



Namn: Elin Bemark och Peter Lönn
Program: Sjuksköterskeprogrammet, 180 hp, Institutionen för
vårdvetenskap
Kurs: Självständigt arbete i vårdvetenskap, 15 hp, VKGT13, HT 22
Nivå: Grundnivå
Handledare: Ann-Charlotte Östensson
Examinator: Gail Dunberger

**Sjuksköterskors erfarenheter av att identifiera personer som
utsatts för våld i nära relation**

EN LITTERATURÖVERSIKT

**Nurses experiences of identifying people who have been
exposed to intimate partner violence**

A LITERATURE REVIEW

Sammanfattning

- Bakgrund:** Våld i nära relation är ett utbrett och omfattande samhällsproblem som får allvarliga följder. Var tredje kvinna världen över kommer någon gång under sin livstid att utsättas för våld av någon i sin närhet. Det kan vara svårt att upptäcka våldsutsatthet och många gånger väljer en våldsutsatt att inte berätta. Sjuksköterskan har därför en nyckelroll i att identifiera förekomst av våld i mötet med dessa patienter.
- Syfte:** Syftet var att beskriva sjuksköterskors erfarenheter av att identifiera personer som utsatts för våld i nära relation.
- Metod:** En litteraturoversikt baserad på elva artiklar varav sex kvalitativa och fem kvantitativa.
- Resultat:** Resultatet grundar sig på fyra kategorier: *Tidsbrist och andra hinder för screening, Otillräcklig utbildning i att hantera våldsutsatta personer, Att känna igen våldsutsatthet och hur man får en person att berätta och Sjuksköterskors känslomässiga påverkan.* Sjuksköterskor menar att de inte har tillräckligt med tid, kunskap, utbildning eller stöd för att upptäcka våld eller för att kunna hjälpa vid våldsutsatthet. De kände sig inte helt bekväma med att lyfta frågor om våld.
- Sammanfattning:** Det är komplext att ställa frågor om våld och identifiera våldsutsatthet. Det krävs förberedelse, utbildning, organisatoriskt stöd samt vägledning för att kunna identifiera och hjälpa. Att upptäcka och få ett avslöjande bygger på tillit och förtroende vilket kräver tid, engagemang, kunskap och erfarenhet.
- Nyckelord:** Sjuksköterskor, roll, erfarenhet, identifiera, screening, hinder, utbildning, våld i nära relation.

Abstract

Background: Intimate partner violence is a widespread and extensive societal problem that has serious consequences. Every third woman world wide will be exposed to violence by a partner at some point during her lifetime. It can be difficult to detect exposure to violence and most often a victim of violence chooses not to disclose it. The nurses therefore has a key role in identifying the presence of violence in the encounter with these patients.

Aim: The purpose was to describe nurses experiences in identifying people who have been exposed to intimate partner violence.

Method: Literature review based on eleven articles, six qualitative and five quantitative.

Results: The results are based on four categories: *Lack of time and other obstacles to screening, Insufficient training in dealing with abused people, Recognizing exposure to violence and how to get a person to disclose it and The emotional impact on nurses*. Nurses mean that they do not have enough time, knowledge, training or support to detect violence to help those who are exposed. They also didn't feel entirely comfortable raising issues of violence.

Summary: It's complex to ask questions about violence and to identify exposure to violence. Preparation, education, organizational support and guidance to be able to identify and help is required. Discovering violence and getting a disclosure is based on trust and confidence which requires time, commitment, knowledge and experience.

Keywords: Nurses, role, experience, identify, screening, obstacle, education, intimate partner violence.

Innehåll

INLEDNING	3
BAKGRUND	3
VÅLD I NÄRA RELATION – FÖREKOMST OCH INNEBÖRD	3
VÅLDETS KOSTNADER OCH ORSAKER	4
SJUKSKÖTERS KANS ROLL OCH FÖRMÅGA ATT UPPTÄCKA VÅLD	5
SCREENING	6
PATIENTUPPLEVELSE	7
NORMALISERINGSPROCESSEN	7
SPECIFIKA FORMER AV VÅLD	8
KOPPLING TILL ETISKA ASPEKTER	8
PROBLEMFÖRMULERING	9
SYFTE	10
TEORETISK REFERENS RAM	10
METOD	11
DATINSAMLING	11
DATAANALYS	13
FORSKNINGSETISKA ÖVERVÄGANDEN	14
RESULTAT	14
TIDSBRIST OCH ANDRA HINDER FÖR SCREENING	15
OTILLRÄCKLIG UTBILDNING I ATT HANTERA VÅLDSUTSATT PERSONER	17
ATT KÄNNA IGEN VÅLDSUTSATTHET OCH HUR MAN FÅR EN PERSON ATT BERÄTTA	18
SJUKSKÖTERSKORS KÄNSLOMÄSSIGA PÅVERKAN	19
DISKUSSION	20
METODDISKUSSION	20
RESULTATDISKUSSION	22
FÖRHÅLLNINGSSÄTT TILL SCREENING	22
VIKTEN AV UTBILDNING	24
VÅLD MOT MÄN I NÄRA RELATION	25
KLINISKA IMPLIKATIONER	26
FÖRSLAG FORTSATT FORSKNING	27
SAMMANFATTNING	27

REFERENSFÖRTECKNING	28
BILAGA 1. SÖKMATRIS	33
BILAGA 2. MATRIS ÖVER URVAL AV ARTIKLAR TILL RESULTAT	34

INLEDNING

Vi har valt att skriva om detta ämne eftersom våld i nära relation är ett utbrett samhällsproblem och då vi i vår sjuksköterskeroll har en viktig uppgift i att upptäcka våldet. Därför anser vi det relevant att fördjupa sig i hur sjuksköterskor världen över upplever mötet med dessa personer. Det känns betydelsefullt att lyfta både kvinnors och mäns våldsutsatthet, vi har därför valt att inte begränsa oss endast till kvinnors upplevelser av våld. Som sjuksköterska är det en stor fördel att ha en bred kunskap inom området samt att ha förmågan att kunna se tecken hos den som är utsatt. Att vara väl rustad inför denna typ av samtal är fördelaktigt. Vi vill undersöka vilken typ av frågor som ställs, hur de ställs, i vilken miljö, samt hur informationen hanteras. Det faktum att oktober sedan 1989 är den månad då de i hela USA uppmärksammar våld i hemmet under namnet Domestic Violence Awareness Month (DVAM) känns särskilt passande för en ny litteraturöversikt i ämnet.

BAKGRUND

Våld i nära relation – förekomst och innebörd

Socialstyrelsen (2019) beskriver våld i nära relation som ett utbrett samhällsproblem i Sverige vilket drabbar både kvinnor och män, men där kvinnorna oftare utsätts för ett allvarligare och upprepat våld. Flertalet barn erfar våld i familjen, där förövaren oftast är en man.

Socialstyrelsen hänvisar även till Brottsförebyggande rådet som beskriver att cirka 150 000 barn i Sverige lever i sällskap med en förälder som blivit utsatt för misshandel av den andra föräldern. Världshälsoorganisationen [WHO] (2022) skriver att en av tre kvinnor världen över upplever fysiskt och/eller sexuellt våld under sin livstid och att det oftast är utfört av en partner. Gandhi m.fl. (2018) skrev i sin studie att våld i nära relation är, förutom ett hälsoproblem, även en grov överträdelse av de mänskliga rättigheterna vilket underminerar den utsattes självkänsla. Allard (2013) skrev att det är oftast när kvinnorna ämnar att lämna eller fly som de löper störst risk att bli allvarligt skadade eller i värsta fall mördade.

Socialstyrelsen (2019) menar att våld är ett flertydigt begrepp som kan definieras på olika sätt, det kan exempelvis innebära gärningar som fysiskt våld och sexuella övergrepp. Det behöver enligt svensk lagstiftning inte definieras som ett brott för att räknas som våld. I det stora hela beskrivs det som utsatthet, exempelvis genom ekonomiskt utnyttjande, försummelse eller isolering från familj och vänner samt förolämpande kommentarer. En

våldshandling kan bestå av en kombination av olika handlingar samt ha olika karaktär, exempelvis fysiskt våld, psykiskt våld samt sexuellt våld. Fysiskt våld kan innefatta örffilar, knytnävsslag, slag med tillhyggen, sparkar, stryptag och knivstick. Psykiskt våld kan innebära förlöjliganden, glåpord, nedsättande kommentarer, hot, tvång och trakasserier. Sexuellt våld kan handla om olika former av sexuellt påtvingade handlingar, som exempelvis samlag utan samtycke, sexuella trakasserier och ett sexuellt kränkande språk.

Våldets kostnader och orsaker

En studie från WHO rörande den ekonomiska omfattningen av våld, i huvudsak inom familjer, har belyst de stora kostnader som våldet medför och hur kostnadseffektivt det är att arbeta med preventiva åtgärder (Johnsson-Latham, 2019). Våldet som kvinnor inom Europeiska Unionen (EU) utsattes för av sin partner under år 2019 uppskattades kosta nästan 152 miljarder euro (Nationellt centrum för kvinnofrid, 2021). Motsvarande siffra för våld mot män är ca 23 miljarder euro. Förenta Nationerna (FN) har understrukit att våldet som kvinnor utsätts för försvagar insatserna att nå upp till FN:s globala mål för en hållbar utveckling och arbetet med att reducera fattigdomen i världen (<https://www.globalamalen.se/om-globala-malen/>). Det hindrar även arbetet med att förbättra hälsan för kvinnor genom till exempel mödrahälsa samt försämrar förutsättningarna för flickors och kvinnors utbildning. Det sistnämnda kommer i förlängningen att påverka jämställdheten. Våld mot kvinnor är även av Världsbanken utpekad som en betydande orsak till ohälsa som ger stora hälsokostnader och hög mödradödlighet (Johnsson-Latham, 2019).

Johnsson-Latham (2019) beskriver att en primär orsak till mäns våld mot kvinnor är den maktordning som grundar sig i att kvinnor och män ges olika roller. Vidare beskrivs mäns tolkningsföreträde och föreställningen om mäns överordning vilket gör det svårt för kvinnor världen över att bli trodda när de berättar om hot, våld och sexuella övergrepp som orsak till våldets fortsatta stora utbredning. Betoningen av olikheter snarare än likheter samt könsstereotypa föreställningar om kvinnor och män inskränker i grunden individens frihet. Mäns våld mot kvinnor ökar under perioder då män är arbetslösa, återvänder från krig och väpnade konflikter samt när män missbrukar alkohol och droger. Det kan även eskalera då kvinnor ställer högre krav på jämställdhet. En grundorsak till att kvinnor inte kan bryta upp från våldsamma män är i många fattiga familjer kvinnors brist på egendom och inkomst. De riskerar vid ett uppbrott att bli utstötta, utfattiga och med det tvingade till prostitution. Mäns

prestige, makt och ära är ännu på många håll kopplad till graden av kontroll över kvinnor. Det finns ofta uppfattningar om att injagandet av rädsla och våldet i sig bringar fördelar mot andra män genom respekt, status, tillgång till resurser och överordning. Mannen har historiskt och globalt varit familjens huvudförsörjare och överhuvud samtidigt som övriga i familjen har fått beskydd och försörjning i utbyte mot underordning (Johnsson-Latham, 2019).

