av rädslan för mannen. De var rädda att förlora barnen och sina hem (Vieira et al., 2013). I ytterligare en studie framkom uppfattningen om att den våldsutsatta kvinnans valmöjligheter minskade när hon var ekonomiskt beroende av sin man, vad gäller att försörja barnen och betala huset (Watt et al., 2008). Vid första mötet är det viktigt att vägleda kvinnan, lyssna på henne, inge stöd och trygghet men framförallt att stärka henne till att förändra sin livssituation. Det framkommer tydligt att kvinnan underskattar sig själv och sin egen förmåga att lämna den fasansfulla relation hon befinner sig i. För att kunna motivera kvinnan till att lämna mannen krävs det att sjuksköterskan sätter sig in i kvinnans situation och inte pressar henne. Sjuksköterskan bör vara medveten om och förstå den långa process som krävs för att uppnå målet att lämna sin man. Sjuksköterskan måste även vara tydlig med att hon finns där för kvinnan, precis som Kirkevold (2000, s. 134-135) beskriver i den andra interaktionsfasen som omfattar *framväxt av identiteter*. Där försvinner uppfattningarna om den andre gradvis och ett band mellan sjuksköterskan och patienten skapas. Sjuksköterskan får en förståelse för patientens upplevelse och patienten börjar betrakta sjuksköterskan som en individ istället för en roll.

Känslomässigt engagemang

Resultatet presenterar olika upplevelser hos sjuksköterskorna i mötet med den våldsutsatta kvinnan. Sjuksköterskorna upplevde känslor som nedstämdhet, frustration, hjälplöshet, maktlöshet, ångest, stress och hade svårt att skilja på sina egna och kvinnans känslor (Goldblatt, 2009; Häggblom & Möller, 2006; Tower et al., 2012; Van der Watt et al., 2013).

Travelbee beskriver den tredje interaktionsfasen som omfattar *empati*. Hon menar att empati består i en förmåga att gå in i och förstå en annan individs psykologiska tillstånd. Empati innebär att man förstår meningen i den andres tankar och känslor och man upplever den andre personens personlighet tydligare än annars. Den näst sista interaktionsfasen består av *sympati* vilket kännetecknas av medkänsla. Travelbee menar att sympati är en attityd, ett sätt att tänka och en känsla som förmedlas till den andre personen. Sympati har förmågan att lindra lidande genom att den lidande personen inte känner sig ensam med sin börda (Kirkevold, 2000, s. 135-136). Det är viktigt att sjuksköterskan visar den våldsutsatta kvinnan att hon förstår och låter henne berätta om sina erfarenheter. Det är också viktigt att sjuksköterskan lär sig att hantera sina egna känslor så att det inte påverkar hennes välmående negativt. Kvinnan bör känna sig säker på att hon har ett stabilt stöd att vända sig till. Däremot fanns det sjuksköterskor i en studie av Goldblatt (2009) som inte alls ville involvera sig känslomässigt och var bekväma med det. De ansåg att det var ett oprofessionellt agerande.

Frustration upplevdes ofta i mötet med den våldsutsatta kvinnan (Goldblatt, 2009; Häggblom & Möller, 2006). Detta bekräftas i en annan studie då frustration uppstod hos sjuksköterskor när kvinnorna valde att gå tillbaka till deras våldsamma män och många hade svårt att förstå varför. Det kunde leda till att sjuksköterskorna undvek att fråga om våld. Frustration kunde också uppstå om de inte fick någon respons av kvinnorna när de erbjöd hjälp eller när kvinnorna valde att inte anmäla mannen (Robinson, 2010). Den känslomässiga utmaningen att arbeta med våldsutsatta kvinnor var att bevittna avslöjandet av misshandeln. Detta ansågs vara en smärtupplevelse som framkallade starka känslor såsom ilska, frustration, oro, hjälplöshet och tvivel om sin professionella förmåga. En annan sjuksköterska hade svårt att separera sina egna känslor från den utsatta kvinnans. Hon försökte intala sig

själv att det var kvinnans berättelse och inte hennes egen. Däremot ansågs det vara positivt när kvinnan berättade om sin situation. Sjuksköterskorna kände sig hedrade över att kvinnorna kunde öppna sig för dem. En deltagare berättade att hon beundrade och respekterade dessa kvinnor, att de var hennes hjältar (Webster, Sangster Bouck, Wright & Dietrich, 2006). Resultatet framhäver att mötet med den våldsutsatta kvinnan är förenat med olika känslor hos sjuksköterskan. Att se kvinnan och hennes svåra situation kunde hanteras på olika sätt. Rädslan som uppstår hos många sjuksköterskor kan leda till att de väljer att inte se och undviker att möta kvinnans lidande. Därför bör även personalen få hjälp och stöd i situationen.

Att ställa frågan

Resultatet visar att den våldsutsatta kvinnan har svårt att öppna upp sig och sjuksköterskan har svårt att närma sig frågan (Brykczynski et al., 2011; Häggblom & Möller, 2006; Lazenbatt et al., 2009; Sundborg et al., 2015). Det som är viktigt att poängtera här är kommunikationen, som är av största vikt för att kunna identifiera en misshandel. Travelbee beskriver i sin omvårdnadsteori (Kirkevold, 2000, s. 136) att ett av sjuksköterskans viktigaste redskap är kommunikation. Travelbee menar att kommunikation är en förutsättning för att uppnå målet för omvårdnaden, nämligen att hjälpa patienten att bemästra lidande.

