

Att som sjuksköterska identifiera våld i nära relation och stödja utsatta kvinnor – en litteraturöversikt

Ellen Andersson
Josefine Sundholm

Omvårdnad, kandidat
2019

Luleå tekniska universitet
Institutionen för hälsovetenskap



Att som sjuksköterska identifiera våld i nära relation och stödja utsatta
kvinnor - en litteraturöversikt

To identify intimate partner violence and support exposed women as a
nurse - a literature review

Ellen Andersson
Josefine Sundholm

Kurs: O0009H, Examensarbete

Termin 6

Sjuksköterskeprogrammet 180 hp

Handledare: Daniel Zotterman

Inledning: Våld i nära relationer är idag ett stort folkhälso- och samhällsproblem som sker oberoende av land, klass, ålder, kultur, sexualitet eller religion. Det påverkar både den fysiska och psykiska ohälsan hos den utsatte. Våld i nära relation definieras som att bli utsatt för fysiskt, psykiskt och sexuellt våld som inkluderar beteende som fysiska angrepp, psykisk misshandel, reproduktiv tvång och kontrollerande beteende. **Syfte:** Syftet med denna studie var därför att sammanställa kunskap om hur sjuksköterskor kan skapa förutsättningar för att identifiera våld i nära relation och stödja utsatta kvinnor. **Metod:** Studien var en integrerad litteraturoversikt enligt Whitemore och Knafl (2005). **Resultat:** Resultatet visade att det är viktigt att sjuksköterskor får utbildning i att identifiera våld i nära relation och kunskap om var samtalen ska ske då det är ett känsligt ämne samt att alla kvinnor ska bli frågade. Sjuksköterskor har en viktig roll i att stödja kvinnor att inse att de faktiskt är utsatta då kvinnor kan normalisera sin situation. Sjuksköterskan behöver skapa en förtroendefull relation med kvinnan för att hon ska våga berätta. **Slutsats:** Genom att sjuksköterskor har kunskap om hur våld i nära relation uttrycker sig kan fler kvinnor identifieras och därmed får fler kvinnor stöd. Detta gör att sjuksköterskan kan minska ohälsan hos dessa kvinnor.

Nyckelord: Våld i nära relation, Sjuksköterskor, Kvinnor, Identifiering

Våld i nära relationer är idag ett stort folkhälso- och samhällsproblem som sker oberoende av land, klass, ålder, kultur, sexualitet eller religion. Våld i nära relation kan resultera i fysisk och psykisk ohälsa och kan yttra sig som kronisk smärta, depression och minskad livskvalitet samt svårigheter att behålla sitt arbete och uppfostra barn (Stam, Ford-Gilboe & Regan, 2015). Sjuksköterskan har en viktig roll i att upptäcka och identifiera våld i nära relation (Bradbury-Jones, Clark & Taylor, 2017). Det är viktigt att sjuksköterskan arbetar evidensbaserat och personcentrerat och ser människan som en helhet för att få en uppfattning om personens berättelse och ge bästa möjliga vård (Svensk sjuksköterskeförening, 2017, s. 5, 8).

Sjuksköterskan ska ha ett etiskt förhållningssätt där bemötandet och omvårdnaden bygger på respekt, värdighet och mänskliga rättigheter samt värderingar såsom tro, vanor, självbestämmande och integritet. I sin profession ska sjuksköterskan främja hälsa och förebygga ohälsa för att bevara livskvalitet och välbefinnande (Svensk sjuksköterskeförening, 2017, s. 4). Att se personen som en helhet är en av sjuksköterskans kärnkompetenser, som benämns som att ge en personcentrerad vård. I den personcentrerade vården skapar sjuksköterskan en helhet av personen för att därigenom identifiera individuella resurser, behov och önskemål för att utifrån dessa ge en god och personcentrerad omvårdnad (Svensk sjuksköterskeförening, 2017, s. 7). Förutom sjuksköterskan är omgivningen och tillgången till det sociala stödet en skyddande faktor och betydelsefullt för den utsatte (Distelberg, Borieux & Martin, 2014).

Våld i nära relation definieras som att bli utsatt för fysiskt, psykiskt och sexuellt våld som inkluderar beteende som fysiska angrepp, psykisk misshandel, reproduktiv tvång och kontrollerande beteende. Förövaren kan vara en nuvarande eller före detta partner (World Health Organisation [WHO], 2013). Denna definition styrks även av Alexander, Volpe, Abboud och Campbell (2016) som säger att våld i nära relation består av fysisk och psykisk misshandel samt reproduktiv tvång. Att leva med våld i nära relation kan ge kvarstående fysiska och psykiska symtom, känna skam eller att vara socialt isolerad (Saint Arnault & O'Halloran, 2016). Var femte person i Sverige, var fjärde kvinna och var sjätte man, kommer någon gång livet att bli utsatt för våld i nära relation, där vanligaste typen av brott är upprepade kränkningar och kontrollerande beteende (Brottsförebyggande rådet [Brå], 2014, s. 8). I Sverige år 2017 anmäldes 12 000 brott som innefattar våld i nära relation (Brå, 2018b). Av de fall av misshandel som sker mot kvinnor är 58% utfört av någon med nära relation till

offret (Brå, 2018a, s. 17) och det är vanligt att kvinnor blir utsatta för så grovt våld att de behöver söka sjukvård (Brå, 2014, s. 7). Enligt Brå (2014, s. 76) är våldsbrott i nära relation underrepresenterade i antalet anmälda brott och det uppskattas att endast var tredje fall av polisanmäls.

Att vara utsatt för våld i nära relation kan leda till att den utsatta blir beroende av förövaren. Detta kan leda till att kvinnan inleder ett beteende där hon ständigt försöker anpassa sig för att försöka göra förövaren nöjd, detta beteende kan vara medvetet eller omedvetet. Ett mönster skapas där kvinnan inte ser till sig själv utan dämpar sin personlighet, sina egna önsknings och upplever begränsad autonomi, minskade möjligheter att fatta beslut samt att de blir medberoende i förhållandet (Alexander et al., 2016). Många strävar efter att bli älskade, få älska och att älska sig själv samt att få vara självständiga. Att som kvinna leva i ett våldsamt förhållande kan leda till att hon känner att hon inte har något att leva för och saknar mening med livet (Saint Arnault & O'Halloran, 2016). Både kvinnans och förövarens närstående kan säga upp kontakten med kvinnan vilket kan orsaka att hon drar sig för att lämna förhållandet (Saint Arnault & O'Halloran, 2016). Även fast kvinnan lämnat relationen kan känslan av att vara en fånge och rädslan leva kvar. Kvinnorna kan uppleva hinder för våga söka hjälp kopplat till att de känner hopplöshet och skam samt att de behöver lösa situationen själv och att de tror att ingen kan hjälpa dem. Ytterligare en barriär för att söka hjälp är att kvinnan själv inte kan förklara vad det är hon behöver hjälp med, det blir istället en börda hon känner att hon behöver bära själv (Saint Arnault & O'Halloran, 2016).

Enligt Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd om våld i nära relation (SOSFS 2014:4, kap. 4) har vårdgivaren ett ansvar att vårdpersonal ska ha kunskap om våld i nära relation för att säkerställa att utsatta får en så bra vård som möjligt. Vidare ska det finnas rutiner för hur vårdpersonalen ska arbeta med våldsutsatta för att öka säkerhet och säkerställa kvaliteten på omvårdnaden (SOSFS 2014:4, kap. 8, § 1). För att ge en god omvårdnad behöver sjuksköterskan även arbeta evidensbaserat (Svensk sjuksköterskeförening, 2017, s. 8). Howard et al. (2010) menar att sjuksköterskan är dålig på att ta upp ämnet om våld i nära relationer i mötet med patienten. Mörkertalet kring hur många som är utsatta för våld i nära relation är enligt Brå (2014, s. 76) stort. Syftet med denna studie var därför att sammanställa kunskap om hur sjuksköterskor kan skapa förutsättningar för att identifiera våld i nära relation och stödja utsatta kvinnor.

Metod

Litteratursökning och kvalitetsgranskning av artiklar

En pilotsökning gjordes för att säkerställa att det fanns vetenskaplig litteratur inom det valda området något som Willman, Bahtsevani, Nilsson och Sandström (2016, s. 61) tar upp.

Willman et al. (2016, s.79) menar att för att en sökning ska vara systematisk ska artiklar sökas i flera databaser därför valdes CINAHL, PsycInfo och PubMed. Vidare formulerades ett syfte för att tydliggöra forskningsproblemet enligt det Willman et al. (2016, s. 61) beskriver. Enligt Rosén (2012, s. 429) styr syftet val av metod och därför valdes en systematisk litteraturoversikt eftersom det enligt Willman et al. (2016, s. 99) är den bästa metoden för att sammanställa kunskapsläget inom ett område.