Sjuksköterskans roll och förmåga att upptäcka våld

Socialstyrelsen (2019) menar att personal som arbetar inom hälso- och sjukvård behöver ha kompetens att se och kunskaper om kännetecknen på våld i nära relation. Vidare ska vården vara inkluderande samt skapa en trygg miljö för patienten. Sjuksköterskans arbete ska vara personcentrerat med målet att främja hälsa, förebygga sjukdom, lindra lidande och återställa hälsa (International Council of Nurses [ICN], 2021). Gandhi m.fl. (2018) konstaterar att problemet är utbrett och att hanteringen av det kräver interventioner och stöd från bland annat sjuksköterskor. ICN betonar sjuksköterskors roll när det kommer till att bemöta och hantera våld i nära relation eftersom de ofta är den första yrkesgrupp den utsatta möter i vårdkedjan. McCarthy och Bianchi (2019) beskriver att sjuksköterskans position bör användas till att fråga, hjälpa och identifiera våld. Det kan vara svårt att upptäcka våld i nära relation då det är vanligt att våldsutsatta väljer att inte berätta. Barriärer inom sjukvården finns för att detta ska kunna ske, såsom avsaknad av rutiner, otillräcklig utbildning samt tidsbrist. Den utsatta är rädd för att situationen hemma kan förvärras vid ett avslöjande och att hen ska försättas i en ekonomisk beroendeställning gentemot förövaren vilket ofta för med sig eget skuldbeläggande, skam och en känsla av att inte bli betrodd.

Alhalal (2020) menar att sjuksköterskors förförståelse angående våld i nära relation påverkar hur våldsutsatta bemöts och behandlas inom vården. Våldsutsatta är generellt mer frekventa med att söka vård men många upplever svårigheter kopplat till att göra det. De beskriver att de har låga förväntningar på att sjukvården ska kunna ge dem det stöd och den hjälp de behöver, samt att tecken på våld sällan tas på allvar. Gensvaret från vårdpersonalen kan framkalla ytterligare skam och skuld samt traumatisera dessa personer på nytt. Att som sjuksköterska reflektera över våld i nära relation i sitt kliniska arbete kan vara effektivt när det kommer till att identifiera övergrepp och dess negativa effekter på hälsan. Sjuksköterskan har även en viktig uppgift i att slussa vidare till andra hjälpande organ samt att lindra känslan av isolering och stigmatisering. Socialstyrelsen (2019) menar att bidragande orsaker till att våld

inte upptäcks generellt är attityder, begränsad kunskap, stressig arbetsmiljö samt att många individer väljer att inte berätta om eller förnekar vad som hänt. Det är vanligt att inga synliga tecken finns, men har man rätt kunskap om våld och är uppmärksam så ökar chansen att upptäcka våldsutsatthet. Tydliga tecken på våldsutsatthet innefattar blåmärken, brännskador, frakturer och sår och mer subtila tecken kan vara depression eller ångest, psykosomatiska problem och sömnstörningar. Det är viktigt att som vårdpersonal visa empati, ställa frågor och kommunicera på ett etisk och respektfullt sätt gentemot den som utsatts för våld.

Socialstyrelsen (2019) rekommenderar att rutinmässiga frågor om våld ställs av vårdpersonal inom mödrahälsovård, psykiatrisk vård samt i alla ärenden inom barn- och ungdomspsykiatri (BUP). Om en patients redogörelse för hur en skada uppkommit inte motsvarar själva skadan finns anledning att misstänka våld. När vårdpersonal ska ställa frågor om våld är det av stor vikt hur frågorna ställs samt under vilka omständigheter. Exempel på frågor kan vara "känner du dig säker med din respektive?" eller "har du känt dig rädd för någon?". Det kan hjälpa att använda konkreta ord som exempelvis slag eller sparkar, och även uttryck som "gjort dig illa" eller "blivit rädd", då många våldsutsatta inte alltid upplever våldet som misshandel eller övergrepp. Viktigt är också att personalen inger förtroende, har utbildning i hur frågor om våld ska ställas, att patienten befinner sig i en trygg miljö samt att personalen har kunskap om vart patienten kan hänvisas. Vårdpersonal har anmälningsskyldighet till socialnämnden när det finns misstanke om att ett barn far illa. McCarthy & Bianchi (2019) skriver att när man erkänner för sig själv samt berättar för andra att man är utsatt för våld i nära relation är det ett återtagande av makt över sin egen situation och det första steget mot säkerhet.

Screening

Screening är en systematisk undersökning som utförs för att identifiera individer med ett tillstånd som innebär en stor risk för framtida ohälsa (Socialstyrelsen, 2019). Syftet är att observera de hälsotillstånd som kan få allvarliga eller betydande konsekvenser. Målet är att kunna vidta tidiga åtgärder och genom det minska riskerna för konsekvenserna. Gerlock m.fl. (2011) beskriver att vårdpersonalen genom screening får ett snabbt fastställande gällande en hälso- och sjukvårdsfråga. Rutinmässig screening innebär att man använder en uppsättning standardiserade frågor eller tester vid bestämda tider, ofta vid ett inledande eller uppföljande vårdbesök. Indikationsbaserad screening utförs i de fall då det finns en indikation på ett hälsoproblem. En patient som söker vård för en övre luftvägsinfektion som också har tydliga blåmärken, kan få frågor om hur blåmärkena har uppkommit, liksom specifikt om våld i nära

relation. En australiensisk studie från 2021 visade att sjuksköterskor hade en benägenhet att oftare screena för våld i nära relation om kvinnorna var höginkomsttagare och att personer med en låg utbildningsgrad mer sällan blev screenade (Hooker & Taft, 2021). Detta trots att sjuksköterskorna är skyldiga att fråga alla. Studien visade även att de med en lägre inkomst oftare avslöjade våld i nära relation vilket innebar att många möjligheter att upptäcka våld missades.

Patientupplevelse

För att vårdpersonalen ska förstå hur patienten agerar vid våldsutsatthet är kunskap inom området nödvändig (Berglund & Witkowski, 2019). Våldsutsatta kan ha en komplex livssituation och kan ha varit i kontakt med flera instanser för att få hjälp. Leder dessa ansträngningar inte till någon förbättring sjunker i regel förtroendet för vården och myndigheterna. Erbjudande om hjälp uppskattas även om patienten väljer att inte berätta och frågor om våldsutsatthet anses av de flesta som positivt eftersom det visar på en vilja från vårdens sida att hjälpa. Kvinnor som är de som oftast utsätts för denna typ av våld tar med största sannolikhet inte självmant upp ämnet vid ett vårdmöte. 80 procent av de 13 kvinnor som blev tillfrågade besvarades dock inte av att få frågan visade en studie av Anderzen-Carlsson m.fl. (2018). Vårdpersonal har därigenom en ovärderlig möjlighet att upptäcka våldsutsatthet genom att fråga.

Normaliseringsprocessen

Normalisering innebär att våld i nära relation stegvis kan komma att uppfattas som en normal del av vardagen. Gränserna för vad som kan accepteras förskjuts för båda parter. Betydande inslag i normaliseringsprocessen är isolering, utövande av kontroll, skifte mellan våld och värme, att den våldsutsatta tar över våldsutövarens värderingar av hen samt en förminskning av våldet från båda parter. Processen kan tydliggöra varför den som utsätts för våld endera inte vill, eller har svårigheter att bryta upp från relationen. Den kan även klargöra varför våldsutövaren väljer att fortsätta använda våld eller vägrar låta partnern lämna relationen. Många vittnar om att det som sätter djupast spår är de nedvärderande orden, den känslomässiga anspänningen kring att våldet kan återkomma samt påtvingade sexualakter (Nordborg, 2019). Nylén (2019) menar att processen påminner om överlevnadsstrategier från andra sammanhang där individer utsätts för ett konsekvent våld eller livshot, exempelvis vid fångenskap, gisslansituationer, katastrofer och krig. Offret upplever inledningsvis en chock,

förnekar därefter det som sker, börjar slutligen ge upp hoppet och upplever därefter en fruktan för sitt liv. Tids nog försöker offret anpassa sig genom att behaga och göra sitt yttersta för att reducera det negativa.

Specifika former av våld

McCarthy & Bianchi (2019) beskriver att våld i nära relation utövas även mot män men att förekomsten är underskattad. I USA visade en nationell undersökning gjord mellan 2010-2012 kallad The National Intimate Partner and Sexual Violence Survey (2017) att fler än en tredjedel av de tillfrågade bisexuella männen var drabbade och så även hetero- och homosexuella män, de senare grupperna dock i något mindre utsträckning. Som sjuksköterska är det viktigt att vara medveten om de unika barriärer och hinder dessa män står inför när de söker vård. De lider ofta av en stukad självkänsla då de i egenskap av att vara man enligt samhällets normer ska kunna försvara sig. Av den anledningen samt av kulturella skäl skäms männen och tvekar i hög grad inför ett avslöjande. De har även en tendens att förminska våldets omfattning. Det fysiska våld dessa män utsätts för kan i många fall gå obemärkt förbi för omgivningen då det sällan ger några synliga skador på kroppen.

Johnsson-Latham (2019) skriver att den typ av våld som utförs i hederns namn främjas av grupper i vilka ett strukturellt och institutionaliserat förtryck återfinns. Det fungerar som ett medel för att bruka kontroll av människor, främst flickor och kvinnor, i samhällen där heder innebär kontroll av kvinnors sexualitet. Våld och förtryck i hederns namn rapporteras sällan och registreras inte alltid som hedersrelaterat vilket gör att omfattningen ännu är okänd. Mörkertalen är stora då många dödsfall rubriceras som olyckor och självmord.

Koppling till etiska aspekter

Barkers etik, som är en relations- och dygdetik, betonar vikten av vårdrelationen samt sjuksköterskans position som en möjliggörare istället för att vara göraren (Wiklund Gustin & Lindwall, 2012). Den diskuterar vilka egenskaper en sjuksköterska behöver besitta för att vårda etiskt riktigt (Sandman & Kjellström, 2018). Wiklund Gustin & Lindwall (2012) skriver att sjuksköterskan förväntas att på ett genuint sätt engagera sig i vårdrelationen och bör undvika att bli alltför teknisk i sin yrkesutövning. Sjuksköterskan har även ett etiskt krav på sig att vårda en människa som lider och att bygga känslomässiga broar för att nå fram till patienten. Att vara handlingskraftig och göra det som måste göras i sin egen livssituation

utvecklar och formar oss som människor, oavsett om det är i egenskap av patient eller sjuksköterska. Dygdetiken vägleder dock inte med några konkreta alternativ eller lösningar när det kommer till etiska dilemman utan litar på varje sjuksköterskas personliga karaktär vad gäller att avgöra vad som är etiskt riktigt i en specifik situation (Sandman & Kjellström, 2018).