Studier av Byrskog et al. (2015); Sundborg et al. (2012) visade att det fanns en osäkerhet över hur frågorna skulle ställas. Indirekta frågor ställdes till kvinnorna på grund av rädsla för att skrämma dem. Sjuksköterskorna var rädda för svaret och de var rädda för att kränka kvinnans integritet. DeBoer, Kothari, Kothari och Rohs Jr (2013) bekräftar detta då 77 % av 156 sjuksköterskor ansåg att de var obekväma med att ställa frågor om våld. Trots detta ansåg 93 % att de inte skulle förlora patientens förtroende om ämnet kom på tal med kvinnorna. Vidare var det ungefär hälften av alla 488 deltagare i en studie av Leppäkoski, Åstedt-Kurki och Paavilainen (2010) som rapporterade att de hade haft problem ofta eller ibland med att identifiera våld i nära relationer. Endast 6 % av deltagarna rapporterade att de aldrig hade haft problem. Orsaker till att det var svårt identifiera våldet var på grund av att de inte visste hur man gick tillväga för att ställa frågan eller hur de skulle ingripa utan att invadera kvinnornas privatliv. Rapporten från Socialstyrelsen (2014) visar dock att det inte är

tillräckligt att endast fråga om våld. Utan strategier för att följa upp den våldsutsatta kvinnan är av avgörande betydelse för att positiva hälsoeffekter ska uppnås och att våldsutsatthet ska minska. Socialstyrelsen framhäver också forskning som visar att frågor om våld kombinerat med interventioner som rådgivning leder till att kvinnovåldet reduceras.

Arbetslivserfarenhet ansågs vara en tillgång i mötet med våldsutsatta kvinnor. Genom erfarenhet kunde sjuksköterskorna med hjälp av sin intuition identifiera en misshandel. Deltagarna fick en avvikande känsla när kvinnornas händelser inte hörde samman med skadorna eller när hennes partner upplevdes överbeskyddande (Hägglom & Möller, 2006; Sundborg et al., 2012). En annan studie stärker detta då deltagare (4 %) upplevde att kvinnorna inte berättade hela sanningen. Vidare var det 35 stycken deltagare som rapporterade att kvinnors förklaringar till deras skador var oförenliga med skadorna på kropparna, men deras berättelser upplevdes ändå trovärdiga (Leppäkoski et al., 2010). Sjuksköterskor ansåg att det var enklast att fråga om våld när det fanns tydliga tecken på skador. I samma studie var åsikten att alla kvinnor skulle frågas oavsett tydliga tecken eller inte (Sundborg et al., 2015). En annan studie bekräftar detta då de flesta av sjuksköterskorna (92 %) ansåg att alla patienter behöver screenas för våld i nära relationer, oavsett om det finns tydliga skador eller inte (DeBoer et al., 2013). Det finns dock fakta som beskriver att det oftast inte finns tydliga tecken på våld men om man är uppmärksam och har kunskap om våld så ökar chanserna för att upptäcka våldsutsattheten (Socialstyrelsen, 2014). Rädslan för att fråga om våld leder till att identifieringen av våldsutsatta kvinnor blir begränsad, kvinnorna tappar förtroende för vården och problemet kan kvarstå. Om sjuksköterskan är mer säker, om det finns tydliga riktlinjer och om man frågar vid minsta misstanke ökar chansen för kvinnan att känna sig prioriterad och bekräftad vilket i sin tur skulle minska hennes lidande.

Tidsbrist var ett annat vanligt förekommande problem i frågan om våld (Goldblatt, 2009; Sundborg et al., 2012; Sundborg et al., 2015;). Detta överensstämmer med en annan studie då några deltagare beskrev att det var svårt att koncentrera sig på att lyssna på kvinnorna eftersom att de redan var upptagna med annat arbete. Det fanns ingen tid att inrikta sig på ärendet och det fanns inget tyst rum för att kunna intervjua patienterna (Leppäkoski et al.,

2010). Tidsbristen nämndes också som ett hinder för att fråga om våld från annan forskning (Socialstyrelsen, 2014). En studie lyfte istället fram vikten av att skapa tid för patienterna. Tid i kombination med att lyssna utan att avbryta var grunden i samtalet (Byrskog et al., 2015). Tidsbrist är uppenbarligen ett hinder vid identifikationen av kvinnovåldet. Vårdpersonal kan undvika att ställa frågan på grund av det extraarbete som medförs vid bekräftad misshandel. Varpå detta blir ytterligare ett problem när vårdpersonalen väljer att undvika att ställa frågan. Detta belyser vikten av att arbetsledningen gör det möjligt för vårdpersonalen att kunna avsätta tid för att erbjuda kvinnan ett så bra omhändertagande som hon förtjänar. Studien av Häggblom och Möller (2006) påvisade att ett annat problem som framkom var att kvinnans partner många gånger var med vid besöken. Leppäkoski et al. (2010) framhävde att 3 % av deltagarna i deras studie rapporterade att kvinnans partner inte brukade lämna henne ensam med sjukvårdspersonalen utan höll ett öga på henne. Socialstyrelsen (2014) stärker detta då det framkommer att partnern utgör det största hindret för personalen att fråga kvinnan om våld.