William et al. (2016, s. 61–62) beskriver att författarna ska skapa kriterier som sökningen ska uppfylla, i detta fall skulle samtliga artiklar vara publicerade mellan 2014–2019. I CINAHL och PsycInfo var ytterligare ett kriterium peer-review eftersom Mårtensson och Fridlund (2017, s. 425) menar att detta är ett sätt att avgränsa området till endast vetenskapliga artiklar. I PubMed finns inte begränsningen peer-review utan där valdes endast Nursing Journals som ett kriterium. Willman et al. (2016, s. 111) beskriver att vid sammanställning av kunskap är det viktigt att vara medveten om vilket kontext som studeras, i detta fall valdes västvärlden. Willman et al. (2016, s. 70) beskriver att en databas tesaur kan behöva användas i sökningen. CINAHLs tesaur är CINAHL-headings och i PubMed är det Medical Subject Headings, MeSH-termer (Willman et al., 2016, s.70). I PsycInfo benäms tesarusen som Thesaurus of Psychological Index Terms (Statens beredning för medicinsk utvärdering [SBU], 2017, s. 30). Sökning genomfördes med sökord från respektive databas tesaurus och fritext (Willman et al., 2016, s. 75), se *tabell 1* för komplett sökning.

Willman et al. (2016, s. 72–73) beskriver att sökorden först ska sökas enskilt och därefter kombineras med de booleska sökoperatorerna, OR eller AND. Den booleska söktermen OR ska användas mellan liknande ord för att bredda sökningen och hitta artiklar som innehåller något eller några av sökorden som kombineras. Söktermen AND används för att kombinera olika sökningar och på så sätt smalna av sökningen. Författarna använde samma sökord i alla tre databaser, förutom i PsycInfo och CINAHL där CINAHL headings och Thesaurus of

Psychological Index Terms skilde sig när det gällde nursing. Samtliga artiklar i PubMed återfanns även i CINAHL eller PsycInfo och därför redovisas inte söktabellen för PubMed.

Tabell 1. Litteratursökning

Syftet med sökning: Sammanställa kunskap om hur sjuksköterskan kan identifiera om en kvinna som lever våld i nära relation och hur hen kan stödja dessa personer.

CINAHL 2019 02 02 Begränsningar: publikation 2014–2019, peer review

Söknr	*)	Söktermer	Antal träffar	Antal valda
1	CH	Nurses	<u>7 894</u>	
2	FT	Nurses	<u>73 765</u>	
3	FT	Nursing	<u>96 733</u>	
4		1 OR 2 OR 3	<u>122 735</u>	
5	CH	Domestic violence	<u>1 909</u>	
6	FT	“Domestic violence”	<u>2 421</u>	
7	CH	Intimate Partner Violence	<u>2 852</u>	
8	FT	“Intimate Partner Violence”	<u>3 601</u>	
9		5 OR 6 OR 7 OR 8	<u>5 511</u>	
10		4 AND 9	<u>493</u>	
11	FT	Women	<u>134 477</u>	
12		10 AND 11	<u>247</u>	9

PsycInfo 2019 02 02 Begränsningar: publikation 2014-2019, peer-review

Söknr	*)	Söktermer	Antal träffar	Antal valda
1	DE	Nurses	<u>5 428</u>	
2	FT	Nurses	<u>14 310</u>	
3	DE	Nursing	<u>4 994</u>	
4	FT	Nursing	<u>33 715</u>	
5		1 OR 2 OR 3 OR 4	<u>37 073</u>	
6	DE	Domestic violence	<u>1 704</u>	
7	FT	“Domestic violence”	<u>2 576</u>	
8	DE	Intimate Partner Violence	<u>2 905</u>	
9	FT	“Intimate Partner Violence”	<u>3 573</u>	
10		6 OR 7 OR 8 OR 9	<u>5 141</u>	
11		5 AND 10	<u>493</u>	
12	FT	Women	<u>60 888</u>	
13		11 AND 12	<u>370</u>	18

*CH – CINAHL headings i databasen CINAHL, FT – fritextsökning, DE - PsycInfo headings i databasen PsycInfo

Samtliga artiklar som djuplästes genomgick en relevansbedömning enligt SBU:s mall för bedömning av relevans (2014, Bilaga 1). Enligt SBU (2017, s. 41–42) ska ej relevanta artiklar

uteslutas och resterande ska genomgå en kvalitetsgranskning. Författarna kvalitetsgranskade artiklarna där SBU:s (2017, s. 87) bedömning av kvalitet användes. Hög kvalitet bedömdes om artikeln hade tydligt beskriven kontext, frågeställning, urvalsprocess samt resultat. Kvaliteten bedömdes som medel om urvalet eller resultatet var otydligt. Urvalet av artiklar beskrivs i *bilaga 1*. Artiklarnas kvalitet beskrivs i *bilaga 2*, som är utformad enligt den struktur Willman et al. (2016, s. 92) beskriver.

Granskningsprotokoll för kvalitetsgranskning ska enligt Willman et al. (2016, s. 105) anpassas efter studien. För kvalitativa artiklar och de med mixad metod användes SBU:s mall (2014, Bilaga 5) för kvalitativ forskningsmetodik. För de kvantitativa artiklarna användes SBU:s mall (2014, Bilaga 3) för observationsstudier och dessa anpassades efter artiklarna och intressekonfliktsbias, rapporteringsbias, bortfallsbias och bedömningsbias bedömdes. Riktlinjer kring vad som krävdes för ett *ja* eller *nej* svar, samt när något var *oklart* eller *ej tillämpligt* bestämdes. Där urvalet inte var beskrivet kunde inte bedömning göras kring om det var relevant och svaret blev då *oklart*. För att få svar på *ja* om frågan kring etiskt resonemang krävdes det att informerat samtycke, konfidentialitet och anonymitet tagits upp. Om data- eller analysmättnad inte nämndes kunde detta inte bedömas och svaret blev därmed *oklart*. Om författarna inte hade beskrivit hur de hanterat sin förförståelse, bedömdes *nej* på frågan, samma bedömning gjordes kring relationen mellan forskare och urval. På frågan om teoretisk referensram och frågan om det genereras teori/hypotes/modell blev svaret *ej tillämpligt* om studien inte utgår från detta.

Analys

Analysen har utförts enligt Whitemore och Knafl (2005) och de fyra stegen, *datareduktion*, *datadisplay*, *datajämförelse* samt *slutsats och verifikation* har följts. I det första steget, *datareduktion*, djuplästes artiklarna var för sig och enheter som svarade på syftet markerades. Författarna diskuterade sedan oenigheter eller olikheter i valet av enheter. När författarna blev eniga extraherades och kodades enheterna för att därefter sättas in i en tabell för varje frågeställning. För att försäkra sig om att all data som svarade på syftet hade extraherats, läste författarna igenom texten och de utplockade enheterna på nytt för att försäkra att innehållet svarade på syftet. Därefter översattes enheterna till svenska och författarna bedömde att det inte fanns något behov att kondensera enheterna eftersom de redan var kortfattade.

Whittemore och Knafl (2005) beskriver nästa steg som *datadisplay* där det ska göras en sortering av enheterna som plockats ut. För att analysen och sorteringen skulle vara tydlig skapades flera kolumner, en för varje kategori, där textenheter sattes in i kolumner där enheterna hade liknande innebörd. I nästa steg, som var *datajämförelse*, jämfördes och analyserades de olika kategorierna. Enheterna kodades och skrevs ihop i mindre kategorier med hög samstämmighet, för att sedan skriva ihop dessa små enheter till större kategorier och slutligen skrevs brödtexter till varje kategori. I det sista steget, *slutsats och verifikation* lästes resultatet i samtliga artiklar som analyserats för att säkerställa att innehållet stämde överens med översiktens resultat. Genom att sammanställa kunskap på detta sätt bildas enligt Whittemore och Knafl (2005) en integrerad sammanfattning av våra frågeställningar och leder till att en ny förståelse av forskningsfrågan skapas. En översikt av analyserade artiklar presenteras i *bilaga 2*, som är utformad enligt Willman et al. (2016, s. 92).

Resultat

En systematisk litteraturoversikt har genomförts som resulterade i fem kategorier. En översikt av dessa presenteras i *tabell 2*. Resultatet presenteras med kategorier och tillhörande brödtexter. Syftet med studien var att sammanställa kunskap om vilka förutsättningar som krävs för att sjuksköterskor ska kunna identifiera och stödja kvinnor som utsatts för våld i nära relation.

Tabell 2. Översikt av kategorier (n=5)

Kategorier
Att veta hur våld i nära relation kan uttrycka sig
Att stödja kvinnan att sätta ord på sin utsatthet
Att skapa en förtroendefull relation
Att ställa frågan till alla kvinnor
Att skapa en trygg miljö för samtal med kvinnan

Att veta hur våld i nära relation kan uttrycka sig

Våld i nära relation kunde uttrycka sig på många olika sätt och även vara dolt utifrån. En förutsättning för att kunna identifiera och stödja dessa kvinnor var att sjuksköterskorna skulle veta hur våld i nära relation kunde uttrycka sig. Kvinnorna talade inte alltid om grundorsaken till deras fysiska skador när de sökte sig till vården.

Enligt Bradbury-Jones, Taylor, Kroll och Duncan (2014) kan våld i nära relation se ut på olika sätt. Francis, Loxton och James (2016) och Malpass et al. (2014) tar upp att sjuksköterskor behövde vara medvetna om att kvinnorna kunde ha tränat sig på att dölja våldet de utsatts för genom att agera normalt. Våldet var därmed inte alltid synligt för utomstående. I vissa fall agerade förövaren annorlunda utanför hemmet och då såg omgivningen bara den bra sidan, något sjuksköterskor skulle ha i åtanke (Francis et al., 2016). Förövaren kunde uppvisa ett kontrollerande beteende som att vara respektlös mot kvinnan även om sjuksköterskan var där. I studierna menade sjuksköterskorna att om en partner förde kvinnans talan och kvinnan undvek kontakt kunde det väcka misstankar om att hon var utsatt för våld i nära relation (Alvarez, Debnam, Clough, Alexander & Glass, 2018; McGarry, 2017).