Man kan fråga sig om det är etiskt försvarbart att, mot patientens vilja, kränka dennes integritet för att göra något man själv anser vara gott (Sandman & Kjellström, 2018). En begränsning av en persons autonomi för att förhindra skada mot densamme leder dessutom till oönskad paternalism.

PROBLEMFORMULERING

Enligt Socialstyrelsens anvisningar ska vården inkludera alla samt möta patientens behov av trygghet. Anledningar till att individer som utsatts för våld inte söker vård kan vara rädsla gentemot sin partner, att de skuldbelägger sig själva, rädsla för att bli offer för stigmatisering samt att de tvivlar på att de kommer bli betrodda. Sjuksköterskan är i många fall den första i vårdkedjan som den våldsutsatta träffar och för att kunna bemöta dessa personer på ett korrekt sätt krävs att man vågar ställa raka och ibland besvärliga frågor samt öppnar upp för djupare samtal på ett inkännande sätt. Även eventuella hinder för screening kan uppmärksammas. Fynden skulle kunna skapa bättre förutsättningar för sjuksköterskor att bemöta individer som blivit utsatta för våld. Att även belysa dessa individers utsatta situation både i hemmet och i vårdsituationen ger en ökad kunskap kring hur de ska bemötas. En litteraturöversikt som belyser sjuksköterskans erfarenhet av att möta våldsutsatta personer och identifiera våld i nära relation skulle kunna ge en ökad förståelse för de utmaningar som sjuksköterskan ställs inför i möten med denna patientgrupp.

SYFTE

Syftet var att beskriva sjuksköterskors erfarenheter av att identifiera personer som utsatts för våld i nära relation.

TEORETISK REFERENSRAM

Phil Barkers tidvattenmodell riktad mot psykisk omvårdnad beskriver bland annat det ansvar som sjuksköterskan har att se till att patienten är i säkerhet samt kan gå vidare i livet (Wiklund Gustin & Lindwall, 2012). Teorin fokuserar på det stöd en person tycker sig ha behov av för att livet ska upplevas som oproblematiskt och nämner inga regler om hur människor borde leva sitt liv. Enligt Barkers teori styr patienten och inte sjuksköterskan, dock lyfts det professionella ansvaret fram. I tidvattenmodellen betonas vårdrelationen liksom synen på sjuksköterskan som ett instrument. Tyngdpunkten i Barkers teori ligger på personen i fråga snarare än på eventuella symptom. Något annat som betonas i teorin är att en utveckling kan ske när man som person gör det som måste göras i en situation där lidande är inblandat. Barker beskriver också ett etiskt krav, att det inte är försvarbart att undvika att vårda eller hjälpa den som är i nöd eller lider. Sjuksköterskan bär enligt Barker ett ansvar för att skapa den typ av relation till patienten som gör att hen kan nå hela vägen fram, även om vägen dit är obekvämlig.

Barker preciserar hållningen som en sjuksköterska ska ha genom sex filosofiska antaganden. (Wiklund Gustin & Lindwall, 2012). *Nyfikenhet är en dygd* är det första filosofiska antagandet som framhåller att det ska finnas ett genuint engagemang för och en nyfikenhet på patienten, att det är viktigt att vara genuint intresserad. Nyfikenheten bör vara en grundläggande inställning som sjuksköterskan bär med sig. Det andra filosofiska antagandet handlar om *förståelse för resursernas makt* och poängterar vikten av att se till personens resurser istället för att fastna i problem och symptom. Att ha *respekt för personens önskningar* lyfts i Barkers tredje filosofiska antagande som beskriver den vårdande hållningen där sjuksköterskan tar det som är betydelsefullt för patienten i beaktande. Det fjärde filosofiska antagandet, *att värdera krisen som en möjlighet*, framhåller att livet kan förändras till det bättre genom en kris. Att värdera mindre delmål i vårdprocessen lyfts i det femte antagandet, *alla mål tillhör patienten*. *Eftersträva elegans* lyder det sjätte filosofiska antagandet som propagerar för att hitta enklast möjliga lösningar för att patienten ska uppleva en förändring.

Barker har även utformat tio förpliktelser vilka detaljerat beskriver hur sjuksköterskan ska visa omsorg och medkänsla, exempelvis genom att lyssna noggrant på patientens röst och språk, att ge av sin tid samt att sänka gardnen för att komma närmare personen i fråga.

Författarna uppfattar, av flera anledningar, Barkers teori som högst relevant i relation till sjuksköterskans möte med de som utsatts för våld i nära relation. Det mest uppenbara, att teorin beskriver sjuksköterskans ansvar att se till att patienten är i säkerhet och kan gå vidare i livet, är ett exempel. Sjuksköterskan ska enligt teorin lyssna nyfiket, ta tillvara patientens resurser, och respektera patientens önskemål. I vårdssituationer med våldsutsatta kan det översättas till att undvika att kränka autonomin genom att ha ett öppet sinne för hur patienten vill berätta sin historia samt söka efter det som fortfarande är friskt och kan vara till hjälp i situationen. Barker menar att en större kris kan påkalla ett uppvaknande och en förändring till det bättre, även detta går att överföra till mötet med de våldsutsatta. Den goda och värdefulla vårdrelationen som teorin understryker där patienten känner sig trygg och lyssnad på är avgörande då en sjuksköterska ska bemöta och hantera våld i nära relation. Författarna valde följaktligen Phil Barkers tidvattenmodell som teoretisk utgångspunkt.

METOD

Författarna valde att göra en litteraturöversikt. Friberg (2017) beskriver att metoden litteraturöversikt innebär att skapa en överblick av kunskapsläget i ett specifikt omvårdnadsrelaterat område, eller kring ett problem i sjuksköterskans kompetens- och verksamhetsområde. Det handlar om att undersöka befintlig forskning och få en tydligare bild av det som tidigare utforskats inom ett specifikt område. Vidare syftar det till ett ställningstagande för resultatet, vilka metoder eller teoretiska utgångspunkter som nyttjats. Det gäller även att förstå hur en studies resultat framkommit, och det är viktigt att reflektera över skillnader och likheter. Både kvantitativa och kvalitativa artiklar kan användas i en litteraturöversikt, vilket författarna också valde att göra. Analysen utfördes genom ett strukturerat vedertaget arbetssätt.

DATINSAMLING

Avsedda urvalskriterier för litteraturöversikten var vetenskapliga originalartiklar som skulle vara etiskt granskade samt peer-reviewed. Segesten (2017) beskriver en vetenskaplig originalartikel som något som presenterar något nytt och inte plagieras från tidigare

redovisningar. Östlund (2017) menar att peer-reviewed är en avgränsning som kan göras för att söka och sortera ut vetenskapliga tidskrifter. Artiklarna skulle beröra sjuksköterskans erfarenhet av vårdkontakten med personer utsatta för våld i nära relation och avgränsas till artiklar från de senaste tio åren. I övrigt togs både kvalitativa och kvantitativa artiklar med för att få en tillräcklig bredd på översikten. De två databaser som användes var CINAHL complete och PubMed. Östlund (2017) skriver att databaser ofta är indelade efter ämnesområde. CINAHL består av information inom omvårdnadsvetenskap, och PubMed främst inom medicin men även omvårdnadsrelaterade artiklar.

Karolinska Institutet beskriver att ämnesordlistor innehåller olika termer, där en term motsvarar ett ord och dennes synonymer. Termen används för att tagga de artiklar som berörs av ämnet, och sökningen kommer även ge träffar på synonymer till sökordet. Hänsyn behöver alltså inte tas till böjningsformer, stavningsvarianter eller synonymer. Saknas en term i ämnesordlistan eller om databasen saknar en ämnesordlista behöver man göra en sökning med fritext. Man söker då på den information rörande artiklarna som finns i databasen, och kommer endast få träff på artiklar där författaren använt samma term eller termer som använts i sökningen. Här är det alltså viktigt att tänka på stavning, synonymer samt alla grammatiska former. Författarna använde sig av hjälpverktyget svensk MeSH för att söka efter ämnesord. Friberg (2017) nämner denna ämnesordlista. Boolesk söklogik applicerades och författarna använde operatör AND och OR. Östlund (2017) menar att för att få fram ett bra litteraturval till översikten krävs att man experimenterar och sätter samman olika sökord och synonymer. I det booleska systemet finns flera olika sök-operatorer, dessa kan bland annat användas för att koppla ihop två söktermer, få träff på någon av eller båda söktermerna, eller om man vill avgränsa sökningen att endast omfatta den ena termen men inte den andra.

Ämnesord för litteratursökningen var “nurse-patient relations”, “intimate partner violence” och “domestic violence”. Planerade fritextord var “nurses feelings”, “nurses experience*” där det sistnämnda trunkerades för att bredda ytterligare. Östlund (2022) menar att trunkerering innebär en sökning som tillåter träffar på dokument innehållandes ett ords alla olika böjningsformer. Alla databaser gör inte detta per automatik, och därför måste denna söktechniska funktion användas. Författarna använde sig av två sökblock.

Avgränsningen på tio år gav författarna 54 träffar i CINAHL respektive 83 i PubMed. När artiklarna undersöktes upptäcktes en otillräcklig träffbild vilket resulterade i att utöka avgränsningen till att innefatta de 15 senaste åren. Detta gav författarna 74 träffar i CINAHL respektive 135 i PubMed vilket de var nöjda med. Parallellt med att sökningarna gjordes i databaserna dokumenterades det arbetet i en sökmatrix i vilken följande data fördes in; namn

på databas, sökord, sökblock, antal träffar, begränsningar, antal lästa abstrakt, antal lästa artiklar och antal valda artiklar.