En god vård är att tillgodose patientens trygghet i vården. Det ska bygga på respekt för patientens självbestämmande och integritet (Hälso- och sjukvårdslagen [HSL], SFS 1982:763, 2 a §). Detta innebär att det måste finnas ett tydligt ansvar när det kommer till att upptäcka och identifiera våld mot kvinnor vid det medicinska och psykosociala omhändertagandet i hälso- och sjukvården. Enligt Sundborg et al. (2015) uppstod skilda åsikter angående vem som har ansvaret att ingripa när kvinnovåld förekommer. Distriktsjuksköterskorna ansåg att det var läkarnas ansvar att identifiera våldet. Deltagare (92 %) i studien av DeBoer et al. (2013) ansåg motsatsen, de tyckte att ansvaret var sjuksköterskans, inte läkarens. Socialstyrelsen (2014) beskriver att barnmorskor ansåg att det var deras skyldighet att fråga om våld, annars hade de inte gjort sitt bästa i arbetet.

Vikten av utbildning

Bristen på kunskap uppmärksammas i majoriteten av artiklarna (Byrskog et al., 2015; Häggblom & Möller, 2006; Sundborg et al., 2012; Tower et al., 2012). En annan studie påvisade att sjuksköterskor hade bristande kunskaper om hur screening ska utföras. En sjuksköterska ansåg att personalen inte var tillräckligt utbildad för att veta vilka frågor som

skulle ställas. Även när det fanns särskilda riktlinjer för screening av våld i parrelationer var sjuksköterskorna ovetande om dessa (Robinson, 2010). Det framkom dock i en studie att 56 % av sjuksköterskorna var överens om att de var lämpligt utbildade för att känna igen tecken och symtom på våld i nära relationer, men 44 % upplevde motsatsen (DeBoer et al., 2013). Fakta påvisar att kunskap om våld hos sjukvårdspersonalen är av stor vikt eftersom att det oftast är dem som möter de våldsutsatta kvinnorna i det första akuta skedet. Kvinnorna behöver få rätt hjälp och hänvisning till andra instanser. Vårdgivaren bör se till att personalen har tillräckliga kunskaper inom ämnet för att kunna tillgodose patientens behov, en kunskap som innebär hur frågan ska ställas och hur man går vidare för att hjälpa och stödja kvinnan på bästa sätt (Socialstyrelsen, 2014). Det framkommer att det är sparsamt med verktyg för sjuksköterskan att kunna erbjuda rätt hjälp och stöd till våldsutsatta kvinnor. Detta medför att sjuksköterskan undviker att ingripa. Denna onda cirkel som uppstår mellan sjuksköterskan och den våldsutsatta kvinnan måste upphävas genom utbildning inom ämnet samt att problemet uppmärksammas till en högre nivå.

Sjuksköterskor ville få bättre kunskaper inom ämnet och letade information på eget initiativ (Hägglom & Möller, 2006; Sundborg et al., 2012). Professionella utvecklingsmöjligheter efterfrågades också av deltagarna i studien av Webster et al. (2006) som kunde öka deras självsäkerhet att arbeta med våldsutsatta kvinnor. Sjuksköterskor ville lära sig av andra yrkesgrupper genom att ta efter deras effektiva åtgärder när det kom till att ställa frågan om våld och hur de skulle följa upp åtgärderna. Några deltagare ville införa mentorskap och andra ville lära sig mer om rådgivning och vilka samhällsresurser som finns att tillgå som skyddsrum. Detta för att bättre kunna förbereda kvinnorna hur andra instanser kommer att hjälpa dem.

Sjuksköterskans agerande

Joyce Travelbees avslutningsfas är *ömsesidig förståelse och kontakt*. Detta är en fas som har byggts upp genom föregående faser och sjuksköterskan och patienten delar varandras tankar, känslor och attityder. Relationen som har skapats är ett resultat av att sjuksköterskan kontinuerligt har lindrat patientens plågor (Kirkevold, 2000, s. 136).

Resultatet ger flertal exempel på hur sjuksköterskor agerar när hon möter kvinnor som utsatts för våld i nära relationer. Ett sätt att lindra kvinnans lidande var att stötta henne och finnas som ett psykologiskt stöd (Byrskog et al., 2015). Ett annat sätt var att motivera kvinnan att lämna mannen och erbjuda hjälp att hantera den situation kvinnan befann sig i (Brykczynski et al., 2011; Häggblom & Möller, 2006). Många studier visade också att sjuksköterskorna kontaktade kvinnan som blivit utsatt för våld för att följa upp problemet och se hur det gick för henne (Ben Nathan et al., 2012; Byrskog et al., 2015; Häggblom & Möller, 2006). En annan studie visade liknande åtgärder som sjuksköterskor använde för att agera vid våld. Vilka var att involvera olika professioner som psykiatriker, socialarbetare och polis, ge emotionellt stöd och trygghet samt motivera kvinnan till att lämna hennes man. En sjuksköterska berättade att när en kvinna ljög om vad som hade inträffat försökte hon få henne att verkligen inse allvaret genom att titta på skadorna. Hon talade om för kvinnan att hennes skador var typiska skador som uppstår när en människa medvetet har slagit en annan. Vidare belystes vikten av att agera trots att den våldsutsatta kvinnan inte ville erhålla någon hjälp (Watt et al., 2008).