Ett sätt för sjuksköterskorna att upptäcka våld i nära relation var enligt Jack, Ford-Gilboe, Davidov & MacMillan (2016) och Sundborg, Törnkvist, Saleh-Stattin, Wändell och Hylander (2015) när kvinnorna hade skador som inte kunde döljas. Tydliga tecken som exempelvis blåmärken stärkte misstankarna om att kvinnorna var utsatta, vilket gjorde det lättare att ställa frågan. Tecken på emotionellt våld var låg självkänsla eller psykosomatisk smärta som kunde vara orsakat av ett kontrollerande beteende hos förövaren. Studierna tog upp att sjuksköterskor skulle vara medvetna om att skador kunde ha uppkommit på annat sätt än vad kvinnorna berättade. Många kvinnor som var utsatta för våld i nära relation sökte sig till sjukvården på grund av symtom som inte var relaterade till våldet men där skadan i sig var ett resultat av det (Kivelä, Leppäkoski, Helminen & Paavilainen, 2016; McGarry, 2017; Vil, Sabri, Nwokolo, Alexander & Campbell, 2017; Williams, Halstead, Salami & Koermer, 2017). Enligt Anderzen-Carlsson et al. (2017) kunde detta exempelvis vara att en kvinna sa till sjuksköterskan att hon ramlat av en stol trots att hon egentligen blivit utsatt för våld.

Vidare tog sjuksköterskorna i studierna upp att utbildning var en förutsättning för att förbättra kommunikationen med utsatta kvinnor. De uppgav att med utbildning kunde de ge en bättre omvårdnad till kvinnorna (Sundborg et al., 2015; Williams et al., 2017). Williams et al. (2017) tog upp att sjuksköterskorna ska vara medvetna om att kultur och etnicitet kunde påverka samtalet med kvinnan och kvinnans upplevelse av detta ämne.

Att stödja kvinnan att sätta ord på sin utsatthet

Sjuksköterskorna behövde hjälpa kvinnorna att sätta ord på våld i nära relation är. Kvinnor som blivit utsatt för eller sett våld i barndomen hade svårt att inse om deras partner utsatte dem för

våld, då det såg våld som en normal del av ett förhållande. Sjuksköterskorna behövde vara medvetna om att kvinnorna kunde normalisera våldet.

I studier har det framkommit att sjuksköterskor hade en roll i att stödja kvinnor att förstå att de var utsatt för våld i nära relation eftersom kvinnorna själva kunde neka det för att de inte såg deras erfarenheter som våld (Bradbury-Jones et al., 2014; Burton, Halpern-Felsher, Rehm, Rankin & Humphreys, 2016; Francis et al., 2016; Jack et al., 2016; Williams et al., 2017). Kvinnor som hade sett eller blivit utsatta för våld som barn hade svårare att identifiera om de var utsatta för våld i nära relation och det tog därmed längre tid innan de sökte hjälp. Kvinnorna såg våld som en normal del av ett förhållande och därför var det vanligare att kvinnor som varit utsatta för eller sett våld i barndomen också blev utsatta i vuxen ålder (Anderzen-Carlsson et al., 2017; Francis et al., 2016; Jack et al., 2016; La Flair, Bradshaw, Mendelson & Campbell, 2015; Thomas & Scott-Tilley, 2017). Sjuksköterskorna kunde stödja kvinnorna på ett bättre sätt genom att vara medvetna om att de kunde ha normaliserat sin situation. När kvinnorna normaliserade våldet de blivit utsatta för och inte visste vad våld var kunde det ta tid innan de förstod att de var utsatta för det. Kvinnorna kunde vara blinda för våldet och ha svårt att erkänna för sig själva att de var utsatta och kunde därmed inte namnge det (Bradbury-Jones et al., 2014; Francis et al., 2016; Jack et al., 2016). Francis et al. (2016) tar upp att det kunde krävas upprepade händelser innan kvinnorna kunde inse att de utsatts för våld i nära relation.

Enligt Jack et al. (2016) var det viktigt att sjuksköterskorna stödde kvinnorna att ett intimt förhållande kunde existera utan våld. De skulle också hjälpa kvinnorna att förstå hur våld i nära relation kunde se ut och hur det kändes att vara utsatt för det. Enligt Bacchus et al. (2016) och Jack et al. (2016) krävdes det att sjuksköterskorna talade med kvinnorna om vad en hälsosam relation var för att de skulle kunna inse att de levde i en ohälsosam relation. Genom att sjuksköterskorna ökade kunskapen hos kvinnorna så stöttade de kvinnorna i att identifiera skillnader och likheter mellan de två olika relationerna och hjälpte kvinnorna att identifiera vilken relation de levde i (Bacchus et al., 2016; Jack et al., 2016). Flertalet studier tog även upp att sjuksköterskorna skulle informera kvinnorna om vilken hjälp och stöd de hade rätt till då våld i nära relation påverkar både den fysiska och psykiska hälsan. Genom att göra detta kunde sjuksköterskorna stödja kvinnorna (Bacchus et al., 2016; Martín-Baena, Talavera & Montero-Piñar, 2016; Pratt-Eriksson, Bergbo & Lyckhage, 2014).

Att skapa en förtroendefull relation

Resultatet visade att en förtroendefull relation var en förutsättning för att kvinnan skulle berätta om sin utsatthet. Den förtroendefulla relationen skulle bygga ärlighet och omtänksamhet. Sjuksköterskorna skulle skapa en dialog genom att ställa öppna frågor, tillämpa aktivt lyssnande, skapa rapport och inte döma kvinnan.

Studier visade att sjuksköterskorna ansåg att den förtroendefulla relationen var den viktigaste faktorn och en förutsättning för att samtala med och stödja kvinnor utsatta för våld i nära relation (Jack et al., 2016). Anderzen-Carlsson et al. (2017) och McGarry (2017) menar att denna typ av relation skapades när sjuksköterskorna verkligen tog sig tid för kvinnorna. Sjuksköterskorna menar att det var en förutsättning att kvinnorna hade ett förtroende för dem för att våga ta upp ämnet (Bacchus et al., 2016; Sundborg et al., 2015). Förtroendet skulle bygga på ärlighet, respekt, omtänksamhet, en försäkran av sekretess samt att kvinnorna fick berätta sin historia utan att bli dömd (Bacchus et al., 2016; Jack et al., 2016; Pratt-Eriksson et al., 2014).

I kommunikationen med kvinnorna beskriver Jack et al. (2016) och Williams et al. (2017) att sjuksköterskorna strävade efter att skapa rapport, - en samstämmighet i relationen där de inblandade personerna förstår varandras känslor och idéer samt har en bra kommunikation (rapport, 2019) - detta ansågs vara en förutsättning för att kunna uppmärksamma kvinnor som var utsatta för våld i nära relation. Genom att skapa rapport och använda sig av aktivt lyssnande försäkrade sig sjuksköterskorna om att kvinnornas integritet skyddades och att frågorna ställdes personligt. Vidare menar Jack et al. (2016) och McGarry (2017) att kommunikationen mellan sjuksköterskan och kvinnan skulle vara en dialog som byggde på öppna frågor. Sjuksköterskorna i studierna uttrycker att kvinnorna då fick möjlighet att ställa frågor och berätta om vad de hade upplevt. Francis et al. (2016) och Malpass et al. (2014) beskriver att när sjuksköterskorna bemötte kvinnorna med empati och lyssnade på berättelsen redan från början togs kvinnorna på allvar och de fick en inblick i kvinnornas liv vilket underlättade omvårdnaden av kvinnorna. Genom att sjuksköterskan främjade kvinnornas autonomi och self-efficacy fick kvinnorna ett stöd som minskade deras lidande (Malpass et al., 2014).

Att ställa frågan till alla kvinnor

Genom att sjuksköterskorna ställde frågan till alla kvinnor avstigmatiserades ämnet. Kvinnorna behövde få veta att våld i nära relation inte är ovanligt och att de inte är ensamma. Sjuksköterskorna kunde inleda samtalet med att ställa frågor runt omkring våld i nära relation. Sjuksköterskan skulle tänka på att inte visa på eventuell nervositet då det kunde vara ett hinder för att prata om ämnet.

När sjuksköterskorna ställde frågan om våld i nära relation avstigmatiserades ämnet och ledde till att fler kvinnor pratade om sina erfarenheter. Studier beskrev att det var viktigt att det togs upp att våld i nära relation inte var ovanligt eller accepterat i samhället och att kvinnorna inte var ensamma (Anderzen-Carlsson et al., 2017; Bacchus et al., 2016; Hamberger et al., 2014; Pratt-Eriksson et al., 2014). Sjuksköterskorna hade enligt studierna ett ansvar att ställa frågan om våld i nära relation till alla kvinnor, inte bara till de som misstänktes vara utsatta. När sjuksköterskorna gjorde detta visade de kvinnorna att de brydde sig och ville hjälpa till (Bacchus et al., 2016; Bradbury-Jones et al., 2014; Pratt-Eriksson et al., 2014; Salmon, Baird & White, 2015; Williams et al., 2017). När sjuksköterskorna ställde frågan för första gången kunde en tanke väckas hos kvinnorna. Sjuksköterskorna menade på att kvinnorna inte alltid vågade berätta om deras upplevelser vid första besöket och därför behövde kvinnorna få tid och att frågan därför skulle upprepas vid flera besök (Alvarez et al., 2018; Jack et al., 2016).