DATAANALYS

Friberg (2017) beskriver ett antal steg vid analysering som författarna har haft som utgångspunkt i litteraturoversikten. Granskning och urval av artiklar skedde på olika håll men en tät kontakt hölls kontinuerligt författarna emellan. Båda författarna kontrollerade båda databaserna för att säkerställa att inget relevant missades. När sökningarna i databaserna granskades tittade författarna först på artiklarnas titel, om det fanns något där som överensstämde med litteraturoversiktens syfte. Då en relevant artikeltitel hittades lästes dess abstrakt för att vidare utforska om artikeln kunde vara aktuell för översikten eller inte. Om titeln eller abstraktet inte stämde överens med det utvalda syftet valdes artikeln bort. Svarade titel och abstrakt däremot mot syftet behölls artikeln. Då sökningar gjorts fann författarna färre artiklar än önskat som handlade specifikt om sjuksköterskans upplevelse av att möta våldsutsatta. Därför justerades syftet och nya sökningar gjordes. Efter att tillsammans ha bearbetat båda databaserna valdes elva relevanta originalartiklar ut eftersom de kunde kopplas samman med både titel och syfte. Sex artiklar var av kvalitativ metod och fem stycken var kvantitativa. Artiklarna lästes enligt Fribergs (2017) metod igenom av båda författare för att tolka innehåll och sammanhang. Resultatdelen från respektive artikel kopierades in i ett tomt dokument och markeringar gjordes i texten där relevant fakta som svarade på syftet återfanns. Författarna letade även efter likheter mellan de olika resultaten. Återkommande teman påträffades i flera artiklar vilket resulterade i olika rubriker. Nästa steg var att författarna gjorde en artikelanalys i en översiktstabell där författare, titel, år, land, tidskrift, syfte, metod och en sammanfattning av resultatet fördes in för respektive artikel. Med det skapades en tydlighet att ha som grund och en hjälp till struktur på materialet som skulle analyseras och sorteras (Friberg, 2017). Därefter skrevs alla artiklar ut för att bättre kunna överblickas och kategoriseras. Färgmarkeringar gjordes med överstrykningspenna för att förtydliga vilka delar i de olika artiklarna som handlade om vilken kategori. Därefter redovisades fynden av likheter i artiklarnas resultat under olika rubriker.

FORSKNINGSETISKA ÖVERVÄGANDEN

De artiklar som valdes ut granskades, sammanfattades och diskuterades av författarna. Detta för att säkerställa att författarna gav en korrekt redogörelse av resultaten. För att undvika plagiat skrevs all text om med egna ord. Ett öppet förhållningssätt applicerades vid läsning för att förhindra att författarnas eventuella förförståelse inte hindrade eller påverkade förhållningssättet till litteraturöversikten. Sandman och Kjellström (2018) menar att forskningsetik är etiska överväganden som präglar hela studien och görs innan och under utförandet av ett vetenskapligt arbete. För att en studie ska kallas etisk behöver den uppfylla tre villkor; handla om väsentliga frågor, ha god vetenskaplig kvalitet och att genomförandet sker på ett etiskt sätt. Forskningsetik handlar om att reflektera över de moment som utförs i ett forskningsprojekt eller en studentuppsats och vilka etiska aspekter de aktualiserar. Det finns för att skydda människors grundläggande rättigheter och värden. Studier utförs för att bidra med en ökad förståelse och kunskap om olika fenomen. Att möta människor med respekt är en viktig utgångspunkt och stor vikt läggs vid att skydda individer som deltar i studier. Kjellström (2017) beskriver att litteraturöversikter väcker etiska frågor. Att studenten ibland har begränsade kunskaper i engelska kan innebära en risk för feltolkningar, svårigheter att göra rättvisa bedömningar och att förstå innehållet i de artiklar som används. Oredlighet är när en individ avsiktligt och vilseförande förvränger och manipulerar det vetenskapliga arbetet. Exempel kan vara att plagiera text, förvränga eller ändra metoder och resultat. Fabrikation och förfalskning handlar om att fabricera data och källmaterial som senare rapporteras som att det vore riktigt. Plagiat innebär att man övertar andra individers idéer, ord, processer eller resultat utan att upphovsmannen hyllas. Friberg och Öhlén (2017) beskriver förförståelse som antaganden, föreställningar och kunskap som vi använder oss utav för att förstå. Det kan både vara hinder i form av fördomar eller möjligheter i form av förkunskap, för att bilda en ny förståelse. Förförståelsen kommer att bli avgörande för vilken ny förståelse vi kan erhålla.

RESULTAT

Resultatet av denna litteraturöversikt ämnade ge en bild av sjuksköterskors erfarenhet av att identifiera personer som utsatts för våld i nära relation. Författarna fann många likheter i de

valda artiklarna trots att de är från sju länder i fyra olika världsdelar; nämligen Sverige, Israel, Jordanien, Japan, Kanada, USA och Australien. Efter urvalet av de elva artiklarna upptäcktes fyra återkommande teman som berörde sjuksköterskans erfarenhet av att identifiera våld i nära relation. Dessa var *Tidsbrist och andra hinder för screening*, *Otillräcklig utbildning i att hantera våldsutsatta personer*, *Att känna igen våldsutsatthet och hur man får en person att berätta* samt *Sjuksköterskans känslomässiga påverkan*.

Tidsbrist och andra hinder för screening

Deltagande sjuksköterskor från sex olika studier beskrev hur tidsbrist var genomgående det mest påtalade hindret för screening av våldsutsatta (Beynon, Gutmanis, Tutty, Wathen & MacMillan, 2012; Goldblatt, 2009; Gutmanis, Beynon, Tutty, Wathen & MacMillan, 2007; Jack, Ford-Gilboe, Davidov & MacMillan, 2017; Wyatt, McClelland & Spangaro, 2019; Yamada & Kato, 2015). Brist på tid var ett återkommande dilemma som orsakade onödig stress och framkallade känslor av svek hos både vårdpersonal och vårdtagare. Tidsbristen gjorde att sjuksköterskorna inte alltid hade möjlighet att ta itu med en potentiell fråga om våldsutsatthet och det bidrog till frustration över att inte ha de rätta förutsättningarna för att hantera dessa viktiga fall. Enligt de sex ovan nämnda artiklarna fanns det väldigt lite tid för omsorg och emotionellt stöd. En del sjuksköterskor beskrev hur de efter avslutat pass kände att de inte gjort sitt allra yttersta för att hjälpa patienterna. Känslor stängdes ute eftersom de inte hade tid att känna efter samt på grund av att hög arbetsbelastning. Om sjuksköterskorna bejakade sina känslor upplevde de att de inte kunde utföra sitt arbete på ett professionellt sätt (Beynon, Gutmanis, Tutty, Wathen & MacMillan, 2012; Goldblatt, 2009; Yamada & Kato, 2015). På grund av det höga patienttrycket fanns det sällan tid att sitta ner och prata med en enskild patient för att försöka vinna dennes förtroende. Det fanns en önskan att hjälpa men det upplevdes omöjligt under rådande omständigheter. Tidsbrist var ofta förknippat med andra faktorer så som hög arbetsbelastning och förmågan att kunna hantera frågor om våldsutsatthet på ett adekvat sätt (Beynon, Gutmanis, Tutty, Wathen & MacMillan, 2012; Gutmanis, Beynon, Tutty, Wathen & MacMillan, 2007; Yamada & Kato, 2015). Skulle frågan ställas behövde tid finnas till att lyssna på svaret och hantera det. Många sjuksköterskor menade att det var tidskrävande att etablera en relation i vilken patienten kände sig trygg och vågade berätta om våldsutsattheten. Vidare beskrevs hur information om våldsutsatthet sällan framkom direkt, det tog tid att få fram informationen. Andra hinder som framkom var obehag, att ämnet var tabubelagt, svårigheter att samverka med andra professioner, avsaknad av

organisatoriskt stöd, omedvetenhet kring sjuksköterskans roll, språkförbistring, kulturella sedvänjor samt en begränsad tillgång till samhällsresurser på mindre ort (Beynon, Gutmanis, Tutty, Wathen & MacMillan, 2012; Hughes, 2010; Sundborg, Saleh-Stattn, Wändell & Törnkvist, 2012; Wyatt, McClelland & Spangaro, 2019; Yamada & Kato, 2015). Det rådde även en brist på kunskap, beredskap, tydliga policyer och riktlinjer samt lokaler för privata samtal. Arbetsmiljön och arbetskamraterna påverkade också huruvida sjuksköterskorna screenade. Det förekom att sjuksköterskor screenade på intuition och ibland endast när det fanns misstanke om våld i nära relation istället för att göra det rutinmässigt. Deltagarna hade svårt att veta hur de skulle ställa frågor om våldsutsatthet (Gutmanis, Beynon, Tutty, Wathen & MacMillan, 2007; Jack, Ford-Gilboe, Davidov & MacMillan, 2017; Sundborg, Saleh-Stattn, Wändell & Törnkvist, 2012; Wyatt, McClelland & Spangaro, 2019). Endast hälften av de tillfrågade ställde frågor om våld och mestadels när personen i fråga var skadad fysiskt. Sjuksköterskorna var sex gånger mer benägna att ställa frågor om våld om de kände sig tillräckligt förberedda, och var nio gånger mer benägna att fråga om de hade sökt kunskap om våld på eget initiativ (Sundborg, Saleh-Stattn, Wändell & Törnkvist, 2012). Att våldet blev normaliserat för många patienter beskrevs som ett hinder för förändring. Sjuksköterskorna behövde vägledning i när och hur de skulle ställa frågor om våld. Kvinnor kunde förneka våldsutsatthet då det fanns en rädsla för att barnen skulle omhändertas av socialtjänsten vilket försvårade screeningprocessen. Sköterskorna kände sig tvingade att informera vårdtagaren om att de var skyldiga att kontakta socialtjänsten vid ett avslöjande om våldsutsatthet. Detta sågs som ett betydande hinder för det som försökte uppnå, det vill säga en säkerhet för personen och barnet (Beynon, Gutmanis, Tutty, Wathen & MacMillan, 2012).

Endast en artikel visade motsatt resultat där deltagarna upplevde få arbetsmiljöhinder för screening och en majoritet på 81 procent av de 156 tillfrågade sköterskorna i studien uttryckte att tid för att screena våldsutsatta personer fanns. Sjuksköterskorna sade sig vara bekväma med att screena och ställa frågor om våld. Här beskrevs brist på utbildning som det vanligaste hindret (DeBoer, Kothari, Kothari, Koestner & Rhos, 2013). Anmärkningsvärt är även att i studien av Al-Natour (2016) framkom det att jordanska sjuksköterskor undvek att screena för våld i nära relation även när de hade misstankar om att det förekom.