En sjuksköterska berättade:

I would just say you don't have to call [for help] right now, you don't even have to go to a social worker or to a support group right now, but I would just try to tell her just take down this number, just take it, you don't have to call it. . . . Just have it and just see, 'cause maybe one morning you'll wake up and you might want to call someone that will listen to you and be there for you. (Watt et al., 2008, s. 721-722)

För att kunna hjälpa en våldsutsatt kvinna på bästa sätt måste sjuksköterskan behandla mer än bara det medicinska och inte blunda för ytterligare skador som behöver behandlas. Vidare bör en förnyad och omvärderad kunskap som leder till nya insikter och attityder ersätta det som möjliggör kvinnovåldets omfattning.

6. SLUTSATS

Det förekommer många brister i mötet mellan sjuksköterskan och den våldsutsatta kvinnan. Sjuksköterskan upplevde rädsla och osäkerhet i mötet vilket bidrog till att det var svårt att fråga kvinnan om våld. När kvinnovåldet bekräftades framkallades olika känslor hos sjuksköterskan och hon blev känslomässigt engagerad, på gott och ont. Sjuksköterskan agerade i situationen genom att vidta olika åtgärder, agera med ett psykologiskt stöd och erbjuda kvinnan hjälp.

Ett sätt att minska osäkerhet kan vara att införa simuleringar eller utbildningsdagar för att lära sig samtalsmetodik relaterat till våld i nära relationer. På så sätt kan det stärka självsäkerheten hos sjuksköterskor och övrig vårdpersonal att våga bemöta problemet. Något som skulle förbättra dialogen i mötet med kvinnan är att införa screening som en daglig del i arbetet. Frågor om våld blir därmed en naturlig del av sjuksköterskans arbete i mötet med kvinnan. Vidare bör det förslagsvis finnas utarbetade handlingsplaner om hur personalen bäst kan bemöta våld i nära relationer. Ytterligare ett förslag är att införa ämnet i sjuksköterskeutbildningen. Detta för att förebygga hinder och osäkerhet inför arbetslivet. Slutligen bör det ske en förändring på organisatorisk, strukturell och individuell nivå för att förbättra omhändertagandet av våldsutsatta kvinnor.

7. REFERENSLISTA

Bemötande. (u.å). I *Nationalencyklopedin*. Hämtad 18 maj, 2016, från <http://www.ne.se/uppslagsverk/ordbok/svensk/bem%C3%B6tande>

* Ben Nathan, M., Ben Ari, G., Bader, T., & Hallak, M. (2012). Universal screening for domestic violence in a department of obstetrics and gynaecology: a patient and carer perspective. *International Nursing Review*, 59(1), 108-114. doi:10.1111/j.1466-7657.2011.00927.x

Bradbury-Jones, C., Duncan, F., Kroll, T., Moy, M., & Taylor, J. (2011). Improving the health care of women living with domestic abuse. *Nursing Standard*, 25(43), 35-40. doi:<http://dx.doi.org/10.7748/ns2011.06.25.43.35.c8594>

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

* Byrskog, U., Olsson, P., Essén, B., & Klingberg Alvin, M. (2015). Being a bridge: Swedish antenatal care midwives' encounters with Somali-born women and questions of violence; a qualitative study. *BMC Pregnancy and Childbirth*, 15(1). doi:10.1186/s12884-015-0429-z

DeBoer, M.I., Kothari, R., Kothari, C., Koestner, A.L., & Rohs Jr, T. (2013). What Are Barriers to Nurses Screening for Intimate Partner Violence?. *Journal of Trauma Nursing*, 20(3). doi:10.1097/JTN.0b013e3182a171b1

Frenzel, A. (2014). *Brott i nära relationer: En nationell kartläggning* (Rapport, 2014:8) Stockholm: Brottsförebyggande rådet. Från https://www.bra.se/download/18.9eaaede145606cc8651ff/1399015861526/2014_8_Brott_i_nara_relationer.pdf

Friberg, F. (2012). Att bidra till evidensbaserad omvårdnad med grund i analys av kvalitativ forskning. I F. Friberg (Red.), *Dags för uppsats: Vägledning för litteraturbaserade examensarbeten* (s. 121-132). Lund: Studentlitteratur.

Friberg, F. (2012). Att göra en litteraturoversikt. I F. Friberg (Red.), *Dags för uppsats: Vägledning för litteraturbaserade examensarbeten* (s. 133-143). Lund: Studentlitteratur.

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

* Häggblom, 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

Kirkevold, M. (2000). *Omvårdnadsteorier: Analys och utvärdering*. Lund: Studentlitteratur.