Jack et al. (2016) och Williams et al. (2017) menar att för att starta en konversation kring våld i nära relation kunde sjuksköterskorna inleda med att ställa mindre känsliga frågor som till exempel allmänt om relationer eller om kvinnorna kände sig säkra i hemmet. Vidare skulle sjuksköterskorna ställa frågan direkt till kvinnorna och använda sig av ett vardagligt språk. Bacchus et al. (2016) och Williams et al. (2017) tar upp att sjuksköterskor uppmärksammade att när de visade sig obekväma eller nervösa att prata om våld i nära relation så uppstod ett hinder för att kvinnorna skulle berätta om sina upplevelser.

Att skapa en trygg miljö för samtal med kvinnan

Att skapa en trygg miljö för samtalet om våld i nära relation var en förutsättning för att kunna samtala om våld i nära relation. Sjuksköterskan skulle tänka på att miljön skulle vara lugn och trygg samt att samtalet skulle ske enskilt för att kvinnorna skulle känna sig säkra.

Flera studier beskrev att miljön där samtalet om våld i nära relation ägde rum var

betydelsefullt eftersom det är ett känsligt ämne. Sjuksköterskorna ville skapa en lugn miljö där kvinnorna kände sig säkra något som var en förutsättning för att kvinnorna skulle öppna upp sig (Anderzen-Carlsson et al., 2017; Bradbury-Jones et al., 2014; Jack et al., 2016; McGarry, 2017; Sundborg et al., 2015). Genom att sjuksköterskorna även var närvarande i stunden och visade att de brydde sig om kvinnorna så upprättades en miljö där känsliga ämnen kunde diskuteras och där kvinnornas självkänsla kunde stärkas (Bacchus et al., 2016; McGarry, 2017; Sundborg et al., 2015). Samtalet mellan sjuksköterskan och kvinnan skulle ske enskilt detta för att skydda kvinnornas integritet. Om sjuksköterskorna inte tog hänsyn till detta kunde identifiering av våld i nära relation missas eftersom kvinnorna inte vågade berätta framför någon annan än sjuksköterskan (Bacchus et al., 2016; Burton et al., 2016; Jack et al., 2016; Malpass et al., 2016; McGarry, 2017; Sherman et al., 2017; Williams et al., 2017).

Diskussion

Syftet med denna studie var att sammanställa kunskap om hur sjuksköterskor kan skapa förutsättningar för att identifiera våld i nära relation och stödja utsatta kvinnor. Kategorierna som skapades var att veta hur våld i nära relation kan uttrycka sig, att stödja kvinnan att sätta ord på sin utsatthet, att skapa en förtroendefull relation, att ställa frågan till alla kvinnor och att skapa en trygg miljö för samtal med kvinnan.

Resultatet av vår studie visade att sjuksköterskorna skulle veta hur våld i nära relation kunde uttrycka sig för att kunna bemöta kvinnor på ett bra sätt. Enligt Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd om våld i nära relation (SOSFS 2014:4, kap. 4) ska vårdpersonal ha kunskap om våld i nära relation för att säkerställa att en utsatt person får så god omvårdnad som möjligt. Detta tas även upp i vårt resultat där ökad kunskap hos sjuksköterskorna ger en bättre omvårdnad till utsatta kvinnor. Vidare menar Tower (2006) att brist på kunskap också blir ett hinder för att kunna identifiera våld i nära relation. Efe och Taşkın (2012) och Tower (2006) menar att få sjuksköterskor har fått utbildning i att möta kvinnor utsatta för våld i nära relation. Om de inte får tillräckligt med träning kan de undvika att bemöta dessa kvinnor. Att inte ha kunskap eller utbildning blir således ett hinder både för att identifiera och stödja dessa kvinnor. En utbildning kan förbättra kommunikationen mellan kvinnorna och sjuksköterskorna, något som tas upp i vårt resultat. I Socialstyrelsens kunskapsöversikt om våldsutsatta kvinnor (Socialstyrelsen, 2014) står det att vårdpersonal är skyldiga att identifiera våld och erbjuda stöd och behandling till utsatta kvinnor. Enligt kompetensbeskrivningen för

legitimerad sjuksköterska (Svensk sjuksköterskeförening, 2017, s. 8) har hen ansvar att kontinuerligt uppdatera sina kunskaper inom sitt arbetsområde.

Vårt resultat visade att våld inte alltid är synligt utifrån och att sjuksköterskan behövde veta hur det kunde se ut för att identifiera dessa kvinnor. För att öka sjuksköterskornas kunskap om våld i nära relation har Ambuel et al. (2013) kommit fram till en intervention. Interventionen är ett utbildningsprogram som syftar till att ge ökad kunskap om identifiering, screening, interventioner och förebyggande av våld i nära relation samt vilka hinder som kan uppkomma vid identifiering. Genom att stödja kvinnan i vad ett hälsosamt förhållande är, kan hon inse vilken typ av förhållande hon lever i samt hur det påverkar hälsan. Till sist utvecklas verktyg kring riktlinjer och förhållningssätt, frågeformulär, guide för säkerhetsplanering samt informationsblad till kvinnorna om vilken hjälp som finns att få, och hur dessa verktyg ska anpassas till varje klinik. Efter utbildningsprogrammet av Ambuel et al. (2013) rapporterar sjuksköterskorna att utbildningen gav ökad kunskap om våld i nära relation och en ökad förståelse av utsatta kvinnor. Sjuksköterskorna upplevde också att utbildningen hjälper dem att förstå, lyssna och hjälpa utsatta kvinnor samt att alla kvinnor får möjlighet till screening och det leder till en förbättrad omvårdnad.

Enligt vårt resultat har sjuksköterskan en viktig roll i att stödja kvinnan att sätta ord på sin utsatthet då vissa kvinnor kunde se våld som en normal del av ett förhållande och hade därmed svårt att inse om hon var utsatt. Detta styrks av Ehrensaft et al. (2003) och Dardis, Dixon, Edwards och Turchik (2015) som också tar upp att människor som upplevt eller sett våld inom familjen som barn kan se detta som normalt och ett lämpligt sätt att hantera konflikter. Detta leder till att de med större sannolikhet använder sig av dessa beteenden i framtida förhållanden. Detta stöds av teorin The Intergenerational Transmission of Violence som har sina rötter i den sociala inlärningsteorin och menar att personer som upplevt våld i barndomen har större risk att bli utsatta som vuxna (Savage, Palmer & Martin, 2014). Den sociala inlärningsteorin har utvecklats av Albert Bandura (1977) och har som fokus på att inlärningen av ett beteende sker genom observation och imitation. En människas beteende kan utgöra en modell för en annan människas beteende. Människan formar och anpassar sig efter olika beteenden, vilket kallas för modellinlärning. Den sociala inlärningsteorin beskriver en koppling mellan att bli utsatt för fysisk misshandel i barndomen och att utöva fysiskt våld i vuxen ålder, alltså barn som ser föräldrarna utöva våld härmar föräldrarnas beteende. Macy, Renz och Pelino (2013) styrker vårt resultat kring normalisering av våld i nära relation och tar

upp att för dessa kvinnor kan våld vara starkt kopplat till kärlek, omtänksamhet, familj och intimitet. Kvinnorna kan ha svårt att inse att våld av deras partner inte är acceptabelt. Därför är det enligt Macy et al. (2013) viktigt i omvårdnaden av kvinnan att ta reda på vad kvinnan identifierar som hälsosamma relationer, något som även kom fram i vårt resultat. I vårt resultat beskrivs det att för att kvinnan ska inse att hon är utsatt för våld behöver sjuksköterskan stödja henne att se skillnad mellan hälsosamma och ohälsosamma relationer.

Vårt resultat visade att det är en förutsättning att sjuksköterskan skapar en förtroendefull relation till kvinnan för att våga ställa frågan om våld i nära relation. Ett sätt för sjuksköterskorna att komma in på ämnet om våld i nära relation som togs upp i vårt resultat var att börja med andra samtalsämnen runt omkring samt använda sig av ett vardagligt språk. Crawford, Roger och Candlin (2017) menar på att när sjuksköterskan använder ett vardagligt språk får hen en förståelse av personens psykosociala hälsa samt att en förtroendefull relation skapas. Belcher och Jones (2009) menar att en förutsättning för att kunna skapa en förtroendefull relation är att skapa rapport, något som också kom fram i vårt resultat. Beskrivningen av rapport i vårt resultat styrks av Norfolk, Birdi och Walsh (2007) som säger att rapport är när det skapas en delad förståelse och samstämmighet mellan sjuksköterskan och patienten. Crawford et al. (2017) menar på att när rapport skapas är det större chans att förhållandet mellan vårdpersonal och patient kännetecknas av förtroende och samarbete. Om sjuksköterskan har svårt att kommunicera med patienten och därmed svårt att skapa rapport blir skapandet av det terapeutiska förhållandet svårt och kan eventuellt resultera i ohälsa för den utsatte. Att skapa rapport ses som viktigt av både sjuksköterskor och patienter och sjuksköterskan skapar rapport genom att initiera en dialog med patienterna. Detta får kvinnorna att känna tillhörighet, att vården är genuin och att känna förtroende för sjuksköterskan. Rapport och förtroende utvecklas genom en process som kommer från gemensamt förstående och där sjuksköterskan respekterar kvinnornas behov och oro. Norfolk et al. (2007) tar upp att empati är en nyckelroll i utvecklandet av rapport, även Crawford et al. (2017) menar att empati har en viktig roll i utvecklandet av rapport. Enligt Norfolk et al. (2007) beror förmågan att skapa rapport på tre olika faktorer relaterade till sjuksköterskan, kvinnan och miljön. Faktorer som spelar roll hos både sjuksköterskan och kvinnan i skapandet av rapport är humör, självmedvetenhet, förväntningar. För sjuksköterskan spelar även självförtroendet in och för kvinnan hur komplext hennes problem är. Faktorer i miljön som påverkar är, vilken atmosfär det är i rummet, vilka resurser som finns och vilken tid på dygnet det är. Rapporten som skapas mellan sjuksköterskan och kvinnan sker inte i något speciellt

ögonblick, utan är en interaktivprocess där en samstämmighet och en förståelse för patientens förväntningar, känslor och tankar ska skapas. Att rapport är en interaktiv process tas upp av både Crawford et al. (2017) och Norfolk et al. (2007).