Otillräcklig utbildning i att hantera våldsutsatta personer

Sju studier visade att sjuksköterskor hade en bristande utbildning gällande att hantera våldsutsatta personer (Al-Natour, Qandil & Gillespie, 2016; Beynon, Gutmanis, Tutty, Wathen & MacMillan, 2012; DeBoer, Kothari, Kothari, Koestner & Rhos, 2013; Goldblatt, 2009; Jack, Ford-Gilboe, Davidov & MacMillan, 2017; Sundborg, Saleh-Stattin, Wändell & Törnkvist, 2012; Wyatt, McClelland & Spangaro, 2019). Deltagarna var öppna angående deras brist på utbildning och att de inte lärde sig att screena för våldsutsatthet under utbildningen. Det beskrevs som ett stort problem att det inte berördes i någon större utsträckning i skolan, och inte heller i ett senare skede på arbetsplatsen. Det framkom att det var arbetsgivarens ansvar att erbjuda utbildning på arbetsplatsen. Sjuksköterskorna hade svårt att veta hur frågor skulle ställas och det fanns en osäkerhet kring hur de skulle hantera svaret (Gutmanis, Beynon, Tutty, Wathen & MacMillan, 2007; Jack, Ford-Gilboe, Davidov & MacMillan, 2017; Sundborg, Saleh-Stattin, Wändell & Törnkvist, 2012; Wyatt, McClelland & Spangaro, 2019). Önskan att hjälpa till var stor men de visste inte hur de skulle ta sig an problemet och det var svårt att hitta en lösning. Sköterskorna ville ha vägledning i hur man upptäcker och sedan svarar och agerar på ett avslöjande om våldsutsatthet. Det uttrycktes behov av ytterligare kunskap som kunde indikera att en patient var utsatt för våld i nära relation samt utbildning i hur sjuksköterskorna skulle agera för att lindra en våldsutsatt persons lidande (Al-Natour, Qandil & Gillespie, 2016; Beynon, Gutmanis, Tutty, Wathen & MacMillan, 2012; Goldblatt, 2009; Jack, Ford-Gilboe, Davidov & MacMillan, 2017; Sundborg, Saleh-Stattin, Wändell & Törnkvist, 2012). Även strategier för att kontrollera sina egna känslor efterfrågades för att ha möjlighet att utföra sin plikt på ett adekvat sätt. Sjuksköterskorna önskade information om vanligt förekommande tecken eller ledtrådar som kunde indikera att något inte stod rätt till, exempelvis saker som patienter säger, fysiska tecken eller särskilda beteenden. En majoritet ansåg sig vara otillräckligt förberedda på att ge omvårdnad till kvinnor som exponerats för våld i nära relation och samma majoritet var intresserade av att få utbildning för att öka sin kompetens inom detta område. Föreslagna tillvägagångssätt för en ökad kunskap var tillgång till litteratur och skriftligt material, utveckling och applicering av tydlig praxis, användning av verkliga scenarier via rollspel, samtal med kollegor, möjlighet att öva nyligen inlärd färdigheter med mer erfarna inom ämnet, föra diskussioner med kvinnor som är överlevare samt att ha turnerande kvinnojourer.

Att identifiera våldsutsatthet och få någon att berätta

Sjuksköterskor beskrev att våld i nära relation sällan upptäcktes då de frågade om det (Hughes, 2010; Jack, Ford-Gilboe, Davidov & MacMillan, 2016). Våldet uppdagades oftare när personer sökte vård för helt andra saker eller under samtal om annat. Ett komplext mönster visade sig genom vilket sjuksköterskor frågade och fick vetskap om våld i nära relation. Indirekta avslöjanden var mer regel än undantag och de som blev utsatta för våld sökte sällan vård i direkt anslutning till en händelse då de blivit misshandlade av sin partner. Drygt 75 procent av de 156 tillfrågade sjuksköterskorna i en studie utpekade fattigdom och missbruk som riskfaktorer för våld i nära relation (DeBoer m.fl., 2013). När de personer som sökte akut för kroppsliga besvär eller skador berättade en historia som inte tycktes överensstämma med skadans omfattning eller typ gav det upphov till misstanke om våldsutsatthet (Sundborg, m.fl., 2012). Även ovanligt många gamla och nya blåmärken samt en överbeskyddande partner. Saker som personerna i de tre artiklarna sökte vård för kunde istället vara relationsproblem, svårigheter kring deras barns utveckling, utmaningar i föräldraskapet, personlig trygghet, saker som hänt i barndomen och sådant som rörde sexuell hälsa (Hughes, 2010). I samtal om dessa ämnen och då sjuksköterskorna försökte få en bild av en persons hälsohistoria uppkom ofta misstanke om våld i relationen. Genom att sjuksköterskorna ställde frågor om hur föräldraskapet fungerat den sista tiden kunde det visa sig att det förekom våld hemma som även påverkade barnen i familjen. Ofta beskrevs problemen som något som drabbade barnen eller familjen i stort innan det uppdagades att det var personen själv som var utsatt. Ungdomar å sin sida kunde exempelvis söka vård för stöd gällande preventivmedel eller beteende kring sexuell hälsa. Samtal om dessa ämnen gjorde ibland sjuksköterskorna oroade över att det kunde förekomma våld i deras relationer, i synnerhet då de kom in gång på gång och uttryckte en oro över att bli gravida. Det föranledde diskussioner om hälsosamma relationer och ibland avslöjande om våld. Hembesök ansågs öka chanserna något för ett avslöjande om våld, likaså att utföra en praktisk syssla under tiden som samtal pågick (Jack m.fl., 2016). Det upplevdes tryggare att samtala på det viset. Andra främjande kommunikationsstrategier som sjuksköterskor använde var att ställa öppna frågor, lyssna aktivt, validera de livsberättelser de fick höra samt att fråga flertalet gånger om våld. Vikten av att samtalet är en dialog snarare än en monolog där sjuksköterskan utbildar personen i fråga lyftes.

Sjuksköterskors känslomässiga påverkan

Många sjuksköterskor upplevde att det var en svår och frustrerande uppgift att behandla och hjälpa personer som utsatts för våld i nära relation bland annat eftersom de utsatta agerade så motsägelsefullt (Goldblatt, 2009; Gutmanis, Beynon, Tutty, Wathen & MacMillan, 2012; Yamada & Kato, 2015). Bara det faktum att våldsutsatta ofta stannade kvar hos förövaren kändes frustrerande för sjuksköterskan. Likaså kunde det vara besvärande att inte få lov att uttrycka eller fullfölja det man som sjuksköterska önskade att personen borde göra eftersom initiativet alltid behövde finnas hos den utsatta själv. Sjuksköterskor fick kämpa med att inte bli arga eller irriterade på personen de mötte samt att de behövde påminna sig själva om att inte döma någon för dess agerande eller passivitet. Sjuksköterskorna beskrev också hur berättelserna de fick höra under sitt arbetspass ibland var svåra att skaka av sig då de kom hem samt att de inte alltid kunde distansera sig från sitt arbete på fritiden (Goldblatt, 2009). Ibland kunde specifika fall dessutom framkalla rädsla för sjuksköterskorna personligen, göra dem otrygga och misstänksamma i sin hemmiljö. Många beskrev att det var så jobbigt att ständigt bli påmind om att våld återfinns överallt att de ibland avsåg sig fall där våld förekom för att de ville slippa känna oro själva. Flera sjuksköterskor berättade att de hellre tog sig an andra uppgifter som praktiska medicintekniska moment istället för att träffa just våldsutsatta personer, bland annat på grund av känslostormen de ofrivilligt hamnade i. Manliga sjuksköterskor som vårdade kvinnor som blivit utsatta för våld av män fann det ibland besvärligt att hantera det faktum att de hade samma kön som förövaren (van Wyk, & van der Wath, 2015). De kände förutom medkänsla med den våldsutsatta även skam över att vara man samt ilska gentemot de män som skadat personen de skulle vårda. Fyra artiklar beskrev att det av olika anledningar kändes obekvämt eller olämpligt för sjuksköterskor att ta upp ämnet våld i nära relation (Al-Natour, Qandil, Gillespie, 2016; Sundborg, Saleh-Stattin, Wändell & Törnkvist, 2012; Wyatt, McClland & Spangaro, 2018; Yamada & Kato, 2015). Det handlade förutom den uppenbara orsaken att riskera att kränka patientens integritet exempelvis om kulturella betingelser, att en manlig sjuksköterska i vissa kulturer inte var lämpad att ställa frågor om partnervåld till en kvinna (Al-Natour m.fl., 2016). De sjuksköterskor som screenade för våld beskrev att de kände sig nöjda och glada över att de via sin profession kunde hjälpa utsatta medmänniskor samt att de tack vare sin yrkeserfarenhet hade bättre möjlighet att upptäcka våld även i sin närhet, exempelvis inom sin egen familj eller bland bekanta. De uppskattade förmågan att kunna upptäcka våld och att bli experter inom området. De som inte frågade om våld i nära relation beskrev en uppsjö av negativa

känslor såsom hjälplöshet, ilska, skuld och depression. Det berodde till stor del på att de var smärtsamt medvetna om riskerna med att inte screena, och vad det kunde leda till.

DISKUSSION

METODDISKUSSION

Litteraturöversikten är gjord med mixad metod som innebär att man angriper en forskningsfråga utifrån både kvantitativt och kvalitativt arbetssätt (Borglin, 2017). Det ökar chanserna för att få en bredare bild av befintlig data. Författarna upplevde att kvalitativa artiklar var något mer passande och relevanta till litteraturöversiktens ändamål, eftersom de gav mer ingående beskrivningar av sjuksköterskors erfarenheter och upplevelser. Dock fann vi det betydelsefullt att även inkludera kvantitativa artiklar, som i jämförelse delgav studier med fler deltagare och som redovisade statistik. Dessa artiklar kunde bekräfta de resultat vi fick fram via kvalitativa artiklar. Författarna använde sig av induktiv metod för analys av data. Danielson (2017) beskriver att ett induktivt förhållningssätt innebär att man utgår från innehållet i texten istället för att analysera utifrån en specifik teori. En av författarna konsulterade bibliotekspersonal på Marie Cederschiöld Högskola för att säkerställa de valda sökorden. Dock hade de båda författarna inget gemensamt möte med bibliotekspersonalen vilket kanske hade kunnat underlätta arbetet ytterligare. De valda sökorden diskuterades och översattes för att undvika feltolkningar. Författarna medger att det finns en risk för att fakta i artiklar feltolkats på grund av eventuella brister i engelska språket. Det kan äventyra kvaliteten på litteraturöversikten. Författarna använde sig av engelskt ordlexikon och översättningsprogrammet i Word.

Under arbetets gång valde författarna att ändra syftet från “upplevelse av att möta” till “erfarenhet av att identifiera” på grund av att frasen “upplevelse av att möta” visade sig vara för smal för att inbegripa allt det vi ville få svar på kring ämnet. Författarna fick en bättre träffbild efter att syftet justerats. Med exklusionskriteriet på artiklar enbart från tio år tillbaka i tiden hittade författarna för få artiklar som svarade på syftet. En utökning med fem år gav författarna betydligt fler träffar. Några artiklar som kom att användas i resultatet återfanns endast i det utökade tidsspannet, vilket bekräftade att det var nödvändigt. Det stärker arbetets trovärdighet och ökar möjligheten att hitta relevanta artiklar att söka i flera databaser med omvårdnadsfokus (Henricson, 2017). Författarna diskuterade i början av arbetsprocessen om

fler än två databaser skulle användas men då antalet träffar var tillräckliga i de två befintliga databaserna tycktes det överflödigt. Om författarna hade sökt i fler än två databaser hade de kanske kunnat hitta fler studier som bekräftade motsatsen till det funna resultatet. Enligt Henricson (2017) stärker det trovärdigheten och sensitiviteten för litteraturöversikten att söka i flera databaser. Det faktum att författarna sökte med kombinerade fritext- och ämnesord i de två olika databaserna ökar specificiteten och att flertalet länder inkluderades ökar tillförlitlighet och överförbarhet för studien.

