



HÖGSKOLAN
DALARNA

Examensarbete

Filosofie kandidatexamen

Våldsutsatta kvinnor och sjuksköterskans beredskap- En litteraturöversikt

The abused woman and the nurse's readiness A literature review

Författare: Sucdi Hirsi & Farhia Deeg Jimcaalle

Handledare: Marie Elf

Granskare: Marika Marusz

Examinator: Anncarin Svanberg

Ämne/huvudområde: Omvårdnad

Kurskod: VÅ2030

Poäng: 15hp

Examinationsdatum: 2019-01-17

Vid Högskolan Dalarna finns möjlighet att publicera examensarbetet i fulltext i DiVA. Publiceringen sker open access, vilket innebär att arbetet blir fritt tillgängligt att läsa och ladda ned på nätet. Därmed ökar spridningen och synligheten av examensarbetet.

Open access är på väg att bli norm för att sprida vetenskaplig information på nätet. Högskolan Dalarna rekommenderar såväl forskare som studenter att publicera sina arbeten open access.

Jag/vi medger publicering i fulltext (fritt tillgänglig på nätet, open access):

Ja

Nej

Abstrakt

Bakgrund: Studier visar att en av tre kvinnor världen över har blivit utsatta för våld. Undersökningen *Slagen dam* visar att cirka hälften av Sveriges kvinnor har blivit utsatta för sexuella-och fysiska hot någon gång efter de fyllt 15 år. Våld mot kvinnor finns i alla samhällsklasser och är ett av världshälsoproblemen. Kvinnor som har blivit utsatta för våld söker sig ofta till vården. Därför har hälso-sjukvården en nyckelroll till att upptäcka och stödja våldsutsatta kvinnor.

Syfte: Syftet med litteraturöversikten var att sammanställa kunskap om vilken beredskap som finns för sjuksköterskor att bemöta våldsutsatta kvinnor.

Metod: Designen är en litteraturöversikt. Datainsamlingen har skett i databaserna Cinahl, Pubmed och Web OF Science.

Resultat: Resultatet är baserat på 15 vetenskapliga artiklar och visar tre huvudområden: *Vikten av utbildning, Sjuksköterskans beredskap i mötet med den våldsutsatta kvinnan och organisatoriska faktorer.* Resultatet visade att vårdpersonal har brist på utbildning och beredskap för att kunna möta kvinnor som har blivit utsatta för våld. Förutom att det finns brist på beredskap finns det också tidsbrist samt kommunikationsbrist mellan myndigheterna något som ytterligare motverkade chansen till att stödja våldsutsatta kvinnor.

Slutsats: Utifrån föreliggande litteraturöversikt kan slutsatsen dras att tydliga riktlinjer, utbildning, övning, beredskap behövs och program/ rutiner för att kunna stödja den våldsutsatta kvinnan. Det är vidare avgörande att få stöd från organisatorisk ledare för att kunna uppnå förändring.

Nyckelord: Beredskap, litteraturöversikt, våld mot kvinnor.

Abstract

Background: Studies show that one of three women worldwide is exposed to partner violence. The study *slagen dam* shows that almost half of the women in Sweden have been exposed to sexual and physical threats sometime after they reach the age of 15. Violence upon women is a major public health problem that you can find in every social group in society. Women who are exposed to partner violence are more likely to seek hospital help.

Purpose: The aim of the literature review was to collocate knowledge and preparedness of nurses when they are encountering women who are exposed to violence.

Method: The method is a literature review. Data collection has taken place in databases Cinahl and PubMed and Web of science.

Results: The finding is based on 15 scientific articles and 3 key areas: *The importance of education, nurse's preparation for meetings regarding abused women, and organization elements.*

The result articles illustrate that health-care professional has limited knowledge and preparedness to help and counting women who were victims of abuse. Lack of time and lack of communication between different authorities created a barrier to identify women who were exposed to violence.

Conclusions: From this study, the clue can be drawn that guidelines, knowledge, and training are needed, in order to help women who are living with partner violence.

Keywords: literature review, readiness, violence against women.

Innehållsförteckning

Inledning	1
Bakgrund	1
Våld.....	1
Den våldsutsatta kvinnan som patient	2
Hälso- och sjukvårdens ansvar för våldsutsatta kvinnor	2
Sjuksköterskans ansvar	3
Bemötande	3
Sekretess	4
Hinder och motstånd hos personal inom hälso- och sjukvården	5
Omvårdnadsteori.....	5
Beredskap.....	6
Vårdpersonal.....	6
Problemformulering.....	6
Syfte	6
Metod	7
Design	7
Datasamling och urval	7
Inklusions- och exklusionskriterier.....	7
Tillvägagångsätt.....	8
Värdering av artiklarnas kvalitet.....	8
Analys	8
Etiska överväganden	9
Resultat.....	9
Vikten av utbildning	9
Sjuksköterskans beredskap i mötet med den våldsutsatta kvinnan.....	11
Organisatoriska faktorer	15

Diskussion.....	16
Sammanfattning av huvudresultat	16
Resultat diskussion	16
Vikten av utbildning	17
Sjuksköterskans beredskap i mötet med den våldsutsatta kvinnan.....	17
Organisatoriska faktorer	19
Metoddiskussion	21
Etisk diskussion	22
Klinisk betydelse för samhället.....	22
Slutsats	22
Förslag till vidare forskning	23
Referenslista.....	24

Bilaga 1: Redovisning av sökmatriser.....	1
Bilaga 2: Redovisning av artiklar.....	1
Bilaga 3 & 4: Granskningsmallar för kvalitetsbedömning.....	1

Inledning

Våld mot kvinnor är ett universellt och mycket omfattande samhälls- och hälsoproblem. Världshälsoorganisationens undersökning (WHO, 2002) visar att en av tre kvinnor världen över har varit med om antingen fysiskt, psykiskt eller sexuellt våld i nära relation. Enligt WHO (2014) är partnervåld och sexuellt våld två dominerande faktorer till våld mot kvinnor. WHO (2014) skriver vidare att våld mot kvinnor förekommer i form av slag, sparkar, stryplingsförsök, brännskador, skjutvapen och kränkande behandling. Kvinnor som ligger i riskzonen för att drabbas av våld har oftast låg utbildning eller har upplevt våld mellan sina föräldrar (WHO, 2014).

Undersökningen *Slagen dam* (2001) visar att cirka hälften av Sveriges kvinnor har blivit utsatta för sexuella- och fysiska hot någon gång sedan de fyllt 15 år. Många kvinnor som blir utsatta för våld kommer i kontakt med hälso- och sjukvård. Sjuksköterskan har en viktig roll att upptäcka våld och ta hänsyn till kvinnans mående vid bemötande med kvinnor som är våldsutsatta (McGarry, 2016).

Intresset för att utforska ämnet våld mot kvinnor och sjuksköterskors beredskap att möta våldsutsatta kvinnor väcktes då vi har märkt att det finns kunskapsbrister om våld mot kvinnor i sjuksköterskeutbildningen.

Bakgrund

Våld

Våld omfattar handlingar som riktar sig mot en person. Våld kan framkalla lidande, skada, oro och kränkning (Socialstyrelsen, 2016). Våld är ett allvarligt hot mot kvinnors hälsa och välbefinnande och har en negativ effekt på kvinnans fysiska, mentala och sexuella hälsa (Socialstyrelsen, 2016; Tazeen, Mogren & Krantz, 2013). WHO:s (WHO, 2014) definition av våld omfattar fysiskt, sexuellt och psykiskt våld. Genom att ha en bred definition av våld kan man inkludera handlingar som inte nödvändigtvis resulterar i en fysisk skada eller dödsfall. Alla typer av våld innebär dock en betydande börda för individen, familjen, samhället och sjukvårdssystemet (Socialstyrelsen, 2016). Enligt Nationellt centrum för

kvinnofrid (NCK, 2017) beskriver att när det gäller våld mot kvinnor så vet man att våldet inte alltid är tydligt och många kvinnor som utsätts söker sig till vården av andra orsaker. Därför söker våldsutsatta kvinnor även vård för symtom av kronisk karaktär såsom kroniska smärtproblematik, svårförklarliga psykosomatiska problematik och psykiska besvär (NCK, 2017).

Kunskap om våld mot kvinnor och hur det kan yttra sig är viktig för vårdpersonalen inom framförallt akutsjukvården (Leppäkoski, Åstedt-Kurki & Paavilainen, 2009). Genom god kunskap kan beredskapen öka för att kunna upptäcka våld och ge den våldsutsatta kvinnan ett bra bemötande och trygghet (a.a).

Våldet orsakar inte bara negativa konsekvenser hos kvinnorna som blir utsatta men våldet leder också till stor belastning på hälso- och sjukvården och samhället (Mikton, Butchart, Dahlberg & Krug, 2016).