Vårt resultat visade att sjuksköterskan skulle ställa frågan om våld i nära relation till alla kvinnor och om sjuksköterskorna visade nervositet för ämnet kunde detta vara ett hinder för identifieringen. Genom att ställa frågan till alla kvinnor blev ämnet avstigmatiserat. Detta styrks av Efe och Taşkın (2012) som tar upp att kvinnorna även vill bli frågade om de har blivit utsatta för våld i nära relation. Enligt Efe och Taşkın (2012) har sjuksköterskan en nyckelroll i att hantera våld i nära relation tack vare möjligheten att av att de har en nära relation med patienten. En intervention för att identifiera våld i nära relation är att använda sig av screeninginstrument. Morrison, Allan och Grunfeld (2000) har tagit fram ett screeninginstrument med direkta frågor om våld i nära relation. Patienterna ska få information att de endast svarar på de frågor som de känner sig bekväma med. Genom att rutinmässig ställa direkta frågor om våld i nära relation skickas ett budskap till samhället att våld är oacceptabelt. Detta tas även upp i vårt resultat som visade att genom att ställa frågan till alla avstigmatiseras ämnet. Detta leder till att om en person blir utsatt senare i livet vet denne att den kan prata med vårdpersonal om detta ämne (Morrison et al., 2000).

Oavsett vilket screeninginstrument som används spelar det också roll vilka frågor som ställs samt om frågorna inkluderar psykiskt, fysiskt våld eller reproduktivt tvång (Sprague et al., 2012). Morrison et al. (2000) menar att om sjuksköterskan missar att fråga om en viss typ av våld kan det vara ett hinder i identifieringen eftersom om kvinnan kan vara utsatt för annan typ av våld än det som efterfrågas. Därför är det viktigt att ha kunskap om hur frågan ska ställas, något som också tas upp i vårt resultat. Ytterligare ett hinder för att ställa frågan är det som Häggblom, Hallberg och Möller (2005) tar upp, att när sjuksköterskor inte vet hur de ska formulera frågan om våld i nära relation och inte har erfarenhet av att ha ställt frågan blir detta ett hinder. Morrison et al. (2000) menar på att ett screeninginstrument med direkta frågor underlättar identifieringen något som också stöds av Sprague et al. (2012). Sprague et al. (2012) tar också upp att ett frågeformulär med direkta frågor som kan ställas snabbt underlättar speciellt i en stressig vårdmiljö. Morrison et al. (2000) tar upp att screeninginstrument leder till att fler kvinnor som är utsatta för våld i nära relation identifieras samt att antalet identifierade fall ökar om frågan ställs.

Resultatet i vår studie visade att en trygg miljö för samtalet var viktigt. Ett hinder för den trygga miljön kunde vara att sjuksköterskorna visade nervositet eller att det inte fanns möjlighet till en avskild plats att ha samtalet på. Detta tas även upp av Efe och Taşkın (2012) som menar att ett hinder för sjuksköterskor att ställa frågan är stress eller brist på tid och svårigheter att få en privat miljö. Sjuksköterskan kan känna oro för att någon ska komma till skada om det inte finns en avskild plats för att prata om våld i nära relation med kvinnan. Sjuksköterskor beskriver enligt Efe och Taskin (2012) att de knappt har tid att hantera de brådskande fall och det är därför svårt att ha tid över att sätta sig ner och prata med kvinnorna. Därmed blir också den höga arbetsbördan ett hinder för att ställa frågan. En utsatt kvinna behöver inte bara behandling för de fysiska skadorna, utan har också ett behov av emotionellt stöd och information om vilket hjälp som kvinnorna har rätt till. Häggblom et al. (2005) beskriver också att brist på tid kan vara ett hinder att ställa frågan men också att ett hinder kan vara om sjuksköterskan är rädd för svaret eller anser att frågan inte är relevant att ställa. Vårt resultat visade även att kvinnorna ville bli lyssnade på. Häggblom och Möller (2007) beskriver att om sjuksköterskan inte lyssnar på kvinnorna kan det resultera i att kvinnorna upplever skam. Kvinnorna känner sig nakna när de tar mod till att öppna upp om ett privat ämne och sen inte bli lyssnade på. Detta bemötande kan leda till att kvinnan nästa gång ljuger om orsaken till skadan eller symtomen hon söker för, istället för att berätta sanningen.

Vårt resultat tog upp att det är viktigt att lyssna på kvinnornas berättelse när de faktiskt vågar berätta om vad de upplevt. Berglund, Westin, Svanström och Sunderler (2012) menar på att om kvinnan känner att hon inte blir lyssnad på kan det leda till ett vårdlidande. Ett vårdlidande kan även uppstå om en kvinna känner att vårdpersonalen varken litar på eller förstår henne. Vidare beskriver Berglund et al. (2012) att hur väl kvinnan blir bemött i vården kommer påverka kvinnans framtida förtroende till vården. Enligt Berglund et al. (2012) utgår vårdlidande från fyra komponenter att bli illa behandlad, att få kämpa för autonomi och få behov tillgodosedda, att känna sig maktlös samt känna sig splittrad och objektifierad. Att ha blivit utsatt för vårdlidande kan påverka hälsan och välbefinnandet negativt och ha en negativ påverkan på framtida kontakter med vården. Berglund et al. (2012) tar upp att när kvinnan inte blir lyssnad på eller tagen på allvar ökar sårbarhet. Berglund et al. (2012) tar också upp att en persons lidande inte alltid syns utifrån, något som även återfinns i vårt resultat.

Metodkritik

Metoddiskussionen kommer att diskuteras enligt Holloway och Wheeler (2010, s. 302) som

beskriver fyra begrepp för att bedöma trovärdigheten i en kvalitativ studie; pålitlighet, tillförlitlighet, bekräftelsebarhet och överförbarhet. Även Henricsons (2012, s. 472–475) begrepp för kvantitativ forskning; validitet, reliabilitet och generaliserbarhet, kommer att diskuteras.

Holloway och Wheeler (2010, s. 302–303) menar på att för att en studie ska vara pålitlig ska läsaren kunna följa forskarens arbete och bedöma om analysen som är utförd är lämplig för att avgöra om det går att upprepa studien. Att kontexten är tydligt beskriven och att studien kan upprepas stärker pålitligheten enligt Holloway & Wheeler (2010, s. 302–303). I vår metod beskrevs utförandet tydligt och i kronologisk ordning med tillhörande tabeller för att studien skulle kunna upprepas, något som ökar pålitligheten enligt Holloway och Wheeler (2010, s. 302–303). Sökningen gjordes i tre olika databaser och det stora antalet artiklar som återfanns i den slutgiltiga sökningen kan ha påverkat pålitligheten då relevanta artiklar kan ha missats eftersom det var svårt att systematiskt hantera den stora mängden av artiklar. Henricson (2012, s. 474) menar på att reliabilitet är relaterat till pålitligheten i ett arbete. Om ett arbete har en tydligt beskriven datainsamling och dataanalys så har arbetet en hög reliabilitet och är reproducerbart. Författarna anser att detta arbete har hög reliabilitet då både datainsamling och analysen är tydligt beskriven.

Holloway och Wheeler (2010, s. 303) menar att för att en studie ska ha tillförlitlighet ska studiens resultat inte tolkas. För att se till att resultatet inte tolkades har författarna i denna studie gått tillbaka till originalkällan upprepade gånger och läst hela artiklarna, inte bara utvalda textenheter, för att se till att de överensstämmer och ingen data har missats. Holloway och Wheeler (2010, s. 303) menar att detta skapar en helhetskänsla och säkerställer att innehållet inte tolkas vilket de menar stärker tillförlitligheten. För att få en hög tillförlitlighet menar Holloway och Wheeler (2010, s. 303) att det är viktigt att resultatet verkligen svarar på syftet med studien. En styrka i studien var att samtliga artiklar kvalitetsgranskades och de som hade låg kvalitet uteslöts, något som enligt Holloway och Wheeler (2010, s. 303) ökar tillförlitligheten. Att en studies resultat verkligen svarar på syfte innebär det enligt Henricson (2012, s. 473) att studien har hög validitet. Författarna anser att syftet besvarats i denna studie och att det höjer studiens validitet.