Vi är medvetna om att det inte går att överföra jordansk forskning till hela världen då det finns kulturella skillnader. Henricson (2017) betonar vikten av att diskutera förförståelsen då det riskerar att påverka resultatet. Författarnas förförståelse inom området var begränsad då ingen av dem varken hade personlig eller yrkesmässig erfarenhet av att hantera eller möta våld i nära relation. Av den anledningen lyftes författarnas förförståelse varken initialt eller i metodavsnittet och kan följaktligen inte diskuteras här. Detta kan ses som en svaghet i arbetssätt. Förförståelsen togs dock i beaktning under hela analyseringsprocessen för att inte riskera att enbart tolka information på ett sätt som råkade överensstämna med författarnas uppfattningar.

Författarnas ambition var att belysa sjuksköterskors möten med både kvinnor och män som upplevt våld i nära relation. I nio av de elva originalartiklarna som författarna använde till resultatet behandlades våld mot kvinnor, endast två belyste att även män utsätts för våld. Författarnas önskan om att belysa problemet utan tanke på kön blev därför svår att uppfylla. Om författarna hade lagt till ordet "män" i sökningen hade det kanske resulterat i fler artiklar där män var inkluderade i forskningen.

Författarna har haft ett gott samarbete med bra planering och struktur på arbetet hela processen igenom. De båda parterna känner sedan tidigare till varandras styrkor och svagheter och har därför kunnat komplettera varandra på ett effektivt sätt under arbetets gång. För att vara så tidseffektiva som möjligt valde författarna att sitta större delen av tiden tillsammans på campus då detta upplevdes mest kreativt. Alla delar av uppsatsen skapades och godkändes av båda parter genom att all skriven text granskades och redigerades av båda författare.

För att arbeta etiskt riktigt har författarna inte plagierat varken svensk eller engelsk originaltext. Det finns metoder för att utröna om en forskningsfråga har ett väsentligt värde

och en studie kan vara till nytta för både individen, samhället och professionen (Kjellström, 2017). Författarnas valda ämne och dess väsentliga värde diskuterades när problemformuleringen tog form då de resonerade kring för vem forskningen kunde vara värdefull. Författarna anser att litteraturöversikten borde kunna vara både individ, samhälle och profession till gagn då den visar på strukturella brister som, om åtgärdade, kan förändra och förbättra vården. Endast en artikel av de som författarna hittade beskrev ett motstridigt resultat. Författarna valde att inte utesluta den i resultatet.

RESULTATDISKUSSION

Resultatet av litteraturöversikten visar att sjuksköterskor från sju olika länder i spridda världsdelar generellt känner sig obekväma eller oförmögna att föra våld i nära relation på tal. Orsaker till det visade sig vara otillräcklig utbildning inom ämnet, uteblivna riktlinjer samt tidsbrist på grund av hög arbetsbelastning. Det förekom avsaknad av neutralitet i förhållningssättet till screening gällande vilka som tillfrågades. Forskning om män som utsätts för våld i nära relation verkade knapphändig. Att sjuksköterskor har ont om tid och bristfällig utbildning i hur frågor om våld bemöts är primära orsaker till de hinder som uppstår när dessa ämnen ska hanteras. Tidsbristen styr exempelvis om frågan ställs över huvud taget och okunskap kring ämnet relaterat till brist på riktlinjer och program kan göra att en man inte övervägs som en potentiell våldsutsatt person.

Förhållningssätt till screening

Resultatet av denna litteraturöversikt bekräftade att fattigdom är en riskfaktor för att drabbas av våld i nära relation. Brottsförebyggande rådet [BRÅ] (2022) rapporterar att personer med en lägre utbildningsnivå oftare utsätts för misshandel. De med som högst förgymnasial utbildning utsattes i större utsträckning för misshandel än de med gymnasial och eftergymnasial utbildning. Hooker och Taft (2021) beskrev att de personer som hade det sämre ställt socioekonomiskt screenades mer sällan, detta trots att denna grupp oftare avslöjade våld i nära relation. Vi tolkar studien av Hooker och Taft (2021) som att det uppenbarligen föreligger en risk för diskriminering. Då uteslutande av screening utgör en livsfara för dessa grupper (Brykczynski m.fl., 2009) finner vi det högst anmärkningsvärt. Eftersom vårt resultat pekar på sjuksköterskans tidsbrist i möten med patienter (Di Giacomo, 2016) tänker vi oss det som en faktor även för problematiken med utebliven screening. Att hantera ett avslöjande om våld är som bekräftat i resultatet tidskrävande, dessutom betänker vi

det faktum att vårdtagarens anledning till besöket därtill ofta är något annat som även det ska behandlas. Resultatet visade att sjuksköterskor undviker att fråga om våld i nära relation till och med då de misstänker det.

I resultatet redovisades att sjuksköterskorna i en specifik studie hade tillräckligt med tid för samtal om våld i nära relation samt att de var bekväma med att ta upp ämnet. De sjuksköterskor som tillfrågades i denna studie arbetade dock på ett traumacenter så vi tänker att anledningen till det avvikande fyndet är att de hade bättre förutsättningar på sin arbetsplats än vad sjuksköterskor har generellt. De hade troligen mer riktade arbetsinsatser samt rutiner gentemot de som utsatts för våld då vi tolkar det som att deras arbetsplats var specialiserad på det.

I en studie med sjuksköterskor inom akutvården i Finland framkom att 45 procent av de 480 tillfrågade sällan ställde frågor om våld ifall patienterna inte själva tog upp ämnet (Leppäkoski & Paavilainen, 2013). Vi tänker att ansvaret att berätta inte ska ligga på patienten, sjuksköterskan behöver ha en aktiv roll i att fråga. Vi anser att det är etiskt försvarbart att ställa frågor om våld då det kan handla om liv och död för den tillfrågade. Centralt i Barkers tankegångar är *att göra det som måste göras* och genom det kan individen utvecklas och växa i mötet med lidande (Wiklund Gustin & Lindwall, 2012). Gällande det etiska kravet att vårda en annan människa och nå fram till patienten, bär sjuksköterskan ett ansvar för att bygga broar och *sträcka sig över dunkla och hotfulla vatten*. Sjuksköterskan möter patienten i växlande miljöer, i hemmet, på avdelningar och mottagningar vilket innebär att relationen kan, beroende på sammanhang och patientens ohälsa, utvecklas på olika sätt. Barker betonar att vårdrelationen är avgörande för omvårdnaden. Sjuksköterska och patient beskrivs som ett, och omvårdnaden lyfts från något som sjuksköterskan gör för eller åt patienten till ett gemensamt intresse. Mänskliga fenomen som hälsa och lidande är oförutsägbara, därför måste sjuksköterskan, för att kunna vårda och vara genuin i mötet, stå ut med att leva i ovisshet. Många sjuksköterskor upplevde enligt vårt resultat en frustration över att de som utsatts för våld betedde sig motsägelsefullt och Barker menar att det är nödvändigt att acceptera komplexiteten och det oförutsägbara (Wiklund Gustin & Lindwall, 2012). Barker betonar vikten av en god vårdrelation och vårt resultat visade att det var avgörande att skapa en tillitsfull relation för att få våldsutsatta att avslöja det. Barker beskriver även språket som ett värdefullt medium för att förmedla respekt i tilltalet och i lyssnandet till den andras röst.

Vikten av utbildning

I vårt resultat framkom att det råder brist på sjuksköterskors utbildning i att hantera frågor om våld i nära relation. Det är av stor vikt att sjuksköterskor förstår att kompetent vård av de som utsatts för våld i nära relation kan rädda liv (Brykczynski m.fl., 2009). Sjuksköterskor är väl positionerade för att tillhandahålla screening för våld i nära relation eftersom de ofta är den första i vårdkedjan som patienten möter. Det finns dock fortfarande hinder för rutinmässig screening, bland annat på grund av brist på kunskap och utbildning samt begränsad tid (McCarthy & Bianchi, 2019).

Crombie m.fl., (2016) rapporterar om en studie från USA där det införts ett utbildningstest om våld i nära relation på arbetsplatsen vilken visade att nyutexaminerad sjukvårdspersonal kom in med otillräcklig utbildning och kunskap (Brackley, 2008). Ett behov av att införliva en formell utbildning i våld i nära relation under sjuksköterskeutbildningen rapporterades. Vidare rapporterade en annan studie med turkiskt baserade sjuksköterskor en brist gällande utbildning i våld i nära relation för samtliga deltagare i studien (Yildiz, 2014). Bristen på utbildning ledde till att personalen inte kunde identifiera våldsutsatthet eller stödja de drabbade. Det identifierades inga studier som rapporterade om en formell utbildning i partnervåld för sjuksköterskor. Korta utbildningssessioner rapporterades fördelaktiga för vårdpersonal vad gäller att tillhandahålla uppdateringar i ämnet och gav en ökad kunskap att identifiera och svara på våldsutsatthet. Dock krävdes längre sessioner för att täcka nyckelbegrepp, införliva relevanta policyer och tillvägagångssätt när personalen inte hade någon tidigare utbildning i ämnet. Efter fyra dagars utbildning rapporterade sjuksköterskorna en förbättrad kunskap om våld i nära relation, ökad kompetens i att identifiera våld, och minskade hinder inför att ingripa och stödja våldsutsatta. När utbildningsprogram för partnervåld utvärderades med hjälp av tester och undersökningar fastställdes fördelarna med utbildning för sjuksköterskor och våldsutsatta. Utbildningsprogrammet resulterade även i en ökad förekomst av screening, fler avslöjanden, tätare remissfrekvens samt ett förtroende för ny praxis. Även attityden gentemot våldsutsatta förbättrades. Vidare identifierade en granskning av screeningprogram att vårdgivare var mer benägna att screena när de var säkra på själva processen. Utbildningsprogram i partnervåld bestod i allmänhet av institutionsbaserad utbildning som införlivades med en förändring av praxis, såsom en ny screeningpolicy eller införande av kliniska riktlinjer. Det fordras enligt Barker beredskap att

göra det som krävs och en öppenhet inför den oförutsägbara situationen (Wiklund Gustin & Lindwall, 2012). Att känna sig mer säker i situationen främjade enligt Yildiz (2014) screening.