Larsen, M. M., Krohn, J., Puschel, 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

* Lazenbatt, A., Taylor, J., & Cree, L. (2009). A healthy settings framework: an evaluation and comparison of midwives' responses to addressing domestic violence. *Midwifery*, 25(6), 622-636. doi:10.1016/j.midw.2007.11.001

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

Lundgren, E., Heimer, G., Westerstrand, J., & Kalliokoski, A.M. (2001). *Slagen Dam: Mäns våld mot kvinnor i jämställda Sverige* [Broschyr]. Umeå: Brottsoffermyndigheten. Från <http://www.brottsoffermyndigheten.se/Filer/B%C3%B6cker/Slagen%20dam.pdf>

Malmquist, J., Arvidsson, U., Holmqvist, L., & Eliasson, M. (u.å). Kvinnomisshandel. I *Nationalencyklopedin*. Hämtad 13 maj, 2016, från <http://www.ne.se/uppslagsverk/encyklopedi/l%C3%A5ng/kvinnomisshandel>

Nationellt Centrum för Kvinnofrid. (2015). *Våld i nära relationer: Omhändertagande av kvinnor utsatta för fysiskt, psykiskt eller sexuellt våld* [Broschyr]. Uppsala: Nationellt Centrum för kvinnofrid. Från <http://kunskapsbanken.nck.uu.se/nckkb/nck/publik/fil/visa/503/nck-lul-wardprogram-vald-i-nara-relationer-2015.pdf>

Nationellt Centrum för Kvinnofrid. (2016). *Mäns våld mot kvinnor: Ett globalt perspektiv*. Hämtad 18 maj, 2016, från Nationellt Centrum för Kvinnofrid, http://nck.uu.se/Kunskapscentrum/Kunskapsbanken/amnen/Mans_vald_mot_kvinnor/Mans_vald_mot_kvinnor_arnesguide/

Nationellt Centrum för Kvinnofrid. (u.å.). *Våld i nära relationer*. Hämtad 7 oktober, 2016, från Nationellt Centrum för Kvinnofrid, <http://nck.uu.se/kunskapsbanken/arnesguider/vald-i-nara-relationer/vald-i-nara-relationer/>

Polit, D.F., & Beck, C. T. (2012). *Nursing Research: Generating and Assessing Evidence for Nursing Practice* (10th ed.) Philadelphia: Wolters Kluwer.

Pratt-Eriksson, D., Bergbom, I., & Lyckhage, E.D. (2014). Don't ask don't tell: Battered women living in Sweden encounter with healthcare personnel and their experience of the care given. *International Journal of Qualitative Studies on Health and Well-being*, 9. doi:<http://dx.doi.org/10.3402/qhw.v9.23166>

Robinson, R. (2010). Myths and stereotypes: how registered nurses screen for intimate partner violence. *Journal of Emergency Nursing*, 36(6), 572-576. doi:10.1016/j.jen.2009.09.008

SFS 1982:763. *Hälso- och sjukvårdslag*. Hämtad 16 oktober, 2016, från Riksdagen, http://www.riksdagen.se/sv/dokument-lagar/dokument/svensk-forfattningssamling/halso-och-sjukvardslag-1982763_sfs-1982-763

SFS 2010:659. *Patientsäkerhetslag*. Hämtad 16 oktober, 2016, från Riksdagen, https://www.riksdagen.se/sv/dokument-lagar/dokument/svensk-forfattningssamling/patientsakerhetslag-2010659_sfs-2010-659

Socialstyrelsen. (2014). *Att vilja se, vilja veta och att våga fråga: Vägledning för att öka förutsättningarna att upptäcka våldsutsatthet* [Broschyr]. Stockholm: Socialstyrelsen. Från <http://www.socialstyrelsen.se/Lists/Artikelkatalog/Attachments/19568/2014-10-30.pdf>

Socialstyrelsen. (2015). *Att mötas i hälso- och sjukvård: Ett utbildningsmaterial för reflektion om bemötande och jämlika villkor* [Broschyr]. Stockholm: Socialstyrelsen. Från <http://www.socialstyrelsen.se/Lists/Artikelkatalog/Attachments/19620/2015-1-5.pdf>

Socialstyrelsen. (2016). *Våld: Handbok om socialtjänstens och hälso-och sjukvårdens arbete med våld i nära relationer* [Broschyr]. Stockholm: Socialstyrelsen. Från <http://www.socialstyrelsen.se/Lists/Artikelkatalog/Attachments/20252/2016-6-37.pdf>

Statens beredning för medicinsk utvärdering. (2014). *Utvärdering av metoder i hälso- och sjukvården: En handbok* [Broschyr]. Stockholm: Statens beredning för medicinsk utvärdering. Från <http://www.sbu.se/globalassets/ebm/metodbok/sbushandbok.pdf>

Statens beredning för medicinsk utvärdering. (u.å.). *Vår metod*. Hämtad 19 maj, 2016, från Statens beredning för medicinsk utvärdering, <http://www.sbu.se/sv/var-metod/>

* 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). doi: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*. doi: 10.1111/jocn.12992

* Tower, M., Rowe, J., & Wallis, M. (2012). Reconceptualising health and health care for women affected by domestic violence. *Contemporary Nurse*, 42(2), 216-225. doi:<http://dx.doi.org/10.5172/conu.2012.42.2.216>

* Van der Watt, A., Van Wyk, N., & Janse van Rensburg, E. (2013). Emergency nurses' experiences of caring for survivors of intimate partner violence. *Journal of Advanced Nursing*, 69(10), 2242-2252. doi:10.1111/jan.12099

Vetenskapsrådet. (2002). *Forskningsetiska principer: Inom humanistisk-samhällsvetenskaplig forskning* [Broschyr]. Stockholm: Vetenskapsrådet. Från http://www.gu.se/digitalAssets/1268/1268494_forskningsetiska_principer_2002.pdf

Vieira, E. M., Ford, N. J., De Ferrante, F. G., de Almeida, A. M., Daltoso, D., & dos Santos, M. A. (2013). The response to gender violence among Brazilian health care professionals. *Cien Saude Colet*, 18(3), 681-690.