Enligt Holloway och Wheeler (2010, s. 303) har en studie bekräftelsebarhet om det går att spåra datan från resultatet tillbaka till originalartiklarna. Holloway och Wheeler (2010, s. 303)

menar att för att läsaren ska kunna spåra data till originalartikeln ska det finnas en kronologisk beskrivning hur källan har hittats från början, vilket beskrivs i detalj i vår metod. Författarna har även använt sig av tydlig referensteknik och därmed möjliggör det för läsaren att gå tillbaka till originalkällan, något som enligt Holloway och Wheeler (2010, s. 303) stärker bekräftelsebarheten. Författarna har även skapat en översiktstabell över samtliga artiklar som analyserats samt markerat dessa i referenslistan något som också anses stärka bekräftelsebarheten enligt Holloway och Wheeler (2010, s. 303).

Holloway och Wheeler (2010, s. 303) menar att om kunskap från en studie är relevant i liknande eller andra sammanhang är studien överförbar, i denna studien anses resultatet vara överförbart till liknande kontext men inte till ett helt annat. Studien är fokuserad endast på kvinnor som lever i västvärlden och kan endast föras över till liknande kontext något som sänker överförbarheten. Att i sin helhet överföra resultatet till en helt annan kontext är inte möjligt då till exempel kultur, land, sociala normer och kön kan påverka synen på våld i nära relation. Enligt Henricson (2012, s. 475) är begreppet generaliserbarhet relaterat till begreppet överförbarhet. Henricson (2012, s. 475) tar upp att det är viktigt att se över vilka länder de inkluderade studierna är utförda i, detta för att se om resultatet är generaliserbart. I denna studie valdes västvärlden att studeras för att författarna önskade att resultatet till en viss del skulle kunna generaliseras mellan dessa länder som anses ha liknande kontext.

Slutsats

Översikten syftade till att sammanställa kunskap om hur sjuksköterskor kan identifiera våld i nära relation och stödja utsatta kvinnor. För att sjuksköterskor ska kunna identifiera våld i nära relation behöver de skapa en förtroendefull relation till kvinnorna samt ställa frågan om våld i nära relation till alla kvinnor. De behöver och vill få utbildning om hur de ska formulera frågan, hur våld i nära relation kan se ut samt hur de kan stödja utsatta kvinnor.

Sjuksköterskorna bör vara medvetna om att detta är ett känsligt ämne som ska diskuteras enskilt med kvinnan. En del i att identifiera våld i nära relation är också att stödja kvinnan att inse att hon faktiskt är utsatt för våld. När en sjuksköterska i den kliniska verksamheten har kunskap om våld i nära relation kan fler utsatta kvinnor identifieras och få stöd. Oavsett hur frågan om våld i nära relation ställs upptäcks ändå fler kvinnor jämfört med om frågan inte ställs alls. Eftersom både den fysiska och psykiska hälsan blir påverkad hos en utsatt kvinna är det viktigt att sjuksköterskan identifierar dessa kvinnor för att de ska kunna få stöd och minska ohälsan. Vidare forskning behövs för att kunna ge de utsatta kvinnorna bättre stöd. I

denna studie studerades bara kvinnor då det fanns få studier om män och därför anses det finns brist på forskning om män som är utsatta för våld i nära relation. Det anses finnas behov för mer forskning både för att identifiera och stödja kvinnor och män utsatta för våld i nära relation.

Referenser

* Artiklar som ingår i resultatet

Alexander, K. A., Volpe, E. M., Abboud, S., & Campbell, J. C. (2016). Reproductive coercion, sexual risk behaviours and mental health symptoms among young low-income behaviourally bisexual women: implications for nursing practice. *Journal of clinical nursing*, 25(23–24), 3533–3544. doi:10.1111/jocn.13238

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

Ambuel, B., Hamberger, L., Guse, C., Melzer-Lange, M., Phelan, M., & Kistner, A. (2013). Healthcare Can Change from Within: Sustained Improvement in the Healthcare Response to Intimate Partner Violence. *Journal of Family Violence*, 28(8), 833–847. doi:10.1007/s10896-013-9550-9

*Anderzen-Carlsson, A., Gillå, C., Lind, M., Almqvist, K., Fändriks, A. L., & Källström, Å. (2017). Child healthcare nurses' experiences of asking new mothers about intimate partner violence. *Journal of clinical nursing*, 27(13–14), 2752–2762. doi:10.1111/jocn.14242

*Bacchus, L. J., Buller, A. M., Bullock, L., Burnett, C., Schminkey, D., Sharps, P., & Campbell, J. (2016). 'Opening the door': A qualitative interpretive study of women's experiences of being asked about intimate partner violence and receiving an intervention during perinatal home visits in rural and urban settings in the USA. *Journal of Research in Nursing*, 21(5–6), 345–364. doi: 10.1177/1744987116649634

Bandura, Albert (1977). *Social Learning Theory*. Englewood Cliffs, NJ: Prentice Hall Inc.

Belcher, M., & Jones, L. K. (2009). Graduate nurses' experiences of developing trust in the nurse–patient relationship. *Contemporary Nurse*, 31(2), 142–152. doi:10.5172/conu.673.31.2.142

Berglund, M., Westin, L., Svanström, R., & Sundler, A. J. (2012). Suffering caused by care—Patients' experiences from hospital settings. *International Journal of Qualitative Studies on Health and Well-Being*, 7. doi:10.3402/qhw.v7i0.18688

- Bradbury-Jones, C., Clark, M., & Taylor J. (2017) Abused women's experiences of a primary care identification and referral intervention: a case study analysis. *Journal of Advanced Nursing* 73(12), 3189–3199. doi: 10.1111/jan.13250
- *Bradbury-Jones, C., Taylor, J., Kroll, T., & Duncan, F. (2014). Domestic abuse awareness and recognition among primary healthcare professionals and abused women: a qualitative investigation. *Journal of clinical nursing*, 23(21–22), 3057–3068. doi:10.1111/jocn.12534
- Brottsförebyggande rådet. (2014). *Brott i nära relationer - En nationell kartläggning*. Författare: Anna Frenzel. Rapport 2014:8. Stockholm: Brottsförebyggande rådet.
- Brottsförebyggande rådet. (2018a). *Kriminalstatistik - 2018 - Anmälda brott - Preliminär statistik*. Hämtad från https://www.bra.se/download/18.62c6cfa2166eca5d70e2922/1548315169366/Sammanattning_anmalda_prel_helar_2018.pdf
- Brottsförebyggande rådet. (2018b). *Våld i nära relationer*. Hämtad 1 februari 2019, från <https://www.bra.se/statistik/statistik-utifran-brottstyper/vald-i-nara-relationer.html>
- *Burton, C. W., Halpern-Felsher, B., Rehm, R. S., Rankin, S. H., & Humphreys, J. C. (2016). Depression and Self-Rated Health Among Rural Women Who Experienced Adolescent Dating Abuse: A Mixed Methods Study. *Journal of Interpersonal Violence*, 31(5), 920–941. doi:10.1177/0886260514556766
- Crawford, T., Roger, P., & Candlin, S. (2017). Tracing the Discursive Development of Rapport in Intercultural Nurse-Patient Interactions. *International Journal of Applied Linguistics*, 27(3), 636–650. doi: 10.1111/ijal.12166
- Dardis, C. M., Dixon, K. J., Edwards, K. M., & Turchik, J. A. (2015). An Examination of the Factors Related to Dating Violence Perpetration Among Young Men and Women and Associated Theoretical Explanations: A Review of the Literature. *Trauma, Violence, and Abuse*, 16(2), 136–152. doi: 10.1177/1524838013517559
- Distelberg, B. J., Borieux, M., & Martin, A. S. (2014). A Deeper Look at the Social Support Index: A Multi-Dimensional Assessment. *American Journal of Family Therapy*, 42(3), 243–256. doi:10.1080/01926187.2013.837362

- Efe, Ş., & Taşkın, L. (2012). Emergency Nurses' Barriers to Intervention of Domestic Violence in Turkey: A Qualitative Study. *Sexuality & Disability*, 30(4), 441–451. doi:10.1007/s11195-012-9269-1
- Ehrensaft, M. K., Cohen, P., Brown, J., Smailes, E., Chen, H., & Johnson, J. G. (2003). Intergenerational transmission of partner violence: A 20-year prospective study. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 71(4), 741–753. doi:10.1037/0022-006X.71.4.741
- *Francis, L., Loxton, D., & James, C. (2016). The culture of pretence: a hidden barrier to recognising, disclosing and ending domestic violence. *Journal of Clinical Nursing*, 26(15–16), 2202–2214. doi:10.1111/jocn.13501
- *Hamberger, L., Ambuel, B., Guse, C., Phelan, M., Melzer-Lange, M., & Kistner, A. (2014). Effects of a Systems Change Model to Respond to Patients Experiencing Partner Violence in Primary Care Medical Settings. *Journal of Family Violence*, 29(6), 581–594. doi:10.1007/s10896-014-9616-3
- Henricson, M. (2012). Diskussion. i M. Henricson (Red.), *Vetenskaplig teori och metod från idé till examination inom omvårdnad*. Lund: Studentlitteratur.
- Holloway, I., & Wheeler, S. (2010). *Qualitative research in nursing and healthcare* (3. uppl.). Oxford: Blackwell Sciences.
- Howard, L. M., Trevillion, K., Khalifeh, H., Woodall, A., Agnew-Davies, R., & Feder, G. (2010). Domestic violence and severe psychiatric disorders: prevalence and interventions. *Psychological Medicine*, 40, 881–893. doi:10.1017/S0033291709991589
- Hägglom, A. M. E., Hallberg, L. R., & Möller, A. R. (2005). Nurses' attitudes and practices towards abused women. *Nursing & Health Sciences*, 7(4), 235–242.
- Hägglom, A. M. E., & Möller, A. R. (2007). Fighting for survival and escape from violence: Interviews with battered women. *International Journal of Qualitative Studies on Health & Well-Being*, 2(3), 169–178. doi:10.1080/17482620701296259
- *Jack, S. M., Ford-Gilboe, M., Davidov, D., & MacMillan, H. L. (2016). Identification and assessment of intimate partner violence in nurse home visitation. *Journal of Clinical Nursing*, 26(15–16), 2215–2228. doi:10.1111/jocn.13392