Den våldsutsatta kvinnan som patient

Studier visar att våldsutsatta kvinnor ofta söker sig till hälso- och sjukvården (Björck & Heimer, 2003). Det är därför viktigt att vårdpersonalen har kunskap som gör att man snabbt kan fånga upp kvinnorna för fortsatt vård och omsorg (McGarry, 2016). Akutvårdspersonal men även distriktsköterskor inom primärvården i Sverige träffar kvinnor i olika åldrar och det är därför viktigt att kunna identifiera de våldsutsatta kvinnorna (Sundborg, Törnkvist, Saleh-Stattin, Wändell & Hylander, 2015). Resultat från en studie visade de flesta kvinnor hade ingen uppfattning om vilka stöd hjälp som fanns tillgängliga i samhället. Kvinnorna uttryckte stor rädsla för att söka vård och de konsekvenser det skulle få för deras partnerrelation (Yuen -Loke, Emma -Wan & Hayter, 2012).

Hälso- och sjukvårdens ansvar för våldsutsatta kvinnor

Hälso- och sjukvården har ett ansvar när det gäller att upptäcka och identifiera våld mot kvinnor men även att ge stöd vid omhändertagande (NCK, 2017). Målet för hälso- och sjukvården är att bedriva säker vård med lika villkor för hela befolkningen. Detta innebär att vården ska vara av hög kvalitet, tillgodose

patientens behov och ge en trygghet i vården och i behandlingen. Patienten ska ges individuell och anpassad information om sitt hälsotillstånd och vilka olika behandlingsalternativ som existerar (Socialstyrelsen, 2016). Hälso-och sjukvården har därför en nyckelroll för att avslöja våldsutsatthet så att kvinnorna kan få lämplig behandling, och stöd att förändra sina situationer. Till exempel att behandla depression, långvariga smärttillstånd eller beroendesjukdomar utan att ställa frågor om våldsutsatthet kan inte anses som god vård enligt hälso- och sjukvårdslagen (NCK, 2017).

Sjuksköterskans ansvar

I International Council of Nursing (ICN) (Svensk sjuksköterskeförening, 2014) presenteras riktlinjer för sjuksköterskans yrkesverksamhet. ICN beskriver fyra ansvarsområden för sjuksköterskan att verka inom. Dessa är att främja hälsa, förhindra sjukdom, att återställa hälsa samt att dämpa lidande. Sjuksköterskan kan främja hälsa genom att respektera den våldsutsatta kvinnans historia (a.a.).

Svensk sjuksköterskeförening (2017) har formulerat sex kärnkompetenser som anses vara betydelsefulla för att kunna identifiera hälsoproblem och bedriva professionell vård. Personcentrerad vård tillhör en av sex kärnkompetenser. För en sjuksköterska innebär personcentrerad vård att arbeta med patientens övertygelse och värderingar samt att vara engagerad och närvarande i patientens tillstånd. Det handlar även om att stödja patientens integritet genom att bekräfta individens personlighet (Lepp & Leksell, 2013). Hälso-och sjukvårdspersonal behöver ha ett personcentrerat perspektiv för att kunna stödja kvinnor som utsatts för våld (Björck & Heimer, 2003). Otillräcklig med information, inte bli uppmärksammas och lyssnad på samt att inte bli sedd som en unik person med individuella behov kan leda till försämrat personcentrerat förhållningssätt (Vårdhandboken, 2018).

Bemötande

Ett gott bemötande kan främja delaktighet, patientinflytande och patientsäkerhet. Det skapar trygghet hos patienten att vilja och våga söka stöd som de har behov av (Socialstyrelsen, 2015). Många kvinnor förnekar våldet även för sig själva. Kvinnorna gör alltid ett aktivt val om vad de vill berätta. Det kan finnas en mängd

olika orsaker till att den som är våldsutsatt väljer att vänta med att lämna sin situation, till exempel att hon inte definierar sina upplevelser som våld eller inte förstår att ohälsa kan vara kopplat till våldsutsatthet (NCK, 2017).

Därför är det viktigt att bemöta kvinnan med respekt, empati och förståelse (Wikström & Renshammar, 2012). Det är också betydelsefullt att stödja den våldsutsatta och erbjuda henne den vård hon har behov av och som speglar hennes tillstånd (Wath, Wyk & Rensburg, 2013).

När vårdpersonalen hamnar i situationer då man misstänker våld mot kvinnor behövs det en god beredskap och ett program för att kunna agera professionellt (Björck & Heimer, 2003). Det är viktigt att hålla sig inom sitt kompetensområde som personal och inte agera vare sig polis eller domare utan lyssna till kvinnans berättelse. Forskning har visat att kvinnans rädsla att inte bli förstådd eller trodd är mycket stark (a.a.). Mötet med våldsutsatta kvinnor, kan utmana både sjuksköterskans attityder och känslor. Det kan även skapa ilska och kritik mot kvinnors beslut att stanna kvar med den våldsamma partnern (Goldblatt, 2009). Det är viktigt att hälso- och sjukvårdspersonalen inte utgår från egna attityder och värderingar i mötet med kvinnan (Björck & Heimer, 2003). Reisenhofer & Seibold (2012) har visat att vårdpersonal inom akutsjukvård hade negativa attityder mot våldsutsatta kvinnor. Det ledde till att kvinnorna upplevde vårdpersonalen som ointresserade och känslolösa.

Sekretess

Offentlighets- och sekretesslagen (SFS 2009:400) innebär att hälso- och sjukvårdspersonalen inte får ge ut uppgifter (vare sig muntligt eller skriftligt) om patienten (Sveriges riksdag, 2018). Sekretessen är till för att skydda patientens integritet. Alla patienter ska kunna samtala med personalen om hälsotillstånd och personliga förhållanden. Som vårdgivare är det därför viktigt att kunna bibehålla patientinformation och enbart tala med dem som är direkt berörda i vård- och behandlingsarbetet (Björck & Heimer, 2003). När sjukvårdspersonal misstänker framkomst av våld och det är tydligt att ett brott har begåtts, uppmärksammas frågan om sekretess ska gälla. Vårdpersonal har möjlighet men inte skyldighet att anmäla vissa brott till polisen. Brottshandlingar som misshandel och sexuella

övergrepp bör polisanmälas av den drabbade personen eller av samhället. Det bästa är dock om kvinnan gör polisanmälan själv (Heimer, 2008). I socialstyrelsens föreskrifter (SOSFS 2014:4) fastställs att vuxna som är eller har varit utsatta för våld eller andra övergrepp av närstående ska få säker vård och omvårdnad.

Hinder och motstånd hos personal inom hälso- och sjukvården

Kvinnor som har blivit utsatta för våld är ofta fyllda av skam- och skuldkänslor (Heimer, 2008). Brist på kunskap och tidsbrist har beskrivits som ett hinder för att sjuksköterskan ska kunna identifiera våldsutsatta kvinnor (Björck & Heimer, 2003). Björck & Heimer (2003) beskriver visar att vårdpersonal ofta saknar relevant kunskap och är osäkra på hur man ställer frågor när man möter kvinnor som kan vara utsatta för våld. Ett annat hinder kan vara att vårdpersonalen är rädda för att kränka patienten genom att fråga om våld har ägt rum. Goldblatt (2009) beskriver vikten att få stöd från organisatorisk ledare för att kunna uppnå förändring.

Omvårdnadsteori

En teori som kan vara användbar för att förstå och utveckla vård av våldsutsatta kvinnor är Katie Erikssons omvårdnads teori. Eriksson skildrar omvårdnad som kunskap att vårda människan i relation till dennes livssituation (Eriksson, 2018). Lidandet i omvårdnadsteorin består av tre områden inom vården och det är sjukdomslidande, vårdlidande och livslidande. Lidande är en oförkomlig del av att vara en människa och kan anses som någonting negativt eller ont (Eriksson, 2018). Lindande har samband med personers upplevelser av sin situation och den mening individen tillskriver en företeelse och förlust. Lidande är unikt och individuellt och kan beskrivas som en känsla av att förlora kontroll (Svenska sjuksköterskeföreningen, 2016).

Enligt Eriksson (2018) innebär en god omvårdnad att reducera lidande genom kärlek och ansvar. Eriksson anser att kränkning av patientens värdighet är den vanligaste formen av vårdlidande. Då människans värdighet kränks tar det bort möjligheten att vara unik. Vårdlidande förekommer oftast i samband med kontakt

med hälso-och sjukvården. Brist på kunskap och professionellt förhållningssätt kan resultera till vårdlidande (a.a). Det viktiga för vårdpersonalen är att våga bemöta och bekräfta kvinnor som är utsatta för våld (Björck & Heimer, 2003). I denna litteraturöversikt kommer Katie Erikssons teori användas som ramverk för att tolka resultaten.

Beredskap

Nationalencyklopedin (NE, 2018) beskriver beredskap som ett tillstånd eller villkor för att kunna vara förberedd på händelser ofta i samband med kriser. I föreliggande litteraturöversikt betyder beredskap rutiner/riktlinjer, kunskap om omhändertagande och information som finns för sjuksköterskan för att kunna stödja den våldsutsatta kvinnan.