Watt, M. H., Bobrow, E. A., & Moracco, K.E. (2008). Providing support to IPV victims in the emergency department: vignette-based interviews with IPV survivors and emergency department nurses. *Violence Against Women*, 14(6), 715-726. doi: 10.1177/1077801208317290

Webster, F., Sangster Bouck, M., Wright, B. L., & Dietrich, P. (2006). Nursing the Social Wound: Public Health Nurses' Experiences of Screening for Woman Abuse. *Canadian Journal of Nursing Research*, 38(4), 136-153.

* 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. doi:10.1080/07399332.2013.794460

World Health Organization. (2016a). *Nursing*. Hämtad 13 maj, 2016, från World Health Organization, <http://www.who.int/topics/nursing/en/>

World Health Organization. (2016b). *Violence*. Hämtad 13 maj, 2016, från World Health Organization, <http://www.who.int/topics/violence/en/>

World Health Organization. (2016c). *Violence against women*. Hämtad 13 maj, 2016, från World Health Organization, <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs239/en/>

Bilaga 1.

Mall för bedömning av relevans

reviderad 2014

Författare: _____ År: _____ Artikelnummer: _____

1. Studiepopulation

Ja Nej Oklart Ej tillämpl

- a) Är den population som deltagarna togs från tydligt beskriven och relevant?
- b) Är sättet att rekrytera deltagare acceptabelt?
- c) Är studiens inklusionskriterier adekvata?
- d) Är studiens exklusionskriterier adekvata? ¹

2. Undersökt intervention

Ja Nej Oklart Ej tillämpl

- a) Är den undersökta interventionen relevant? ²
- b) Är den undersökta interventionen administrerad/utförd på ett korrekt sätt? ³
- c) Är den undersökta interventionen administrerad/ utförd på ett reproducerbart sätt? ⁴

3. Jämförelseintervention

Ja Nej Oklart Ej tillämpl

- a) Är jämförelseinterventionen relevant? ⁵
- b) Kan man utesluta att val av jämförelseintervention, dos eller administrationssätt/ utförande medfört ett systematiskt fel till förmån för endera interventionen?

4. Effektmått

Ja Nej Oklart Ej tillämpl

- a) Har undersökta effektmått klinisk relevans?

5. Studielängd ⁶

Ja Nej Oklart Ej tillämpl

- a) Är studiens längd adekvat?
- b) Är uppföljningstiden adekvat?

Total bedömning av studierelevans

Relevant

Inte relevant

Bilaga 2.

Mall för kvalitetsgranskning av studier med kvalitativ forskningsmetodik – patientupplevelser

reviderad 2014

SBU:s granskningsmall bygger på tidigare publicerat material [1,2], men har bearbetats och kompletterats för att passa SBU:s arbete.

Författare: _____ År: _____ Artikelnummer: _____

Total bedömning av studiekvalitet:

Hög

Medelhög

Låg

Anvisningar:

- Alternativet "oklart" används när uppgiften inte går att få fram från texten.
- Alternativet "ej tillämpligt" väljs när frågan inte är relevant.

1. Syfte

Ja Nej Oklart Ej tillämpl

a) Utgår studien från en väldefinierad
_____ problemformulering/frågeställning?

Kommentarer (syfte, problemformulering, frågeställning etc):

2. Urval

Ja Nej Oklart Ej tillämpl

a) Är urvalet relevant?

b) Är urvalsförfarandet tydligt beskrivet?

c) Är kontexten tydligt beskriven?

d) Finns relevant etiskt resonemang?

e) Är relationen forskare/urval tydligt beskriven?

Kommentarer (urval, patientkarakteristika, kontext etc):

3. Datainsamling

Ja Nej Oklart Ej tillämpl

- a) Är datainsamlingen tydligt beskriven?

- b) Är datainsamlingen relevant?

- c) Råder datamättnad?

- d) Har forskaren hanterat sin egen förståelse
i relation till datainsamlingen?

Kommentarer (datainsamling, datamättnad etc):

4. Analys

Ja Nej Oklart Ej tillämpl

- a) Är analysen tydligt beskriven?

- b) Är analysförfarandet relevant i relation
till datainsamlingsmetoden?

- c) Råder analysmättnad?

- d) Har forskaren hanterat sin egen
förståelse i relation till analysen?

Kommentarer (analys, analysmättnad etc):

5. Resultat

Ja Nej Oklart Ej tillämpl

- a) Är resultatet logiskt?

- b) Är resultatet begripligt?

- c) Är resultatet tydligt beskrivet?