- *Kivelä, S., Leppäkoski, T., Helminen, M., & Paavilainen, E. (2017). A cross-sectional descriptive study of the family functioning, health and social support of hospital patients with family violence backgrounds. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 32(3), 1083–1092. doi:10.1111/scs.12554
- *La Flair, L. N., Bradshaw, C. P., Mendelson, T., & Campbell, J. (2015). Intimate partner violence and risk of psychiatric symptoms: The moderating role of attachment. *Journal of Family Violence*, 30(5), 567–577. doi:10.1007/s10896-015-9681-2
- Macy, R. J., Renz, C., & Pelino, E. (2013). Partner violence and substance abuse are intertwined: Women's perceptions of violence–substance connections. *Violence Against Women*, 19(7), 881–902. doi:10.1177/1077801213498208
- *Malpass, A., Sales, K., Johnson, M., Howell, A., Agnew-Davies, R., & Feder, G. (2014). Women's experiences of referral to a domestic violence advocate in UK primary care settings: a service-user collaborative study. *British Journal of General Practice*, 64(620), E151–E158. doi:10.3399/bjgp14X677527
- *Martín-Baena, D., Talavera, M., & Montero-Piñar, I. (2016). Interpersonal Violence and Health in Female University Students in Spain. *Journal of Nursing Scholarship*, 48(6), 561–568. doi:10.1111/jnu.12239
- *McGarry, J. (2017). Domestic violence and abuse: An exploration and evaluation of a domestic abuse nurse specialist role in acute health care services. *Journal of Clinical Nursing*, 26(15–16), 2266–2273. doi:10.1111/jocn.13203
- Morrison, L., Allan, R., & Grunfeld, A. (2000). Improving the emergency department detection rate of domestic violence using direct questioning. *Journal of Emergency Medicine*, 19(2), 117–124.
- Mårtensson, J., & Fridlund, B. (2017). Vetenskaplig kvalitet i examensarbete. i M. Henricson (Red.), *Vetenskaplig teori och metod från idé till examination inom omvårdnad* (2. uppl.) Lund: Studentlitteratur.
- Norfolk, T., Birdi, K., & Walsh, D. (2007). The role of empathy in establishing rapport in the consultation: a new model. *Medical Education*, 41(7), 690–697. doi: 10.1111/j.1365-2923.2007.02789.x

- *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(1). doi:10.3402/qhw.v9.23166
- Rapport. (2019). I Oxford online Dictionary. Hämtad från <https://en.oxforddictionaries.com/definition/rapport>
- Rosén, M. (2012). Systematisk litteraturöversikt. i M. Henricson (Red.), *Vetenskaplig teori och metod från idé till examination inom omvårdnad*. Lund: Studentlitteratur.
- Saint Arnault, D., & O'Halloran, S. (2016). Using mixed methods to understand the healing trajectory for rural Irish women years after leaving abuse. *Journal of Research in Nursing*, 21(5–6), 369–383. doi:10.1177/1744987116650065
- *Salmon, D., Baird, K. M., & White, P. (2015). Women's views and experiences of antenatal enquiry for domestic abuse during pregnancy. *Health Expectations*, 18(5), 867–878. doi:10.1111/hex.12060
- Savage, J., Palmer, J., & Martin, A. (2014). Intergenerational Transmission: Physical Abuse and Violent vs. Nonviolent Criminal Outcomes. *Journal of Family Violence*, 29(7), 739–748. doi: 10.1007/s10896-014-9629-y
- *Sherman, J. M., Sand-Jecklin, K., Walters, J., Dunithan, C. F., Eddy, T., & Harper, C. (2017). Implementation of a Brief Abuse and Basic Needs Tool: Impact on Utilization of Social Services in Ambulatory Medical Clinics. *Health & Social Work*, 42(4), 223–230. doi:10.1093/hsw/hlx034
- Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd om våld i nära relation*. (2014:4). Hämtad från <https://www.socialstyrelsen.se/Lists/Artikelkatalog/Attachments/19441/2014-5-7.pdf>
- Sprague, S., Madden, K., Dosanjh, S., Petrisor, B., Schemitsch, E. H., & Bhandari, M. (2012). Screening for Intimate Partner Violence in Orthopedic Patients: A Comparison of Three Screening Tools. *Journal of Interpersonal Violence*, 27(5), 881–898. doi:10.1177/0886260511423246
- Stam, M. T., Ford-Gilboe, M., & Regan, S. (2015). Primary Health Care Service Use Among Women Who Have Recently Left an Abusive Partner: Income and Racialization, Unmet Need, Fits of Services, and Health. *Health Care for Women International*, 36(2), 161–

187. doi:10.1080/07399332.2014.909431

Statens beredning för medicinsk och social utvärdering (2014). *Mall för bedömning av relevans*. [Internet]. Hämtad från

https://www.sbu.se/globalassets/ebm/metodbok/mall_relevans.pdf

Statens beredning för medicinsk och social utvärdering (2014). *Mall för kvalitetsgranskning av observationsstudier*. [Internet]. Hämtad från

https://www.sbu.se/globalassets/ebm/metodbok/mall_observationsstudier.pdf

Statens beredning för medicinsk och social utvärdering (2014). *Mall för kvalitetsgranskning av studier med kvalitativ forskningsmetodik – patientupplevelser*. [Internet]. Hämtad från

https://www.sbu.se/globalassets/ebm/metodbok/mall_kvalitativ_forskningsmetodik.pdf

Statens beredning för medicinsk utvärdering. (2017). *Utvärdering av metoder i hälso-och sjukvården och insatser i socialtjänsten - en handbok* (3. uppl.). Hämtad från

<https://www.sbu.se/contentassets/d12fd955318f4feab3709d7ebcc9a72b/sbushandbok.pdf>

*Sundborg, E., Törnkvist, L., Saleh-Stattin, N., Wändell, P., & Hylander, I. (2015). To ask, or not to ask: the hesitation process described by district nurses encountering women exposed to intimate partner violence. *Journal of Clinical Nursing*, 26(15–16), 2256–2265. doi:10.1111/jocn.12992

Svensk sjuksköterskeförening. (2017). *Kompetensbeskrivning för legitimerad sjuksköterska*.

*Thomas, L., & Scott-Tilley, D. (2017). Intimate Partner Violence: The Lived Experience of Single Women. *Issues in Mental Health Nursing*, 38(3), 202–211.

doi:10.1080/01612840.2016.1261211

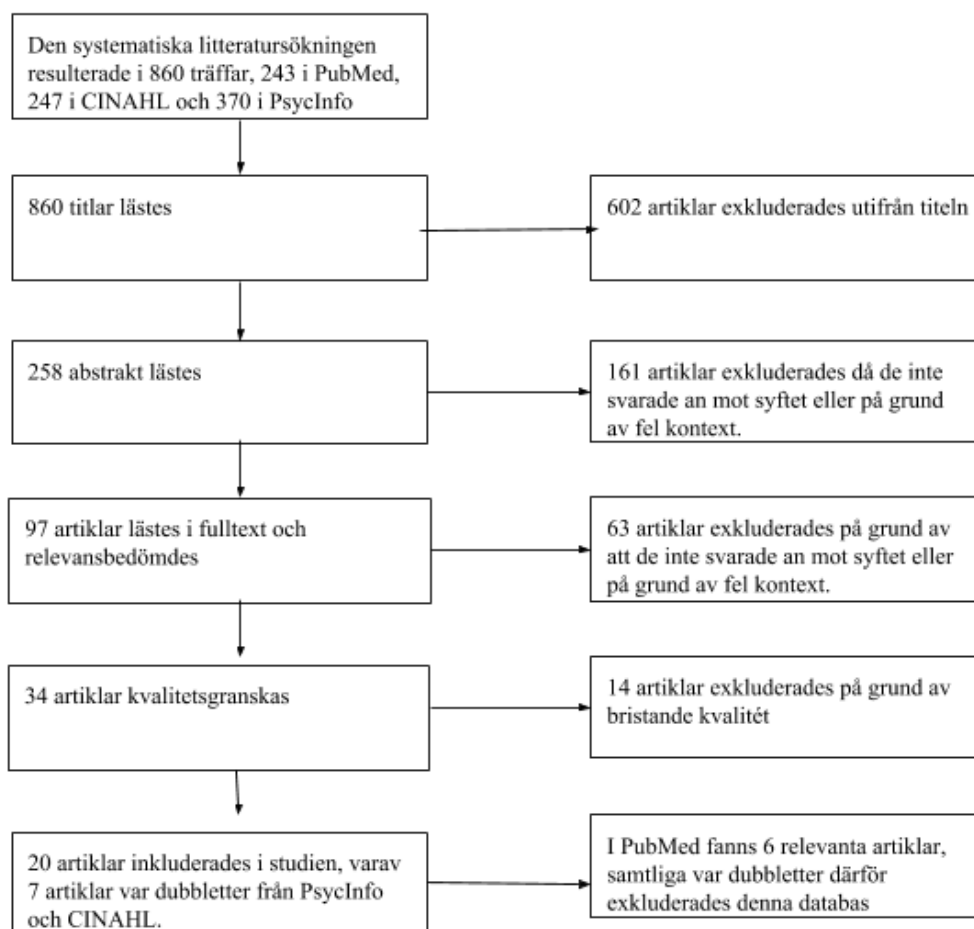
Tower, L. E. (2006). Barriers in screening women for domestic violence: A survey of social workers, family practitioners, and obstetrician-gynecologists. *Journal of Family Violence*, 21(4), 245–257. doi:10.1007/s10896-006-9024-4