Det är häpnadsväckande och lite skrämmande för oss som ska arbeta som sjuksköterskor att majoriteten av sjuksköterskorna i vårt resultat inte hade tillräcklig utbildning inom ämnet och att de kände sig oförberedda på att hantera personer som utsatts för våld i nära relation. Endast 30 procent av 374 tillfrågade sjuksköterskor i en studie hade mindre än två timmars utbildning i ämnet (Woodtli & Breslin, 2002). Vi tänker att det är långt ifrån tillräckligt för att hantera dessa komplexa och svåra frågor. Vi ser ingen annan anledning till att utbildning inte genomförs än att ämnet är nedprioriterat, både under sjuksköterskeutbildning och av arbetsgivare.

Våld mot män i nära relation

I Sverige rapporterar män i högre grad än kvinnor om våld som de utsatts för (BRÅ, 2022). Då det borde vara ett rimligt antagande att en viss del av denna misshandel förekommer inom nära relationer finner vi det märkligt att det inte forskats mer om det. En kanadensisk studie visade dock att de flesta män som utsattes för våld i nära relation inte sökte formell hjälp eller rapporterade om våld (Lysova & Dim, 2020). Att vara arbetslös samt vara bosatt med små barn utgjorde större hinder för att ta kontakt med myndigheter för att få hjälp. Studien belyste behovet av att utveckla program och policyer som inte enbart är riktade mot kvinnor utan inkluderar alla som är drabbade av våld i nära relation, oavsett kön. Orsaker till att män som blivit utsatta för våld i nära relation inte sökte hjälp kunde enligt Lysova m.fl. (2020) vara självförnekelse av våld och brist på förmåga att bedöma riskerna, en önskan om att hålla ihop familjen, maskulina stereotyper samt ett ursäktande av partners våldsutövande. Även McCarthy och Bianchi (2019) beskrev skammen män ibland kände relaterat till normer om förmågan att försvara sig gentemot en kvinna. De män som hade en ambition att söka hjälp avskräcktes på grund av rädsla för sin säkerhet, oro för mobbning från rättssystemet samt det faktum att det fanns en avsaknad av stöd tillgänglig för män (Lysova m.fl., 2020). Även denna studie pekade på att det fanns ett behov av förbättring inom området, att vårdpersonal borde utbildas i ett könsneutralt närmande när det gäller frågor om våld. Barker betonar vikten av att i vårdande ta hänsyn till personens livsvärld, att väga in svårigheter som hen lever med samt att visa stor nyfikenhet (Wiklund Gustin & Lindwall, 2012). Att upptäcka

våld i nära relation, oavsett vilket kön det gäller, kräver enligt vårt funna resultat att man som sjuksköterska grundligt engagerar sig i personens livsvärld. Då många män upplever motstånd inför att söka hjälp efter våldsutsatthet (Lysova m.fl., 2020) tänker vi att det är särskilt viktigt att vara medveten om och öppen för att även män kan vara drabbade. Dessutom läser vi om att män upplever stora hinder för att söka hjälp för våld i just nära relation (Lysova & Dim, 2020; Lysova, Hanson, Dixon, Douglas, Hines & Celi, 2020; McCarthy & Bianchi, 2019). Om dessa män inte söker hjälp tänker vi att det följaktligen även kommer saknas data över förekomsten, det skulle kunna förklara varför det inte forskats mer på ämnet. Två jämförbara studier av Christensen m.fl. (2021) samt Kirk och Bezzant (2020) belyser samma fynd, exempelvis tidsbrist och otillräcklig utbildning. Christensen m.fl. (2021) lyfter även, precis som vi, kulturella skillnader världsdelar emellan. Resultatet av denna litteraturöversikt pekar på att det världen över är hög tid att se över policyer och riktlinjer kring hur man bemöter de som utsatts för våld i nära relation. Utbildning behöver implementeras och mer tid borde avsättas för att kunna upptäcka våld. Det är uppenbart att många av de som utsätts för våld i nära relation inte får den hjälp de behöver och har rätt till.

KLINISKA IMPLIKATIONER

De fynd som författarna fått fram i denna litteraturöversikt skulle kunna tillföra tydligare riktlinjer och rutiner hos diverse vårdinrättningar. Resultatet kan ge en ökad kunskap och generera en större förståelse för hur sjuksköterskor kan möta individer utsatta för våld av närstående. Vidare lyftes värdet av tillräcklig utbildning och kunskap för att inte känna obehag inför ämnet samt för att kunna undvika onödig stress kopplat till en hög arbetsbelastning. Resultatet av denna litteraturöversikt skulle kunna uppmärksamma sjuksköterskor på brister i omhändertagandet av de som utsätts för våld i nära relation. Det kan även motivera arbetsgivare och arbetsledare att införliva uppdaterade riktlinjer. Redan under sjuksköterskeutbildning borde strategier för hur man bäst bemöter dessa personer läras ut. Obligatorisk återkommande utbildning i hur personer som utsätts för våld ska bemötas borde införas för alla yrkesverksamma sjuksköterskor. Att förlänga ett vårdmöte på exempelvis en vårdcentral med bara fem till tio minuter skulle kunna vara avgörande eftersom tidsbrist ofta är ett hinder för screening. De extra minuterna kan göra att sjuksköterskan har en chans att skapa sig en tydligare bild av patientens liv, och får tid att ställa frågor om våld. I bästa fall kan några fler minuter också leda till att patienten känner sig tryggare med vårdpersonalen och vågar berätta. Författarna är medvetna om att det är en kostnadsfråga att

ge varje vårdtagare mer tid men är av uppfattningen att det ekonomiskt skulle kunna jämnas ut sig på sikt relaterat till de stora kostnader för samhället som våld i nära relation medför.

FÖRSLAG FORTSATT FORSKNING

Forskning kring hur etablerade och tydliga riktlinjer samt policyer och klinisk praxis påverkar sjuksköterskors möjligheter att identifiera och möta patienter utsatta för våld i nära relation vore önskvärt. Författarna hittade få studier i ämnet utförda i Sverige varför det vore intressant att se mer kvalitativ forskning om svenska sjuksköterskors erfarenheter av att bemöta personer som upplevt våld i nära relation. Författarna tror att det vore hjälpsamt för vården om det, med kvalitativ ansats, forskades mer på hur en våldsutsatt skulle vilja bli bemött, exempelvis hur frågan om våld ställs, hur man i vården skapar bäst förutsättningar för en bekväm situation att samtala i och vad som värderas högt när det kommer till bemötandet. Att erhålla den informationen från källan själv borde vara en god idé i arbetet med att optimera förutsättningar för att dessa samtal ska ske på ett tillfredställande sätt för både vårdtagare och vårdpersonal. Mer forskning skulle kunna minska osäkerheten och oron hos sjuksköterskan över den ibland obekväma situationen som uppstår vid denna typ av möten. Det vore intressant att ta del av forskning på hur det är att som sjuksköterska möta män som upplevt våld i nära relation för att utröna huruvida det finns skillnader i hur och om de avslöjar våld. Även hur männen upplever bemötandet från sjukvården vore rimligt att lyfta.

SAMMANFATTNING

Resultatet av denna litteraturöversikt visar att våld i nära relation är ett komplext ämne att hantera och bemöta. Sjuksköterskor har viljan att hjälpa våldsutsatta individer men arbetet försvåras på grund av tids- och kunskapsbrist, ett obehag inför att ställa frågor om det tabubelagda ämnet våld, brist på stödjande resurser inom arbetslaget samt avsaknad av både organisatoriskt stöd, tydliga policyer och riktlinjer.

REFERENSFÖRTECKNING

*artikel inkluderad i resultatet

- Alhalal E. (2020). Nurses' knowledge, attitudes and preparedness to manage women with intimate partner violence. *International nursing review*, 67(2), 265–274. <https://doi.org/10.1111/inr.12584>
- Allard C. (2013). Caring for people who experience domestic abuse. *Emergency nurse : the journal of the RCN Accident and Emergency Nursing Association*, 21(2), 12–16. <https://doi.org/10.7748/en2013.05.21.2.12.e1145>
- *Al-Natour, A., Qandil, A., & Gillespie, G. L. (2016). Nurses' roles in screening for intimate partner violence: a phenomenological study. *International nursing review*, 63(3), 422–428. <https://doi.org/10.1111/inr.12302>
- Anderzen-Carlsson, A., Gillå, C., Lind, M., Almqvist, K., Lindgren Fändriks, A., & Källström, Å. (2018). Child healthcare nurses' experiences of asking new mothers about intimate partner violence. *Journal of Clinical Nursing (John Wiley & Sons, Inc.)*, 27(13–14), 2752–2762. <https://doi-org.esh.idm.oclc.org/10.1111/jocn.14242>
- Berglund, A., & Witkowski, Å. (2019). Vårdens ansvar. I G. Heimer., A. Björck., U. Albért., & Y. Haraldsdotter (Red.), *Våldsutsatta kvinnor: samhällets ansvar* (4. uppl., s. 165–198). Studentlitteratur.
- *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, 473. <https://doi.org/10.1186/1471-2458-12-473>
- Borglin, G. (2017). Mixad metod – en introduktion. I M. Henricson (Red.), *Vetenskaplig teori och metod – från idé till examination i omvårdnad* (s. 233–250). Studentlitteratur.
- Brackley M. H. (2008). Safe family project: a training model to improve care to victims of domestic violence. *Journal for nurses in staff development : JNSD : official journal of the National Nursing Staff Development Organization*, 24(1), E16–E27. <https://doi.org/10.1097/01.NND.0000300858.52373.e3>
- Brottsförebyggande rådet (2022, 10 oktober). Våld och misshandel. Hämtad 7 oktober 2022, från <https://bra.se/statistik/statistik-utifran-brottstyper/vald-och-misshandel.html#Konsfordelning>
- 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. <https://doi.org/10.1111/j.1745-7599.2010.00594.x>
- Crombie, N., Hooker, L., & Reisenhofer, S. (2017). Nurse and midwifery education and intimate partner violence: a scoping review. *Journal of clinical nursing*, 26(15–16), 2100–2125. <https://doi.org/10.1111/jocn.13376>