Vårdpersonal

Enligt Svenska MeSH definieras vårdpersonal, personal som ger patienter vård inom ett organiserat sjukhus. I denna litteraturöversikt ingår sjuksköterskor i definitionen av vårdpersonal.

Problemformulering

Kvinnor utsätts för våld över hela världen och inom ett flertal kulturer. Det erkänns idag som ett globalt samhällsproblem och en kränkning av mänskliga rättigheter. Studier visar att nästan var tredje kvinna under sin livstid, blivit utsatt för våld i nära relation. Hälso- och sjukvårdspersonalen anses vara en viktig aktör när det gäller att bemöta kvinnor som utsatts för våld, då våldsutsatta kvinnor oftast söker sig till hälso- och sjukvården. I föreliggande litteraturöversikt kommer forskning att sammanställas om vilken beredskap som finns för sjuksköterskan i mötet med den våldsutsatta kvinnan. Detta för att som sjuksköterska få en ökad handlingsberedskap att bemöta dessa kvinnor.

Syfte

Syftet med litteraturöversikten var att sammanställa kunskap om vilken beredskap som finns för sjuksköterskor att bemöta våldsutsatta kvinnor.

Metod

Design

Studien har genomförts som en litteraturöversikt grundad på vetenskapliga artiklar (Friberg, 2016). Metoden ger en överblick av ett specifikt område och utgör en sammanställning av existerande forskning.

Datasamling och urval

Litteraturöversikten innehåller både kvalitativa och kvantitativa studier för att svara mot studiens syfte. Artikelsökning har gjorts genom databaserna CINAHL, PubMed och Web Of Science. CINAHL är en databas som täcker forskning inom omvårdnad och PubMed är en bred databas som täcker forskning inom medicin och omvårdnad. Web of Science är en bred databas som täcker flera forskningsområden såsom naturvetenskap, samhällsvetenskap och humaniora (Friberg, 2016).

Sökord som har använts är; *domestic violence, domestic abuse, intimate partner, Nurse, readiness, encounter*. Booleska operatörer (AND & OR) har använts för att kombinera sökord. Synonymer till orden har använts för att få en bredare sökning. MeSH-term (Medical Subject Headings) underlättar översättningen från engelska till svenska i föreliggande litteraturöversikt.

Inklusions- och exklusionskriterier

Sökningen avgränsades till tidskrifter som är peer -reviewed samt artiklar med publicering under åren 2005–2018. Avgränsningen rör artiklar som är skrivna på svenska och engelska. Vidare belyser artiklarna sjuksköterskans perspektiv vad gäller bemötande av våldsutsatta kvinnor. Även forskning som handlar om våldsutsatta män och våld mot barn exkluderades. Artiklarna kvalitetsgranskades för att avgöra om de skulle inkluderas eller exkluderas i litteraturöversikten.

Tillvägagångsätt

Vi som författat litteraturöversikten har haft ett nära samarbete genom dagliga. Vi har samarbetat med hela litteraturöversikten och har fördelat arbetet jämt mellan varandra. Vetenskapliga artiklar söktes gemensamt, lästes och granskades för att kunna hitta relevanta artiklar. Urvalet har skett genom att artiklarnas titel, abstract och sammanfattning av artiklarna och helheten av artiklarnas innehåll lästes, för att därefter avgöra om artiklarna är relevanta för litteraturöversiktens syfte.

Artiklarnas innehåll diskuterades gemensamt och de artiklar som svarade mot litteraturöversiktens syfte valdes ut. Sökorden kombinerades på olika sätt för att successivt minska antalet artikelträffar. Ett fortsatt samarbete har skett under skrivandets gång.

Värdering av artiklarnas kvalitet

Vi har granskat och bedömt 15 vetenskapliga artiklars kvalitet utifrån en kvalitetsgranskningsmall för kvantitativa och kvalitativa studier, se bilaga 3 och 4 (Willman, Stoltz & Bahtsevani, 2006; Friberg, 2016). Poängen räknades sedan om till procent för att avgöra om artiklarnas kvalitet är låg, medel eller hög, se tabell 1. Endast de artiklarna med hög eller medelhög kvalitet har inkluderats i resultatet. Data från artiklarna har tagits med och förts in i en matris där titel, författare, tidskrift, år, land, syfte, metod, värderingar och resultat har sammanfattats, se bilaga 2.

Tabell 1. Artikelkvalitet

Kvalitetsgrad	Procentindelning
Hög	80–100%
Medel	60–79%
Låg	0–59%

Analys

Fribergs (2016) metods innehåll har använts som en grund för analys och tolkning av data. Metoden består av fem steg, första steget i analysen är att de valda artiklarna lästes flera gånger för att därefter andra steget identifiera relevanta fynd

utifrån resultatet i varje studie. I tredje steget sammanställs resultatet ifrån varje studie. Fjärde steget innebär att jämföra och diskutera resultatet från studierna för att identifiera likheter och skillnader. I det femte steget skapades kategorier från fynd i studiernas resultat, vilket presenteras i litteraturöversiktens resultat. När vi varit oense om hur texterna skulle tolkas har vi diskuterat sinsemellan och sedan kommit fram till ett gemensamt beslut. De likheter i artiklarnas resultat har markerats med olika färgpennor där varje färg representerar en kategori.

Etiska överväganden

Enligt Friberg (2016) är viktigt att ha ett kritiskt förhållningssätt om etiskt krav under utförandet av litteraturöversikten. Det har genomförts etiska överväganden innan föreliggande litteraturstudien inleddes. Helsingforsdeklarationen skall finnas vid granskningen av artiklarna i föreliggande litteraturöversikten (World Medical Association, 2013). Det innebär att studier som har godkänts av etiska kommittén har inkluderats i litteraturöversikten. De vetenskapliga artiklarna är skrivna på engelska och för att undvika feltolkning har engelsk-svenskt lexikon använts vid översättningen till svenska. Vad gäller litteraturöversikten har vi strävat efter att vara så objektiva som möjligt vid granskning av valda artiklar. Ingen plagiering och stöld har förekommit och samtliga källor redovisades både i löpande text och som separat referenslista.

Resultat

Resultatet är baserat på 15 vetenskapliga artiklar från Storbritannien (n=3), Sverige (n=3), USA (n=3), Kanada (n=2), Kenya (n=1), Israel (n=1), Finland (n=1), och Nigeria (n=1). Efter att analysen genomförts framkom tre olika huvudområden som är viktiga för sjuksköterskan i mötet med det våld utsatta kvinnan. Dessa områden var *Vikten av utbildning*, *Sjuksköterskans beredskap i mötet med den våldsutsatta kvinnan* och *Organisatoriska faktorer*.

Vikten av utbildning

I flera av de inkluderade studierna framkom det att sjuksköterskorna ansåg att de inte hade fått tillräcklig utbildning inom ämnet våld mot kvinnor (McGarry &

Nairn, 2014; Bradbury-Jones & Broadhurst, 2015; Ramsay et al., 2012; Sundborg, Törnkvist, Wändell, & Saleh-Stattn, 2017). En av de inkluderade studierna visade att nästan hälften av sjuksköterskorna 44 % av 100, inte hade någon utbildning kring våld i hemmet, 28,2% hade genomgått intensivkurs inom våld i hemmet och 14,1% hade kunskaper på högskolenivå. Vidare uppmärksammar studien att genom undervisa och ge möjlighet till praktik om våld i hemmet under sjuksköterskeutbildningen skapades det bättre förutsättningar att bemöta dessa kvinnor (Bradbury-Jones & Broadhurst, 2015). En grupp av studenterna reagerade starkt när de skulle svara på frågor kring våld mot kvinnor. Deras reaktion på frågorna visade att ämnet våld i hemmet var ett känsligt ämne. De uppvisade oro och var bekymrade över att de inte hade fått rätt utbildning för att kunna hjälpa dessa kvinnor. En av sjuksköterskestudenterna uttryckte sig så här:

“I don't think through the training that we've had massive amounts of teaching on how actually we would deal with it. Because it's one thing someone telling us that they've been involved in domestic violence, but it's another that we actually know how to react and support them in that. And like what kind of referrals that we would need to be doing as well” (Bradbury-Jones & Broadhurst, 2015, s 2067).

I en av studierna beskrevs det att låg kunskapsnivå om våld mot kvinnor framkallade ett hinder för att kunna identifiera kvinnans behov. I studien redogjordes en läroplan för att öka sjuksköterskornas kunskap om våld i hemmet. Läroplanen bestod av 5 delar: 1 identifiera våldsutsatta kvinnan; 2 stödja kvinnan genom hembesök; 3 bedöma vilken risknivå kvinnan befinner sig i; 4 informera och hjälpa henne att lämna den våldsamma relationen; 5 vägleda och stödja kvinnan i processen. Syftet med undersökningen var att öka kunskapsnivån för sjuksköterskor så att de ska kunna identifiera, bemöta och omhänderta våldsutsatta kvinnor (Jack et al., 2012).