*Vil, N. M. S., Sabri, B., Nwokolo, V., Alexander, K. A., & Campbell, J. C. (2017). A Qualitative Study of Survival Strategies Used by Low-Income Black Women Who Experience Intimate Partner Violence. *Social Work*, 62(1), 63–71.

doi:10.1093/sw/sww080

- Whittemore, R., & Knafl, K. (2005). The integrative review: Updated methodology. *Journal of Advanced Nursing*, 52(5), 546-553.
- *Williams, J. R., Halstead, V., Salani, D., & Koermer, N. (2017). An exploration of screening protocols for intimate partner violence in healthcare facilities: A qualitative study. *Journal of Clinical Nursing*, 26(15–16), 2192–2201. doi:10.1111/jocn.13353
- Willman, A., Bahtsevani, C., Nilsson, R., & Sandström, B. (2016). *Evidensbaserad Omvårdnad - En bro mellan forskning och klinisk verksamhet*. (4. uppl.). Lund: Studentlitteratur.
- World Health Organization. (2013). Responding to intimate partner violence and sexual violence against women: WHO clinical and policy guidelines. Hämtad från <http://www.who.int/iris/handle/10665/85240#sthash.f1Zzgmcx.dpuf>

Bilaga 1.



Bilaga 2. Översikt av analyserade artiklar (n=20) samt resultat av kvalitetsgranskning

Namn	Typ av studie	Deltagare (Bortfall)	Metod (Datainsamling/ Analys)	Huvudfynd	Kvalitet
Alvares et al. (2018). USA.	Kvalitativ	17	Intervju/Kvalitativ innehållsanalys	Det var viktigt att sjuksköterskorna ställde frågan om våld i nära relation vid flera besök och var uppmärksam på kvinnornas beteende.	Medel
Anderzen-Carlsson et al. (2017). Sverige.	Kvalitativ	15 (2)	Semistrukturerad intervju/Kvalitativ innehållsanalys	Det var viktigt att tala om för kvinnorna att våld i nära relation inte är acceptabelt och är inte en naturlig del av ett förhållande.	Hög
Bacchus et al. (2016). USA.	Kvalitativ	26	Intervju/Kvalitativ innehållsanalys	Genom att frågan om våld i nära relation togs upp avstigmatiserades ämnet. Sjuksköterskorna visade också att de brydde sig om kvinnorna och att det var okej att prata om ämnet. Att ta upp ämnet kunde också göra att kvinnorna inte kände sig ensamma.	Hög
Bradbury-Jones et al. (2014). Storbritannien.	Kvalitativ	43	Semistrukturerad intervju och fokusgrupper/ Kvalitativ innehållsanalys	Det var viktigt att sjuksköterskorna ställde frågan om våld i nära relation, även kvinnorna sa att de ville bli frågade. För att kvinnorna skulle kunna sätta ord på och erkänna att de var utsatta behövde sjuksköterskorna ta upp ämnet.	Hög
Burton et al. (2016). USA.	Mixad metod	100	Enkäter och intervjuer/ Statistisk analys och kvalitativ innehållsanalys	En kvinna som blivit utsatt för våld i nära relation kunde ibland ha svårt att se det själv. Kvinnorna måste erkänna för sig själv att de är utsatta innan de kunde sätta ord på det och söka hjälp.	Hög
Francis et al. (2016). Australien.	Kvalitativ	37	Fokusgrupper och intervju/Kvalitativ innehållsanalys	Det fanns vissa hinder för att prata om våld i nära relation, till exempel såg kvinnorna inte alltid om de var utsatta. Oavsett om kvinnorna berättade om våldet eller förnekade våldet var acceptansen och erbjudandet av stöd från vårdpersonal viktigt.	Medel
Hamberger et al. (2014). USA.	Mixad metod	34	Intervju/enkät och Kvalitativ innehållsanalys/ Statistisk analys	Genom att frågan om våld i nära relation ställs kommer fler berätta ifall de är utsatta.	Medel
Jack et al. (2016). Kanada.	Kvalitativ	63 (1)	Intervju och fokusgrupper/ Kvalitativ innehållsanalys	Kvinnor var mer benägna att berätta om sina upplevelser av våld i en ostrukturerad konversation. Sjuksköterskorna kunde inleda med att ställa frågor runt omkring såsom relationer och upplevelser i barndomen. För att kvinnan sen skulle våga berätta om sina upplevelser krävdes det ett förtroende för sjuksköterskan. Sjuksköterskorna behövde utbildning för att bemöta kvinnorna på bästa sätt.	Medel
Kivelä et al. (2017). Finland	Kvantitativ	795 (24)	Tvärsnittsstudie/ Statistisk analys	Det var viktigt att sjuksköterskan vara uppmärksam då kvinnor utsatta för våld i nära relation kunde söka vård relaterat till andra symtom eller orsaker.	Hög
La Flair et al. (2015). USA.	Kvantitativ	215	Enkät/Statistisk analys	Om en kvinna blivit utsatt för eller sett våld i nära relation som barn var det större risk att hon också blev utsatt som vuxen.	Medel
Malpass et al. (2014). Storbritannien.	Kvalitativ	35 (12)	Intervju/Kvalitativ innehållsanalys	Kvinnor som blivit utsatta för våld i nära relation kunde agera normalt så att våldet inte syntes utifrån.	Medel
Martín-Baena et al. (2016). Spanien.	Kvantitativ	540 (93)	Enkäter/Statistisk analys	Kvinnor utsatta för våld i nära relation har större risk att utveckla fysisk och psykisk ohälsa.	Hög

Namn	Typ av studie	Deltagare (Bortfall)	Metod (Datainsamling/ Analys)	Huvudfynd	Kvalitet
McGarry. (2017). Storbritannien.	Kvalitativ	11	Semistrukturerad intervju/Kvalitativ innehållsanalys	Kvinnan behövde ha förtroende för sjuksköterskan och få möjlighet att prata enskilt för att våga berätta om sin utsatthet. Samtalet mellan sjuksköterskan och kvinnan skulle vara en konversation där kvinnan fick möjlighet att berätta och ställa frågor istället för att sjuksköterskan bara gav information.	Hög
Pratt-Eriksson et al. (2014). Sverige.	Kvalitativ	12	Semistrukturerad intervju/ Fenomenologisk hermeneutisk metod	Viktigt att sjuksköterskor frågade om våld i nära relation. Kvinnor utsatta för våld i nära relation ville bli bemötta med respekt, ärlighet och att sjuksköterskan lyssnade.	Hög
Salmon et al. (2015). Storbritannien.	Mixad metod	242	Intervju och enkät/GT och Konstant jämförbar analys	Det var viktigt att sjuksköterskor upprepade frågan om våld i nära relation eftersom kvinnor inte alltid vågade berätta första gången de blev frågade.	Hög
Sherman et al. (2017). USA.	Kvantitativ	70 (29)	Enkät/Statistisk analys	Kvinnor avslöjade inte om de var utsatta för våld i nära relation om förövaren var närvarande i rummet.	Medel
Sundborg et al. (2015). Sverige.	Kvalitativ	11	Intervju/Grounded theory	Viktigt att sjuksköterskor kände igen tecken på våld i nära relation. Sjuksköterskorna behövde få information om när, var och hur frågan skulle ställas. För att sjuksköterskan skulle våga ställa frågan behövde hen känna att kvinnan hade förtroende för hen.	Hög
Thomas et al. (2017). USA.	Kvalitativ	13 (4)	Semistrukturerad intervju/ Fenomenologisk hermeneutisk metod	Sjuksköterskorna behövde vara medvetna om tecken på våld i nära relation. I mötet med kvinnorna skulle sjuksköterskorna vara närvarande och visa kvinnorna att de brydde sig. Samtalet om våld i nära relation skulle ske i en lugn och avskild miljö.	Medel
Vil et al. (2016). USA.	Kvalitativ	29	Semistrukturerad intervju/ Kvalitativ innehållsanalys	Kvinnor kunde söka sig till sjukvården och ange falsk orsak till sina symtom.	Medel
Williams et al. (2017). USA.	Kvalitativ	18	Semistrukturerad intervju/kvalitativ innehållsanalys	Sjuksköterskor har ett ansvar att fråga om våld i nära relation. I kommunikationen med kvinnor utsatta för våld i nära relation behövde sjuksköterskorna skapa rapport och kvinnorna behövde få förtroende för sjuksköterskorna.	Medel