- d) Redovisas resultatet i förhållande
till en teoretisk referensram?

- e) Genereras hypotes/teori/modell?

- f) Är resultatet överförbart till ett liknande
sammanhang (kontext)?

- g) Är resultatet överförbart till ett annat
sammanhang (kontext)?

Kommentarer (resultatens tydlighet, tillräcklighet etc):

Bilaga 3.

Kvalitetsutvärderingsmall för kvantitativa deskriptivstudier

A. Studiens syfte:

Är syftet tydligt beskrivet:

Ja Nej

Kommentarer: _____

Är frågeställningar tydligt beskrivna:

Ja Nej Inte applicerbart

Kommentarer: _____

Är designen lämplig utifrån syftet:

Ja Nej

Kommentarer: _____

B. Undersökningsgruppen

Vilka är inklusionskriterierna?

Vilka är

exklusionskriterierna?

Vilken urvalsmetod användes?

Är undersökningsgruppen representativ för den population man vill generalisera till?

Ja

Nej

Kommentarer: _____

Var

genomfördes undersökningen?

När

genomfördes undersökningen?

Kommentarer: _____

_____ Vilket

antal deltagare inkluderades? _____

Mätmetoder

Vilka mätmetoder användes?

Var reliabiliteten beräknad?

Ja Nej

Validiteten diskuterad?

Ja Nej

Kommentarer: _____

F. Analys och resultat

Var demografiska data liknande i jämförelsegrupperna?

Ja Nej Inte applicerbart

Kommentarer: _____

Hur stort var bortfallet?

Fanns en bortfallsanalys?

Ja

Nej

Kommentarer:

Vilka

statistiska analyser användes?

Vilka var

huvudresultaten?

Erhölls signifikanta skillnader?

Ja

Nej

Kommentarer:

Vilka slutsatser drar författarna?

Är slutsatserna troliga/rimliga?

Ja

Nej

Kommentarer:

G. Värdering

Kan resultaten generaliseras till annan population?

Ja Nej

Kommentarer: _____

Kan resultatet ha klinisk betydelse?

Ja Nej

Kommentarer: _____

Finns etiskt tillstånd?

Ja Nej

Kommentarer: _____

Har artikeln hög, medel eller låg kvalitet?

Hög Medel Låg

Motivering: _____

Bilaga 4.

Författare Årtal Land	Studiens syfte	Typ av studie	Deltagare (/bortfall)	Metod Datainsamling Analys	Huvudresultat	Kommentarer gällande kvalitet
Ben Natan et al. (2011) Israel	Undersöka effekterna av kunskap, avdelningsrutiner och attityder hos läkare och sjuksköterskor när det kommer till att identifiera kvinnor som blir utsatt för våld i hemmet, samt patienters attityder till screening.	Kvantitativ	n=133 (n=33) 20 % läkare. 80 % sjuksköterskor. n=150 (n=50) kvinnliga patienter.	Tvärsnittsstudie. Enkätundersökning (vårdpersonal). Telefonintervjuer (patienter). Deskriptiv statistik.	Både läkare och sjuksköterskor var motvilliga att utföra screening för att kartlägga våldsutsatta kvinnor. Patienterna ansåg dock att screening var avgörande för att motverka våld i hemmet.	Medel kvalitet
Brykczynski et al. (2011) USA	Få en djupare förståelse för hur specialistsjuksköterskor upplever att arbeta med kvinnor som blir utsatt för våld i nära relationer.	Kvalitativ	n=10 (ej angivet) Specialistsjuksköterskor inom psykiatri, familjehälsövård och barnmorskor.	Fenomenologisk studie. Narrativa individuella intervjuer. Tolkande analys.	Specialistsjuksköterskor visade att de besatt en stor kunskap om patienters upplevelser. Kunskap var grunden för att kunna hjälpa dessa kvinnor att överleva.	Medel kvalitet
Byrskog et al. (2015) Sverige	Undersöka på vilka olika sätt barnmorskor arbetar på mödravårdcentraler med att bemöta somaliska kvinnor, samt deras tillvägagångssätt att ta upp frågan om våld.	Kvalitativ	n=17 (ej angivet) Barnmorskor.	Beskrivande studie. Individuella intervjuer. Tematisk analys.	Barnmorskorna hade en önskan att arbeta på ett mer personcentrerat sätt, oavsett kultur eller etnisk bakgrund. Nästan alla deltagare frågade de somaliska kvinnorna om utsattheten för våld. Dock uppstod hinder på grund av kommunikationssvårigheter och annorlunda livssituationer.	Medel kvalitet