En av de inkluderade artiklarna i litteraturoversikten visade att övning och utbildning om våld mot kvinnor kunde erhållas på flera olika sätt. Utbildning genom studiedagar och föreläsningar uppskattades av vårdpersonalen. Vidare ansågs utbildning genom realistiska scenarion och rollspel vara positiva för att

kunna få djupare förståelse för förekomsten av våld i hemmet (Maina & Majeke, 2008). Två studier visade att sjuksköterskornas beredskap och bemötande av våldsutsatta kvinnor hade utvecklats genom att ha diskussioner med kollegor och specialutbildade sjuksköterskor inom ämnet (McGarry & Nairn, 2014; Sundborg, Törnkvist, Wändell, & Saleh-Stattn, 2017).

I studien av McGarry och Narin (2014) presenterade specialistutbildade sjuksköterskor ett undervisningsmaterial för sjuksköterskorna inom akutsjukvården. Materialet hjälpte till att identifiera och uppmärksamma våld mot kvinnor. Akutsjuksköterskor upplevde att specialistutbildade sjuksköterskor hade en viktig roll på avdelningen för att kunna ställa frågor om identifiering, bemötande och stöttning till den våldsutsatta kvinnan. En av sjuksköterskorna i studien uttryckte sig så här:

“I mean [specialist nurse] comes and does the talk for you when you first start and she explains to you about domestic violence, there's a brilliant video, and obviously she lets you know that the most important, or the most likely time that the person is to get themselves in a lot of trouble is when they're leaving their partner” (McGarry & Nairn, 2014, s 68).

Sjuksköterskans beredskap i mötet med den våldsutsatta kvinnan

Flera av de inkluderade studierna visade att en brist på erfarenhet var ett hinder i mötet med våldsutsatta kvinnor (McGarry & Nairn, 2014; Häggblom & Möller, 2006; Sundborg et al., 2017; Deboer, Kothari, Kothari, Koestner & Thomas, 2013).

En av studierna visade att sjuksköterskorna hade bristande erfarenhet för att kunna bemöta och vårda våldsutsatta kvinnor. Brist på material och riktlinjer var också ett stort hinder för att kunna hjälpa och skapa ett gott bemötande för den våldsutsatta kvinnan. Vidare beskriver studien att sjuksköterskor var frustrerade över att inte haft rätt beredskap för att kunna hjälpa våldsutsatta kvinnor (McGarry & Nairn, 2014).

Studien av Jack et al. (2012) beskrev hur sjuksköterskorna upplevde att de var rädda för att de kränker kvinnan vid frågor om förekomst av våld. En del av sjuksköterskorna upplevde att den våldsutsatta kvinnan ibland kunde vara extremt skyddande av sin partner. Orsaken till detta var ofta kopplad till en rädsla av att leva ensam eller vara ensamstående förälder. En av studie från Nigeria visade att vårdpersonalens attityder mot våldsutsatta kvinnan skiljer sig åt. Vissa upplevde frustration över att kvinnan valde att stanna kvar i relationen och andra ansåg att hon hade en plikt att ha tålamod i relationen (Adeyemi et al., 2008).

I Sundborg et al., (2012) rörande sjuksköterskorna i primärvården och dess förmåga att bemöta och ställa direkta frågor om våld i hemmet svarade 90 personer av 174 att de alltid frågade om förekomst av våld och nästan lika många svarade ibland eller aldrig. Somliga var rädda att bryta kvinnors integritet. Andra hävdade att de inte hade tid att bemöta kvinnorna och några få kände sig besvärade av ämnet.

En av de inkluderade studierna visade att den bästa hjälpen en sjuksköterska kunde ge i mötet med den våldsutsatta kvinnan var att lyssna på henne, visa empati, stödja, informera om de möjligheter som existerade och skapa förtroende. Vid möte med kvinnor som befinner sig i ett stadie där de är redo att söka hjälp, är det viktigt att ge akut hjälp men också att informera om möjligheten till ett boende i ett skyddshem (Watt, Bobrow & Moracco, 2008). I flera studier framkom det att det saknas beredskap som hjälper sjuksköterskan att kunna stödja den våldsutsatta kvinnan (Ben-Natan & Rais 2010; Williston & Lafreniere 2013; Häggblom & Möller, 2006; Ramsay, et al., 2012; Gutmanis, Beynon, Tutty, Wathen & MacMillan, 2007).

I en studie av Bradbury-Jones & Broadhurst (2015) menar sjuksköterska studenterna att de är en sak att upptäcka våld och en helt annan sak att verkligen stödja kvinnan. I två av studierna visades det sig att det inte fanns program, hänvisningar och tydliga riktlinjer som vårdpersonal kunde följa (Bradbury- Jones & Broadhurst, 2015; Williston & Lafreniere, 2013).

I flera studier framkom det att sjuksköterskor ofta var dåligt förberedda både på att kunna upptäcka och stödja kvinnan (Ramsay, et al., 2012; Lawoko, Sanz, Helström & Castren, 2011). Enligt Ramsay et al., (2012) visade de sig att 30% av de våldsutsatta kvinnorna aldrig fick information eller stöd från sjuksköterskorna. Det var brist på rådgivning, utbildning och information för kvinnan. Det framkom också att vårdpersonalens roll inom primärvården var betydelsefull för att kunna stödja kvinnan och ge effektiv information och kunna visa empati (Williston & Lafreniere, 2013; Sundborg, Törnkvist, Wändell, & Saleh-Stattin, 2017). En av de inkluderade studierna visade att 86 % av sjuksköterskorna ansåg sig vara otillräckligt beredda att stödja kvinnor som utsatts för våld (Sundborg, Saleh-Stattin, Wändell & Törnkvist, 2012). Ytterligare en studie visade att 22 % av sjuksköterskorna upplevde det som problematiskt att de inte hade tillräckligt med beredskap för att kunna stödja kvinnan (Ben-Natan & Rais 2010).

I flera studier framkom att många saknade rutinmässiga kontroller vid inskrivningar och uppföljningar som exempel telefonsamtal med utsatta kvinnor (Hägglom & Möller, 2006; Jack et al., 2012). Studier tyder på sjuksköterskor med speciell utbildning inom våld i hemmet var mycket mera förberedda och visste hur de skulle hantera situationen (McGarry & Nairn, 2014; Sundborg, Törnkvist, Wändell, & Saleh-Stattin, 2017). De specialutbildade sjuksköterskornas kompetens grundade sig huvudsakligen på viss teoretisk kunskap om Intimate partner violence (IPV) och screening. De hänvisade till *metoden know-how* med hjälp av böcker och broschyrer i svåra situationer (Hägglom & Möller, 2006). Sjuksköterskorna hävdade att de såg sin roll som hjälpare i en kris genom att vidta åtgärder som syftar till att hjälpa kvinnan att komma ur den våldsamma situationen. Medan andra sjuksköterskor utan utbildning inom ämnet hade en känsla av maktlöshet. De beskrev vikten av att intervjua skadade kvinnor i en privat miljö samt att informera den våldsutsatta kvinnan om att de har sekretess och vad det innebar. Fördelen med privat miljö var att kvinnorna kände sig trygga att berätta om våldet (Hägglom & Möller, 2006).

Två studier av Hägglom och Möller (2006); Sundborg et al. (2017) beskriver betydelsen av professionellt förhållningssätt vid mötet med våldsutsatta kvinnor.

Hägglom och Möller (2006) skriver vidare att sjuksköterskorna är den viktigaste yrkesgruppen för att samarbetet mellan olika professionerna ska kunna fungera väl. Studien beskriver vissa egenskaper hos en professionell sjuksköterska; hen ska vara flexibel, ärlig, empatisk, kunnig, stödjande och fungera som en länk till andra vårdgivare. Sjuksköterskan kan även med sitt professionella bemötande och sin kunskap förklara för kvinnor vikten att förstå att ingen har rätt att misshandla en annan människa. Ytterligare en annan studie visade att multiprofessionellt stöd till kvinnorna är nödvändigt eftersom våldet kunde ha många olika grundorsaker (Maina & Majeke, 2008).

Jacket et al., (2012) beskrev säkerhetsbedömningar som en viktig beredskap och det kategoriserades i fyra olika områden: Första området beskrev möjligheten att diskutera betydelsen av säkerhet som en grundläggande mänsklig rättighet. Det andra var att utforska kvinnans uppfattning om att känna sig trygg eller osäker i samhället, hemmet och relationer. Det tredje var att utforska kvinnans uppfattning om hennes intima partnerförhållande. Det fjärde var att försiktigt introducera begreppet makt och kontroll i relationer.

Beredskap som sjuksköterskor kunde använda sig av var motiverande intervjuer, samverkan i team, utbildning, kompetensutveckling och professionellt förhållningssätt för att kunna stödja och identifiera våldsutsatt kvinnor. (Jack et al., 2012).