- Christensen, M., Metcalfe, L.-L., & O'Reilly, R. (2021). Emergency department nurses experiences of female domestic violence presentations: A review of the qualitative literature. *Nursing Forum*, 56(4), 925–937. <https://doi-org.esh.idm.oclc.org/10.1111/nuf.12632>
- Danielson, E. (2017). Kvalitativ innehållsanalys. I M. Henricson (Red.), *Vetenskaplig teori och metod – från idé till examination i omvårdnad* (s. 285–299). Studentlitteratur.
- *DeBoer, M. I., Kothari, R., Kothari, C., Koestner, A. L., & Rhos Jr, T. (2013). What Are Barriers to Nurses Screening for Intimate Partner Violence? *Journal of Trauma Nursing*, 20(3), 155–160. <https://doi-org.esh.idm.oclc.org/10.1097/JTN.0b013e3182a171b1>
- Di Giacomo, P., Cavallo, A., Bagnasco, A., Sartini, M., & Sasso, L. (2017). Violence against women: knowledge, attitudes and beliefs of nurses and midwives. *Journal of clinical nursing*, 26(15–16), 2307–2316. <https://doi.org/10.1111/jocn.13625>
- Friberg, F. (2017). Att göra en litteraturoversikt. I F. Friberg (Red.), *Dags för uppsats: Vägledning för litteraturbaserade examensarbeten* (s. 141–152). Studentlitteratur.
- Friberg, F., & Öhlén, J. (2017). Fenomenologi och hermeneutik. I M. Henricson (Red.), *Vetenskaplig teori och metod: Från idé till examination inom omvårdnad* (2. uppl., s. 301–323). Studentlitteratur.
- Gandhi, S., Poreddi, V., Nikhil, R. S., Palaniappan, M., & Math, S. B. (2018). Indian novice nurses' perceptions of their role in caring for women who have experienced intimate partner violence. *British Journal of Nursing*, 27(10), 559–564. <https://doi.org/10.12968/bjon.2018.27.10.559>
- Gerlock, A. A., Grimesey, J. L., Pisciotta, A. K., & Harel, O. (2011). Ask a few more questions. *The American journal of nursing*, 111(11), 35–39. <https://doi.org/10.1097/01.NAJ.0000407299.00222.ac>
- *Goldblatt H. (2009). Caring for abused women: impact on nurses' professional and personal life experiences. *Journal of Advanced Nursing (Wiley-Blackwell)*, 65(8), 1645–1654. <https://doi-org.esh.idm.oclc.org/10.1111/j.1365-2648.2009.05019.x>
- *Gutmanis, I., Beynon, C., Tutty, L., Wathen, C. N., & MacMillan, H. L. (2007). Factors influencing identification of and response to intimate partner violence: a survey of physicians and nurses. *BMC public health*, 7, 12. <https://doi.org/10.1186/1471-2458-7-12>
- Henricson, M. (2017). Diskussion. I M. Henricson (Red.), *Vetenskaplig teori och metod – från idé till examination i omvårdnad* (s. 411–420). Studentlitteratur.
- Hooker, L., & Taft, A. (2021). Who is Being Screened for Intimate Partner Violence in Primary Care Settings? Secondary Data Analysis of a Cluster Randomised Trial. *Maternal & Child Health Journal*, 25(10), 1554–1561. <https://doi-org.esh.idm.oclc.org/10.1007/s10995-021-03136-0>

- *Hughes J. (2010). Putting the pieces together: how public health nurses in rural and remote Canadian communities respond to intimate partner violence. *Online Journal of Rural Nursing & Health Care*, 10(1), 34–47. <https://doi-org.esh.idm.oclc.org/10.14574/ojrnhc.v10i1.72>
- International Council of Nurses, 2021. *ICN:s etiska kod för sjuksköterskor* [Broschyr]. <https://www.swenurse.se/publikationer/icns-etiska-kod-for-sjukskoterskor>
- *Jack, S. M., Ford-Gilboe, M., Davidov, D., MacMillan, H. L., & NFP IPV Research Team (2017). Identification and assessment of intimate partner violence in nurse home visitation. *Journal of clinical nursing*, 26(15–16), 2215–2228. <https://doi.org/10.1111/jocn.13392>
- Johnsson-Latham, G. (2019). Mäns våld mot kvinnor i ett globalt perspektiv. I G. Heimer., A. Björck., U. Albért., & Y. Haraldsdotter (Red.), *Våldsutsatta kvinnor: samhällets ansvar* (4. uppl., s. 21–56). Studentlitteratur.
- Karolinska Institutet. (2021, 8 december). Ämnesord och fritext. Hämtad 11 maj, 2022, från <https://kib.ki.se/soka-vardera/soka-information/amnesord-och-fritext>
- Kirk, L., & Bezzant, K. (2020). What barriers prevent health professionals screening women for domestic abuse? A literature review. *British Journal of Nursing (Mark Allen Publishing)*, 29(13), 754–760. <https://doi-org.esh.idm.oclc.org/10.12968/bjon.2020.29.13.754>
- Kjellström, S. (2017). Forskningsetik. I M. Henricson (Red.), *Vetenskaplig teori och metod: Från idé till examination inom omvårdnad* (2. uppl., s. 57–80). Studentlitteratur.
- Lines, L. E., Hutton, A. E., & Grant, J. (2017). Integrative review: nurses' roles and experiences in keeping children safe. *Journal of advanced nursing*, 73(2), 302–322. <https://doi.org/10.1111/jan.13101>
- Lysova, A., & Dim, E. E. (2022). Severity of Victimization and Formal Help Seeking Among Men Who Experienced Intimate Partner Violence in Their Ongoing Relationships. *Journal of Interpersonal Violence*, 37(3/4), 1404–1429. <https://doi-org.esh.idm.oclc.org/10.1177/0886260520922352>
- Lysova, A., Hanson, K., Dixon, L., Douglas, E. M., Hines, D. A., & Celi, E. M. (2022). Internal and External Barriers to Help Seeking: Voices of Men Who Experienced Abuse in the Intimate Relationships. *International Journal of Offender Therapy & Comparative Criminology*, 66(5), 538–559. <https://doi-org.esh.idm.oclc.org/10.1177/0306624X20919710>
- Leppäkoski, T., & Paavilainen, E. (2013). Interventions for women exposed to acute intimate partner violence: emergency professionals' perspective. *Journal of clinical nursing*, 22(15–16), 2273–2285. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2702.2012.04202.x>

- McCarthy, J., & Bianchi, A. P. R. (2019). The CARE approach: Supporting women who disclose intimate partner violence. *Nursing Made Incredibly Easy!*, 17(5), 42–47. <https://doi-org.esh.idm.oclc.org/10.1097/01.NME.0000577584.59395.d0>
- National Coalition Against Domestic Violence (2022). 2022 Domestic Violence Awareness Month. Hämtad 7 oktober, 2022, från <https://ncadv.org/2022DVAM>
- Nationellt centrum för kvinnofrid (2021, 18 november). The costs of gender-based violence in the European Union. Hämtad 5 oktober, 2022, från <https://www.nck.uu.se/kunskapsbanken/sokresultat-kunskapsbanken/?id=2806&librisId=&swepubId=>
- Nordborg, G. (2019). Mäns våld mot kvinnor. I G. Heimer., A. Björck., U. Albért., & Y. Haraldsdotter (Red.), *Våldsutsatta kvinnor: samhällets ansvar* (4. uppl., s. 57–95). Studentlitteratur.
- Nylén, L. (2019). Rättsväsendet - polisens, åklagarens och domstolens roller. I G. Heimer., A. Björck., U. Albért., & Y. Haraldsdotter (Red.), *Våldsutsatta kvinnor: samhällets ansvar* (4. uppl., s. 237–323). Studentlitteratur.
- Sandman, L., & Kjellström, S. (2018). *Etikboken: Etik för vårdande yrken*. Studentlitteratur.
- Segesten, K. (2017). Användbara texter. I F. Friberg (Red.), *Dags för uppsats: Vägledning för litteraturbaserade examensarbeten* (s. 49–58). Studentlitteratur.
- Smith, G., Basile, C., Gilbert, K., Merrick, T., Patel, N., Walling, M., & Jain, A. (2017). *National Intimate Partner and Sexual Violence Survey (NISVS) : 2010-2012 state report*. CDC, Centers for Disease Control and Prevention. <https://stacks.cdc.gov/view/cdc/46305>
- Socialstyrelsen. (2019, 17 april). Våld i nära relationer. Hämtad 6 maj, 2022, från <https://www.socialstyrelsen.se/kunskapsstod-och-regler/omraden/vald-och-brott/vald-i-nara-relationer/>
- Socialstyrelsen. (2019, 3 juni). Att upptäcka våld i nära relationer. Hämtad 6 maj, 2022, från <https://www.socialstyrelsen.se/kunskapsstod-och-regler/omraden/vald-och-brott/vald-i-nara-relationer/upptacka-vald/>
- Socialstyrelsen. (2019, 17 april). Om nationella screeningprogram. Hämtad 26 september, 2022, från <https://www.socialstyrelsen.se/kunskapsstod-och-regler/regler-och-riktlinjer/nationella-screeningprogram/om-nationella-screeningprogram/>
- *Sundborg, E. M., Saleh-Stattin, N., Wändell, P., & Törnkvist, L. (2012). Nurses' preparedness to care for women exposed to Intimate Partner Violence: a quantitative study in primary health care. *BMC Nursing*, 11(1), 1–11. <https://doi-org.esh.idm.oclc.org/10.1186/1472-6955-11-1>
- *van Wyk, N., & van der Wath, A. (2015). Two male nurses' experiences of caring for female patients after intimate partner violence: a South African perspective. *Contemporary nurse*, 50(1), 94–103. <https://doi.org/10.1080/10376178.2015.1010254>

- Wiklund Gustin, L., & Lindwall, L. (2012). *Omvårdnadsteorier i klinisk praxis* (s. 39–72). Natur och Kultur.
- Woodtli, M. A., & Breslin, E. T. (2002). Violence-related content in the nursing curriculum: a follow-up national survey. *The Journal of nursing education*, 41(8), 340–348. <https://doi.org/10.3928/0148-4834-20020801-06>
- World Health Organisation (2022). Violence against women. Hämtad 26 september, 2022, från https://www.who.int/health-topics/violence-against-women#tab=tab_1
- *Wyatt, T., McClelland, M. L., & Spangaro, J. (2019). Readiness of newly licensed associated degree registered nurses to screen for domestic violence. *Nurse Education in Practice*, 35, 75–82. <https://doi-org.esh.idm.oclc.org/10.1016/j.nepr.2018.12.010>
- *Yamada, N & Kato, M (2015). An Introspective Approach to Nursing Intimate Partner Violence Victims in Japan. *Journal of Forensic Nursing*, 11(4), 232–239. <https://doi-org.esh.idm.oclc.org/10.1097/JFN.0000000000000093>
- Yildiz T, Selimen D & Dogan D (2014) A study comparing the pre- and post-training knowledge of emergency department nurses in Turkey for the diagnosis of physically abused women. *Journal of Family Violence* 29, 519–525.
- Östlundh, L. (2017). Informationssökning. I F. Friberg (Red.), *Dags för uppsats: Vägledning för litteraturbaserade examensarbeten* (s. 59–82). Studentlitteratur.
- Östlundh, L. (2022). Informationssökning. I F. Friberg (Red.), *Dags för uppsats: Vägledning för litteraturbaserade examensarbeten* (4. uppl., s. 79–110). Studentlitteratur.