Goldblatt (2009) Israel	Undersöka hur omvårdnad av våldsutsatta kvinnor påverkar sjuksköterskors professionella och personliga erfarenheter.	Kvalitativ	n=22 (ej angivet) Kvinnliga sjuksköterskor	Fenomenologisk studie. Djupintervjuer. Tematisk innehållsanalys.	Sjuksköterskor upplevde bekymmer vad gäller de våldsutsatta kvinnorna och deras egna professionella omvårdnad. Bemötandet av dessa kvinnor utmanade sjuksköterskornas egna personliga och professionella attityder såväl som att det verkade på deras privata liv.	Medel kvalitet
Hägglom & Möller (2006) Finland	Undersöka sjuksköterskors vetskap av stöd till misshandlade kvinnor, deras erfarenheter av kvinnovåld samt sjuksköterskans roll som vårdgivare till dessa kvinnor.	Kvalitativ	n=10 (ej angivet) Kvinnliga sjuksköterskor	Grundad teori. Individuella intervjuer. Konstant jämförelse-analys.	Våld mot kvinnor fanns i små samhällen, vilket kunde innebära att sjuksköterskorna som arbetade på dessa orter kände invånarna. Att sjuksköterskor var engagerade och brydde sig om de utsatta kvinnorna och delgav deras kunskaper ansågs viktigt. Sjuksköterskornas brist på utbildning kompensades genom deras personliga mognad och säkerhetsåtgärder.	Hög kvalitet
Lazenbatt et al. (2009) Nordirland	Jämföra och visa hur barnmorskor som arbetar på sjukhus och i öppenvården bemöter misshandel	Kvantitativ	n=488 (n=495) Barnmorskor	Deskriptiv statistik. Enkätundersökning med Likertskalor och öppna frågor. Inferential statistik och	Trots att det fanns signifikanta skillnader mellan barnmorskor som arbetade på sjukhus och av	Medel kvalitet

	genom att utvärdera: Hur vanligt de tror att det är, vilken roll de anser att de har när det kommer till bemöta misshandeln, deras acceptans av rutinmässig screening och vilka hinder de möter när de frågar sina patienter om våld och misshandel.			krosstabulation.	dem som arbetade inom kommunen vad gäller våld i hemmet, underskattade båda grupperna dess förekomst.	
Sundborg et al. (2012) Sverige	Utvärdera hur förberedd sjuksköterskor var att identifiera och ge omvårdnad till kvinnor som utsatts för våld i nära relationer inom primärvården	Kvantitativ	n=192 (n=83) Sjuksköterskor	Deskriptiv statistik. Enkätundersökning. Logistisk regressionsanalys.	Brister fanns när det kom till att ge vård till kvinnor som exponerats för våld i nära relationer. Framst fanns organisatoriska och individuella tillkortakommanden. Många av sjuksköterskorna saknade kunskap om våld i nära relationer och delade samma syn på problemet som övriga samhället.	Hög kvalitet
Sundborg et al. (2015) Sverige	Få en djupare förståelse för distriktssköterskors erfarenheter vid bemötandet av kvinnor som är utsatta för våld i nära relationer.	Kvalitativ	n=11 (=9) Distriktssköterskor	Grundad teori studie. Individuella djupintervjuer. Öppen kodning och konstant-jämförelse analys.	Tvekan visade sig vara en central aspekt vid bemötande av våldsutsatta kvinnor. Flera hinder visade sig finnas för att våga fråga. Dock fanns det faktorer som underlättade att fråga. Sjuksköterskorna gick från att	Hög kvalitet.

					vara omedvetna om att det var deras uppgift att fråga om våld till att våga fråga.	
Tower et al. (2012) Australien	I fas II undersöker man vilka erfarenheter sjuksköterskor har att vårda kvinnor som blivit utsatt för våld i hemmet. Data kompletteras sedan med data från fas I. Detta för att utveckla sjuksköterskors kunskap när det kommer till hälsofrågor och service för kvinnor som blivit utsatt för misshandel.	Kvalitativ	n=12 (ej angivet) Akutsjuksköterskor och sjuksköterskor inom öppenvård.	Två-fas studie. Tolkande interaktion. Guidad intervju. Narrativ analys-teknik.	Det fanns en tydlig spänning i historierna när sjuksköterskor beskrev hur de bemött kvinnor som utsatts för våld i hemmet. Dessa spänningar påverkade också livet för de utsatta kvinnorna.	Medel kvalitet
Van der Wath et al. (2013) Sydafrika	Undersöka och beskriva kärnan av akutsjuksköterskors erfarenheter av att vårda överlevande från våld i nära relationer.	Kvalitativ	n=11 (ej angivet) Sjuksköterskor.	Fenomenologisk studie. Ostrukturerade intervjuer med öppna frågor. Beskrivande fenomenologisk analys.	Akutsjuksköterskor blev ofta vittnen till de emotionella och fysiska effekterna av våld i nära relationer. Exponering för sårbarhet och lidande som sjuksköterskorna mötte bidrog till sympati och emotionell stress. De var sedan kvar med känslomässiga och störande återkommande minnen.	Medel kvalitet
Williston & Lafreniere (2013) Kanada	Utvärdera hur primärvårdsgivare upplever att fråga patienter om våld i nära relationer. Samt hur de agerar	Kvalitativ	n=9 (ej angivet) n=6 familjeläkare n=3 sjuksköterskor.	Fenomenologisk studie Semistrukturerade intervjuer. Tolkande fenomenologisk analys.	Att fråga patienter om våld var en lång process, där målet var att upptäcka misshandeln	Medel kvalitet

	om misshandeln avslöjas eller förnekas.				samt att ge omvårdnad och stöd var en utmaning. En önskan fanns att kunna lösa problemet men de visste också att det var nödvändigt att släppa kontrollen för att skydda patienten och dem själva.	
--	---	--	--	--	--	--

Tabell 2.