Jack et al., (2012) beskriver olika sätt som en sjuksköterska kunde använda sig av för att på bästa sätt stödja kvinnorna. Det är att våga ställa frågan om våld samt informera om samhällets resurser, hur en normal relation ser ut, om säkerhetsplanering i skyddshem, uppmuntra att skapa kontakter med andra kvinnor att dela erfarenheter med när det gäller att hantera våld och förändra sina liv. Sjuksköterskan skulle vara icke-dömande, bekräfta att kvinnan inte var skyldig, respektera hennes autonomi i beslutfattande och bedöma kvinnans risk för utsatthet.

Organisatoriska faktorer

I flera studier framkom det att tidsbrist är ett hinder för att kunna hjälpa kvinnan (McGarry & Nairn, 2014; Häggblom & Möller, 2006). McGarry och Nairn (2014) menar att tidsbrist vara största barriärer för att kunna identifiera och stödja våldsutsatta kvinnor. Stressande miljö framkallade svårigheter att ta upp ämnet våld med kvinnorna. De menade att vissa saker inte gick att skynda på. Det handlar om hantering av svåra frågor som behöver få ta sin tid. Häggblom och Möller (2006) påpekar betydelsen av att kunna erbjuda våldsutsatta kvinnor en möjlighet att kontakta socialtjänsten. Sjuksköterskorna upplever att de ofta inte får feedback från socialtjänsten. Sjuksköterskor menar att det skulle vara enkelt att koppla in socialtjänsten men att det idag ofta tar onödigt lång tid. Sjuksköterskorna önskade att få arbeta med en specialutbildad sjuksköterska, något som skulle underlätta för dem att få råd och utbildning från respektive sjuksköterska (McGarry och Nairn, 2014).

I flera studier framkom det även att det fanns bristande kommunikation mellan olika myndigheter (Häggblom & Möller, 2006; McGarry & Nairn, 2014; Ben-Natan & Rais, 2010; Häggblom & Möller, 2006). Häggblom och Möller (2006) beskriver sjuksköterskornas frustration över socialtjänstens oförmåga att stödja våldsutsatta kvinnor. Jack et al. (2012) menade att det existerade utmaningar på ledningsnivå, de betonade att många våldsutsatta kvinnor hade begränsad tillgång till samhällstjänster på grund av brist på transport och av ekonomiska skäl.

Det var viktigt att sjukvårdspersonal hade fungerande kommunikation med viktiga myndigheter såsom socialtjänsten, poliser, jurister och att de kunde hänvisa vidare så att patienten fick specialiserad hjälp (Maina & Majeke, 2008).

För befintlig vårdpersonal var det nödvändigt att driva frågan om våld mot kvinnorna samt hur man kunde förebygga och upptäcka våldet. Det var också viktigt att driva frågan på högskolor och universitet (Adeyemi et al., 2008).

I en studie framkom det att sjuksköterskorna inte kunde ställa djupare frågor på grund av tidsbrist. Sjuksköterskorna kände att de inte kunde ge kvinnan

omvårdnad och omsorg. En dålig arbetsmiljö var också ett hinder för att både kunna identifiera och hjälpa den våldsutsatta kvinnan (DeBoer et al., 2013).

Maina och Majeke (2008) beskriver värdet av ett fungerande samarbete mellan olika myndigheter. De menar att läkare och sjuksköterskor skall kunna rapportera och dokumentera så att poliser lättare kunde gripa och åtala förövarna.

Diskussion

Sammanfattning av huvudresultat

Resultatet visade att vårdpersonal har för bristande utbildning och beredskap för att kunna möta kvinnor som har blivit utsatta för våld. Sjuksköterskorna önskar att få arbeta med en specialutbildad sjuksköterska inom ämnet våldsutsatta kvinnor, något som skulle underlätta för de att få råd och utbildning från specialutbildad sjuksköterskan. En del sjuksköterskor använde sig av strategier som att stödja och lyssna på den våldsutsatta kvinnan även om de saknades tillräckligt med beredskap för att stödja kvinnan. Det fanns svårigheter för vårdpersonal att fråga om våld i hemmet eftersom det upplevdes vara ett känsligt ämne.

Om det fanns tydliga metoder för hur man ska bemöta våldsutsatta kvinnor skulle det underlätta att skapa en närmare kontakt med kvinnan. Förutom att det fanns brist på beredskap fanns det också tidsbrist och kommunikationsbrist mellan myndigheterna något som ytterligare motverkar chansen till att hjälpa och identifiera våldsutsatta kvinnor.

Resultat diskussion

Syftet med litteraturoversikten var att sammanställa kunskap om vilken beredskap som finns för sjuksköterskor att bemöta våldsutsatta kvinnor. I bakgrunden beskrivs att kunskap om våld mot kvinnor är en positiv faktor för att kunna identifiera och stödja den våldsutsatta kvinnan. Trots att tidigare forskning visar på vikten av kunskap om våld mot kvinnor är ett bristande omhändertagande och stödjande fortfarande ett stort globalt problem.

Vikten av utbildning

Litteraturöversikten visade det att vårdpersonal inte hade tillräckligt med utbildning om ämnet våld mot kvinnor (Leppäkoski, Åstedt-Kurki & Paavilainen, 2009; Leppäkoski, Flinck & Paavilainen, 2014; McGarry, 2016). Enligt Socialstyrelsen (2016) bör arbetsgivaren se till att personal inom hälso- och sjukvården har kunskaper om våld och andra övergrepp av närstående för att kunna ge god vård. Det är även av god kunskap att kunna ha förmåga att kunna implementera detta i det dagliga arbetet. Studien av Ben-Natan & Rasi (2010) menar att kunskap om våld gör att personalen blir mer benägen att ställa frågor om förekomst av våld i hemmet. En god kunskap om våld kan underlätta att se en koppling mellan sjukdomssymtom patienten söker vård för och förekomsten av våldet (NCK, 2017).

I Studien av MacGarry (2016) beskrevs det att det var viktigt att vårdpersonalen har kunskap om våld för att kunna snabbt fånga upp dessa kvinnor och ge fortsatt vård och omsorg. Bristande kunskap i fråga om våld kan innebära en risk att kvinnan tvingas söka vård upprepade gånger. Detta orsakar att kvinnan upplever sin situation som ett hopplöst fall och skuldbeläggs av vårdpersonalen att inte göra något åt sin situation (NCK, 2014). I studien av Sundborg et al.,(2017) ansågs att stöd från specialistutbildade sjuksköterska inom ämnet våld mot kvinnor hade positiv effekt för att kunna identifiera och stödja den våldsutsatta kvinnan. Eriksson (2018) beskriver att bristande förmåga hos vårdpersonalen kan leda till vårdlidande.

Ur egna reflektion anser vi att det ska finnas ökat krav på kunskap om våld mot kvinnor. Inom sjuksköterskeutbildningen är det viktigt att utveckla kunskap om ämnet våld mot kvinnor och våld i nära relation, och göra ämnet obligatoriskt. Detta för att förebygga hinder och osäkerhet för sjuksköterskor inför arbetslivet.

Sjuksköterskans beredskap i mötet med den våldsutsatta kvinnan

I föreliggande litteraturöversikt framkom att det saknas beredskap såsom tydliga riktlinjer, rutinmässiga kontroller och uppföljningar (Hägglom & Möller, 2006; Jack et al., 2012). WHO (2002) lyfte vikten att förbättra omhändertagandet av

våldsutsatta med fokus på deras mänskliga rättigheter. Det resulterar i bättre fysisk och psykisk hälsa. Studien av Leppäkoski, Åstedt-Kurki & Paavilainen (2009) beskrev att god kännedom om beredskap ökar chansen att kunna upptäcka våld och ge den våldsutsatta kvinnan stöd och trygghet.

Vårdprogram ska bygga på riktlinjer som ska hjälpa vårdpersonalen att identifiera förekomsten av våld (NCK, 2014). Al-Natour, Qandil och Gillespie (2016) menar att vårdpersonalen ansåg att screeningmetoder hjälpte till med att definiera förekomsten av våld i hemmet. Jack et al., (2012) påpekade att sjuksköterskor kan använda sig av motiverande intervjuer, samverkan i team, utbildning, kompetensutveckling och professionellt förhållningssätt för att kunna för att kunna stödja och identifierar våldsutsatt kvinnor.

Enligt en nationell granskning av hälso- och sjukvårdens arbete i Sverige kunde man se att olika vårdinsatser hade varierande beredskap för omhändertagande av våldsutsatta kvinnor, där akutmottagningar och gynekologiska mottagningar var mer förberedda än exempelvis primärvårdsverksamheten (Andréasson, Björck, Heimer & Stenson, 2006). Sundborg et al., (2012) beskrev att 86 % av sjuksköterskorna i primärvården upplevde att de var otillräcklig förberedda att stödja kvinnor som utsätts för våld.

Hälso- och sjukvården har ett tydligt ansvar när det gäller att upptäcka, identifiera våld mot kvinnor och ge adekvat stöd som exempelvis psykosocialt. Ett bra omhändertagande är grunden för att kvinnan ska känna sig trygg nog att berätta om sin situation (NCK, 2017). Enligt Nationellt centrum för kvinnofrid (2014) sägs att frågan om förekomst av våld måste introduceras på ett välplanerat sätt så att kvinnorna känner sig tryggt bemötta. Jack et al., (2012) påpekar att vid hembesök hos våldsutsatta kvinnor var sjuksköterskan tvungen att respektera den våldsutsatta kvinnas rätt till att neka vård. Vidare beskriver en ytligare studie att våldsutsatta kvinnor beslut att stanna kvar med den våldsamma partnern skapade ilska och utmanade sjuksköterskans attityder (Goldblatt, 2009)

Björck och Heimer (2003) beskriver att de är viktigt att hälso- och sjukvårdspersonalen inte utgår från egna attityder och värderingar i mötet med

kvinnan. Enligt Eriksson (2018) ska man ta hänsyn till hela människan för att kunna skapa ett gott bemötande och bevara patientens delaktighet. Eriksson menar att bristen på en meningsfull relation orsakar vårdlidande. Vårdhandboken (2018) redogör att ofullständig med information, inte bli bekräftad och lyssnad på samt att inte bli sedd som en unik person med individuella behov kan leda till försämrat personcentrerat förhållningssätt.

I en studie från Nigeria uttryckte sig en sjuksköterska så här: ”*patience is the main ingredient for being the husband to a woman*” (Adeyemi et al., 2008). Ur vårt perspektiv tycker vi att det är mycket hemskt att kvinnorna inte ska få ha en god hälsa och få möjlighet till ett liv utan våld. Det är oerhört sorgligt att vårdpersonalen inte har tillräckligt med kunskap och beredskap för att lindra lidande. Konsekvenserna av våldet kan påverka kvinnan hela livet och i värsta fall leda till döden.

Vårdpersonalen bör tillämpa och kämpa för kvinnors rättigheter. Eriksson (2018) beskriver att sjuksköterskan har ett ansvar att bedriva god och säker vård. International Council Of Nurses (ICN, 2014) etiska kod för sjuksköterskor beskriver att sjuksköterskans ansvarsområden är att främja hälsa, förebygga sjukdom, återställa hälsa samt att lindra lidande

Vi anser även att sjuksköterskan har ett ansvar i mötet med våldsutsatta kvinnor. Sjuksköterskan ska respektera kvinnans känslor, beslut och ge stöd för det stadie hon befinner sig i. Vid mötet med den våldsutsatta kvinnan bör frågor om våldet ställas i enskildhet. Empati och bekräftelse av kvinnans situation ger en god förutsättning att få information om kvinnans psykosociala och sociala relation. Det är viktigt att vara uppmärksam på förekomsten av våld även om patienten inte informerar om det.

Organisatoriska faktorer

I resultatet lyfts att de framkommer brist på samarbetet mellan organisationer och myndigheter (McGarry & Nairn, 2014; Häggblom & Möller, 2006). Enligt Socialstyrelsen (2016) är våld mot kvinnor ett komplex ämne och kräver att många

myndigheter samverkar. Sundborg, Saleh-Stattin, Wändell och Törnkvist (2012) menar att organisatoriskt stöd är viktigt för att kunna förbättra vård för kvinnor som är utsatta för våld. Stödet kan vara i form av fortbildning tillsammans med riktlinjer. Riktlinjerna påverkar även sjuksköterskornas förmåga och villighet att fråga kvinnor om våld och att ge vård till kvinnorna. Enligt ICN har sjuksköterskan ansvar för att använda nedskrivna riktlinjer inom forskning, ledning, omvårdnad och utbildning (Svensk sjuksköterskeförening, 2014). Region Skåne (2018) beskriver fyra olika riktlinjer för vårdpersonal att följa vid omhändertagande av våldsutsatta kvinnor. Dessa riktlinjer är att alltid fråga förekomsten om våldsutsatthet i enrum, eftersom det finns en risk kan vara att våldsutövaren kan vara en vän, partner eller familjemedlem som är med på vårdbesöket. Vidare är det viktigt att lyssna och ta kvinnans historia på allvar. Både fysiska skador och psykisk utsatthet skall dokumenteras och journalföras. Detta på grund av att dokumentationen kan användas som stödbevis i framtida rättsprocess. Slutligen ska vårdpersonal samverka med olika myndigheter för utveckla vidare vård.

Goldblatt (2009) beskriver vikten att få stöd från organisatorisk ledare för att kunna uppnå förändring. Det finns såväl forskare som medarbetare som menar att samarbete är bästa sättet att motverka våld mot kvinnor. Något som kan hindra samverkan mellan olika myndigheterna är sekretesskyddade uppgifter. Ett bra samarbete bygger på att var och en utvecklar hög kompetens och att de andra som ingår i samarbetet respekterar detta, samt att sträva efter att utforma sitt eget arbete så att de andras arbete underlättas (Björk, 2014).

Al-Natour, Qandil och Gillespie (2016) menar att tidsbrist var en faktor som framkallade ett stort hinder för att vårdpersonalen ska kunna agera och identifiera den våldsutsatta kvinnan. I två av studier menade att tidsbrist var ett hinder som medförde att sjuksköterskorna inte hann skapa relation med kvinnorna som var våldsutsatta (McGarry och Nairn, 2014; McGarry, 2016).

Våra egna reflektioner är att vi anser att våld mot kvinnor ska bekämpas och förbyggas. Organisationer, myndigheter och samhället ska inse att våld mot

kvinnor är ett internationellt problem som måste stoppas omedelbart. Det bör finnas utarbetade handlingsplaner om hur vårdpersonal kan bästa bemöta våld i nära relationer internationellt.

Metoddiskussion

Examensarbetet har genomförts som en litteraturöversikt. Vi har haft nära samarbete med varandra med fysiska träffar under hela arbetets gång. Arbetet startades genom att prov söka området för att kunna se om det finns tillräckligt med artiklar. Den första sökningen gav ett stort antal träffar och flera sökningar utfördes tills antalet träffar var både hanterbara och relevanta för litteraturöversikten. Överförbarhet, giltighet och trovärdighet är kännetecken inom kvalitativ forskning för att skildrar arbetets pålitlighet (Polit & Beck, 2012). Överförbarhet är att kunna tillämpa resultatet på andra grupper och miljöer. Giltighet betyder att litteraturöversiktens syfte besvaras samt hur giltigt resultatet är över tid. Trovärdighet innebär hur tillförlitligt forskningen är och att forskningen inte omfattar egna åsikter (a.a). I litteraturöversiktens resultat framkom de bristande kunskap samt beredskap hos sjuksköterskan oavsett land och arbetsplats. Därför anser vi att resultatet uppfyller villkoren överförbarhet samt resultat kan tillämpas på flera grupper, miljöer och kulturer. Ett ytterligare exempel på hur överförbarhet förverkligas är att litteraturöversiktens artiklar kommer från olika världsdelar. Giltighet villkoren uppfylldes genom att artiklarna besvarar litteraturöversiktens syfte. En giltighet är att tre databaser använts. Artiklarna från 2005–2018 har inkluderats och det ger studien en giltighet eftersom den blir aktuell. Det som kan betraktas som en trovärdighet med litteraturöversikten är att sökningen genomfördes tillsammans och att varje titel och abstrakt granskades mot syftet två gånger. Detta gjordes för att uppnå enighet och säkerställa att de artiklar som svarar mot syftet i litteraturöversikt valdes ut. Efter granskningen av artiklarna sammanställdes resultatet genom att använda färgpennor till olika kategorier. För att få en trovärdig överblick av resultatet sammanställdes det med olika teman, olika likheter identifierades enligt Fribergs (2012) metod. Artiklarna kvalitetsgranskades enligt kvalitativ och kvantitativ granskningsmall se, bilaga 3 och 4. De har granskats flera gånger och resultatet har jämförts för att granskningen ska bli mer trovärdig. En svaghet kan vara att alla

artiklarna är skrivna på engelska och detta kan medföra feltolkning. För att undvika detta bearbetades artiklarna på ett tillförlitligt sätt genom att använda översättningsverktyg, och citat har redovisats på originalspråk.

Etisk diskussion

Alla 15 artiklarna är etiskt godkända och därför bedömer vi att artiklarna har etiska synsätt. Det är viktigt att redovisa alla resultat som stödjer eller inte stödjer en eventuell förväntad teori (Fridberg, 2012). Det är inte etiskt rätt att de artiklar som endast stödjer förväntat resultat redovisas. Den bakomliggande tanken med litteraturöversikten var att försöka hålla ett objektivt och rättvisande förhållningssätt till artiklarna. Våld i nära relation är en börda för individen, familjen och samhället. Undersökningarna visar att det finns starkt samband mellan våld utsatthet och ohälsa. Våldet sker ofta i hemmet under längre period och är skadlig både för den som utsätts för våldet och för de barn som tvingas bevittna våldet (Region Skåne 2018). Våld mot kvinnor är inte endast ett allvarligt hot mot kvinnors säkerhet och rättighet. Det har även stora ekonomiska kostnader för samhället, individen och framtida generationer (NCK, 2010).

Klinisk betydelse för samhället

Våld i hemmet är ett omfattande världshälsoproblem och förekommer inom flertal kulturer. För att våldsutsatta kvinnor ska kunna få säker vård har vårdpersonalen också en skyldighet att ha kunskap om att vårda kvinnor som utsatts för våld. Resultatet ger en överblick över beredskapsbrister som finns hos vårdpersonalen för att kunna bemöta våldsutsatta kvinnor. Men även på organisatorisk nivå fanns otydliga riktlinjer vad gäller omhändertagande av våldsutsatta kvinnor. Resultatet visar hur betydelsefullt det är för samhället att utveckla beredskap och riktlinjer som vårdpersonal kan följa för att hjälpa dessa kvinnor.

Slutsats

Kommunikation är avgörande i alla möten. Sjuksköterskan ska kunna lyssna och kunna ta emot den våldsutsattas berättelse. Det är viktigt att respektera, förstå och vara lyhörd. Kvinnor är rädda att inte bli trodda eller förstådda därför är det viktigt att vara lyhörd och anpassa informationen just till den unika individen. Utifrån

föreliggande litteraturöversikt kan slutsatsen dras att tydliga riktlinjer, utbildning, träning, beredskap behövs och program/ rutiner för att kunna stödja den våldsutsatta kvinnan. Det är vidare avgörande att få stöd från organisatorisk ledare för att kunna uppnå förändring.

Förslag till vidare forskning

Det finns få aktuella studier som är utförda i Sverige som besvarade litteraturöversiktens syfte. Därför är det viktigt med mer och aktuell forskning i Sverige om vårdpersonalens beredskap för att kunna vårda kvinnor som har blivit utsatta för våld. Under sjuksköterskeutbildningen har vi upplevat bristande information och kunskap om hantering våld mot kvinnor. Det visar vikten av att ämnet behövs lyfts fram och att kunskap sprids.

Referenslista

Adeyemi, A., Irinoye, O., Oladimeji, B., Fatusi, A., Fatoye, F., Masaku, S., & Ola, B. (2008). Preparedness for Management and Prevention of Violence Against Women by Nigerian Health Professionals. *Journal of Family Violence, 23*(8), 719-725. *doi:10.1007/s10896-008-9197-0*

Andréasson, C., Björck, A., Heimer, G., & Stenson, K. (2006). Den svenska hälso- och sjukvårdens arbete inom kompetensområdet våld mot kvinnor: Nationell kartläggning. Uppsala: Uppsala universitet, Rikskvinnocentrum.

AL-Natour, A., Qandil, A., & Gillespie, G. (2016). Nurses' roles in screening for intimate partner violence: a phenomenological study. *International Nursing Review, 422-428*. Doi: 10.1111/inr.12302

Baccaria, G., Baccaria, L., Dowson, R., Gorman, D., Harris, J., Hossain, D. (2012). Nursing student's perceptions and understanding of intimate partner violence: *Nurse Education Today, 33*(8), 907-911
[doi.org/www.bibproxy.du.se/10.1016/j.nedt.2012.08.004](https://doi.org/10.1016/j.nedt.2012.08.004)

Ben-Natan, M., & Rais, I. (2010). Knowledge and attitudes of nurses regarding domestic violence and their effect on the identification of battered Women. *Journal of Trauma Nursing, 17* (2), 112-117.
[doi.org/www.bibproxy.du.se/10.1097/JTN.0b013e3181e736db](https://doi.org/10.1097/JTN.0b013e3181e736db)

Björck A. & Heimer, G. (2003). Hälso-och sjukvårdens ansvar. I G. Heimer & B. Posse (Red.), *Våldsutsatta kvinnor: Samhällets ansvar* (s 51–93). Lund: Studentlitteratur.

Björck, A. (2014). Samverkan i praktiken.. I G. Heimer., B. Posse & C. Kunosson (Red.), *Våldsutsatta kvinnor: Samhällets ansvar* (s.118–199). Lund: Studentlitteratur.

Bradburny- Jones, C., & Broadhurst, K. (2015). Are we failing to prepare nursing and midwifery students to deal with domestic abuse? Findings from a qualitative study. *Journal of advanced Nursing*, 71(9), 2062-2072. doi: 10.1111/jan.12666

Brå. (2015). *Det dödliga våldet i Sverige 1990–2014. En beskrivning av utvecklingen med särskilt fokus på skjutvapenvåldet*. Hämtad 2018-09-19 från [http://www.bra.se/download/18.31d7fffa1504bbffea086b7a/1449670735846/2015_24_Det+d%C3%B6dliga+v%C3%A5ldet.pdf#__utma=1.773329656.1537349698.1537349698.1537349698.1&__utmb=1.2.10.1537349698&__utmc=1&__utmz=1.1537349698.1.1.utmcsr=google|utmccn=\(organic\)|utmcmd=organic|utmctr=\(not%20provided\)&__utmv=-&__utmk=234470686](http://www.bra.se/download/18.31d7fffa1504bbffea086b7a/1449670735846/2015_24_Det+d%C3%B6dliga+v%C3%A5ldet.pdf#__utma=1.773329656.1537349698.1537349698.1537349698.1&__utmb=1.2.10.1537349698&__utmc=1&__utmz=1.1537349698.1.1.utmcsr=google|utmccn=(organic)|utmcmd=organic|utmctr=(not%20provided)&__utmv=-&__utmk=234470686)

Catallo, C., Jack, S., Ciliska, D., & Macmillan, H. (2012). Minimizing the risk of intrusion: a grounded theory of intimate partner violence disclosure in emergency departments. *Journal of Advanced Nursing*, 69(6), 1366–1376. doi: 10.1111/j.1365-2648.2012.06128.x

Deboer, M-I., Kothari, R., Kothari, C., Koestner, A., & Thomas., R. (2013). What are barriers to nurses screening for intimate partner violence. *Journal of trauma nursing*, 20(3), 155-160. doi.org/10.1097/JTN.0b013e3182a7b5c3

Eriksson, K. (2018). *Vårdvetenskap: Vetenskapen om vårdandet. Om det tidlösa i tiden*. Stockholm: Liber.

Friberg, F. (2016). Att göra en litteraturoversikt. I F. Friberg. (Red.), *Dags för uppsats: Vägledning för litteraturbaserade examenarbeten* (s. 37–46). Lund: studentlitteratur.

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

Gutmanis, I., Beyon, C., Tutty, L., Wathen, C., & Macmillan, C. (2007). Factors influencing identification of and response to intimate partner violence: a survey of physicians and nurses. *BMC part of springer nature*, 7(12), 1–11.
doi.org/10.1186/1471-2458-7-12

Heimer, G. (2008). *Våldsutsatta kvinnor: samhällets ansvar*. Lund: Studentlitteratur.

Hägglom, A., Möller, A. (2006). On a Life-Saving Mission: Nurses' Willingness to Encounter With Intimate Partner Abuse. *Sage Journals*, 16(8), 1075-1090.
doi.org/10.1177/1049732306292086

Jack, M., Ford-G, M., Wathen, C., Davidov, D., McNaughton, D., Coben, J., Olds, D., & Macmillan, H. (2012). Development of a nurse home visitation intervention for intimate partner violence. *BMC Health Services Research*, 12(1), 50-50.
doi.org/www.bibproxy.du.se/10.1186/1472-6963-12-50

Lawoko, S., Sans, S., Helström, L., & Castren, M. (2011). Screening for intimate partner violence against women in healthcare Sweden: Prevalence and Determinants. *International Scholarly Research Network*, 1-7.
doi:10.5402/2011/510692

Leksell, J. & Lepp, M. (red.) (2013). *Sjuksköterskans kärnkompetenser*. (1. uppl.) Stockholm: Liber.

Leppäkoski, T., Flinck, A., & Paavilainen, E. (2014). Assessing and Enhancing Health Care Providers' Response to Domestic Violence. *Nursing Research and Practice*. doi.org/10.1155/2014/759682

Leppäkoski, T., Åstedt-Kurki, P., & Paavilainen, E. (2009). Identification of women exposed to acute physical intimate partner violence in an emergency department setting in Finland. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 24(4), 638-647. doi: 10.1111/j.1471-6712.2009.00754.

Ljusdals kommun. (2012). *Handbok för socialtjänstens arbete med kvinnor som utsatts för våld och barn som upplevt våld i nära relationer*. Hämtad 2018-12-26 från <https://www.ljusdal.se/download/18.555fd9db14d4cc293a996f0e/1432629480506/Handbok%20Kvinnor%20som%20utsatts%20för%20våld.pdf>

Maina, G., Majeke, S.(2008). Intimate partner violence in Kenya: expanding healthcare roles. *Art & science*, 22(35), 35-39. från <https://web.b.ebscohost.com/ehost/detail/detail?vid=0&sid=a1fb47a0-36a5-4391-a52b-02f2834d9464%40pdc-v-sessmgr05&bdata=JnNpdGU9ZWwhvc3QtbGl2ZQ%3d%3d#AN=105749617&db=c8h>

McGarry, J. (2016). 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.org/10.1111/jocn.13203

McGarry, J., & Nairn S. (2014). An exploration of the perceptions of emergency department nursing staff towards the role of a domestic abuse nurse specialist: a qualitative study. *International Emergency Nursing*, 23(2), 65-70. doi.org/www.bibproxy.du.se/10.1016/j.ienj.2014.06.003

Mikton, C., Butchart, A., Dahlberg, L., & Krug, E. (2016). Global status report on violence prevention 2014. *American journal of preventive medicine*, 50(5), 652-659. doi.org/www.bibproxy.du.se/10.1016/j.amepre.2015.10.007

Nationalencyklopedin. (2018). *Kommunal beredskap*. Hämtad 2018-12-17 från <https://www.ne.se/uppslagsverk/encyklopedi/l%C3%A5ng/kommunal-beredskap>

Nationellt centrum för kvinnofrid. (2017). *Rapporten uppsalamodellen - att möta våldsutsatta kvinnor inom hälso- och sjukvården*. Uppsala universitet: Akademiska sjukhuset Från http://kunskapsbanken.nck.uu.se/nckkb/nck/publik/fil/visa/557/NCK_Uppsalamod

ellen_low.pdf#__utma=1.2055957383.1540045304.1546099334.1546101592.2&__utmb=1.18.10.1546101592&__utmc=1&__utmz=1.1546099334.1.1.utmcsr=google|utmccn=(organic)|utmcmd=organic|utmctr=(not%20provided)&__utmv=-&__utmik=146688820

Nationellt centrum för kvinnofrid. (2014) *VIOLENCE AND HEALTH IN SWEDEN. A national prevalence study on exposure to violence among women and Men and its Association to Health* Hämtad 2018-12-12, från <https://www.diva-portal.org/smash/get/diva2:854691/FULLTEXT01.pdf>

Nationellt centrum för kvinnofrid. (2010). *Våldets kostnader*. Hämtad 2018-01-13 från: <http://nck.uu.se/kunskapsbanken/amnesguider/vald-i-nara-relationer/valdets-kostnader/?fbclid=IwAR1yUWdTqcfuH3NICxluaJuIzHJwmOct0t5Yio59G0q7qekCzaQhI-bJjUU>

Polit, D.F. & Beck, C.T. (2012). *Nursing research: generating and assessing evidence for nursing practice*. (9.ed.) Philadelphia: Wolters Kluwer Health/Lippincott Williams & Wilkins.

Ramsay, J., Rutterford, C., Gregory, A., Dunne, D., Eldridge, S., Sharp, D., & Feder, G. (2012). Domestic violence: Knowledge, attitudes, and clinical practice of selected UK primary healthcare clinicians. *British Journal of General Practice*, 62(602), 647-655. doi: 10.3399/bjgp12X654623.

Region Skåne. (2018). *Våld i nära relation*. Hämtad 2018-01-13 från https://vardgivare.skane.se/vardriktlinjer/vald-i-nara-relationer/?fbclid=IwAR0zFGg3l_QXqDT0jSXfcFAHesmWCQdjcu2w4PmXCkx7sBBciX2ScfclVdU

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

Salmon, D., Murphy, S., Baird, K., Price, S. (2005). An evaluation of the effectiveness of an educational programme promoting the introduction of routine antenatal enquiry for domestic violence: *Midwifery*, 22(1), 6-14.
doi.org/10.1016/j.midw.2005.05.002

Slagen Dam. (2001). *Mäns våld mot kvinnor i jämställda Sverige- en omfångsundersökning*, Hämtad 2018-09-19 från
<https://www.brottsoffermyndigheten.se/Filer/B%C3%B6cker/Slagen%20dam.pdf>

Socialstyrelsen. (2015). *Nytt utbildningsmaterial för bättre bemötande och jämlik vård*. Hämtad 2018-12-20 från
<https://www.socialstyrelsen.se/nyheter/2015januari/utbildningsmaterialforbattrebemotandochjamlikvard>

Socialstyrelsen. (2016). *Våld. Handbok om socialtjänstens och hälso- och sjukvårdens arbete med våld i nära relationer*. Hämtad 2018-12-17 från
<http://www.socialstyrelsen.se/Lists/Artikelkatalog/Attachments/20252/2016-6-37.pdf>

Socialstyrelsen. (2016). *Våld: Handbok om socialtjänstens och hälso- och sjukvårdens arbete med våld i nära relationer*. Hämtad 2018-09-19 från
<https://www.socialstyrelsen.se/Lists/Artikelkatalog/Attachments/20252/2016-6-37.pdf>

Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd om våld i nära relation (SOSFS 2014:4). Hämtad från
https://kunskapsbanken.nck.uu.se/nckkb/nck/publik/fil/visa/605/Socialstyrelsens%20f%C3%B6reskrifter%20och%20allm%C3%A4nna%20r%C3%A5d%20SOSFS%202014_4.pdf#__utma=1.1620947258.1547200660.1547200660.1547200660.1&__utmb=1.10.10.1547200660&__utmc=1&__utm=-

&__utmz=1.1547200660.1.1.utmcsr=google%7Cutmccn=(organic)%7Cutmcmd=organic%7Cutmctr=(not%20provided)&__utmv=-&__utm=160855357

Sundberg, M., Stattin, S., Wändell, P., & Törnkvist, L. (2012). Nurse's preparedness to care for women exposed to Intimate Partner Violence: a quantitative study in primary health care. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 26(32), 902–913. <http://dx.doi.org/10.1186/1472-6955-11-1>

Sundborg, E., Saleh-Stattin, N., Hylander, I., Wändell, P., & Törnkvist, L. (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.org/10.1111/jocn.12992

Sundborg, E., Saleh-Stattin, N., Wändell, P., & Törnkvist, L. (2017). Impact of an educational intervention for district nurses about preparedness to encounter women exposed to intimate partner violence. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 32(2), 902-913.doi.org/10.1111/scs.12521

Svensk sjuksköterskeförening. (2014). *ICN:s etiska kod för sjuksköterskor*. Hämtad 2018-12-30 från https://www.swenurse.se/globalassets/01-svensksjukskoterskeforening/publikationer-svensk-sjukskoterskeforening/etikpublikationer/sjukskoterskornas.etiska.kod_2014.pdf

Svenska sjuksköterskeförening. (2017). *Kompetensbeskrivning beskriver den legitimerade sjuksköterskans*. Hämtad 2018-12-29 från <https://www.swenurse.se/globalassets/01-svensk-sjukskoterskeforening/publikationer-svensk-sjukskoterskeforening/kompetensbeskrivningar-publikationer/kompetensbeskrivning-legitimerad-sjukskoterska-2017-for-webb.pdf>

Svenska sjuksköterskeföreningen. (2016). *Värdegrund för omvårdnad*. Hämtad 2018-12-29 från <https://www.swenurse.se/globalassets/01-svensk->

sjukskoterskeforening/publikationer-svensk-sjukskoterskeforening/etik-
publikationer/vardegrund.for.omvardnad_reviderad_2016.pdf

Sveriges Riksdag. (2018). *Sekretess inom hälso- och sjukvården*. Hämtad 2018-12-17 från https://www.riksdagen.se/sv/dokument-lagar/dokument/svensk-forfattningssamling/offentlighets--och-sekretesslag-2009400_sfs-2009-400

Tazeen, A., Mogren, I., & Krantz, G. (2013). Intimate partner violence and mental health effects: a population- based study among married women in Karachi, Pakistan. *International Journal of Behavioral Medicine*. 20(1), 131-139. doi: 10.1007/s12529-011-9201-6

Wath, A-V., Wyk, V-N., Rensburg, E-V. (2013). Emergency nurses' experiences of caring for survivors of intimate partner violence. *Journal of Advanced Nursing*, volym 69, 2242-2252.dio:10.1111/jan.12099

Watt, M., Bobrow, E., & Moracco, K. (2008). Providing Support to IPV Victims in the Emergency Department: Vignette-Based Interviews With IPV Survivors and Emergency Department Nurses. *Sage Journals*.14(6), 715-726.doi.org/10.1177/1077801208317290

Wiklund, M., Malmgren- Olsson, E., Bengs, C., & Öhman, A. (2013). "He messed me up": Swedish adolescent girls' experiences of gender- related partner violence and its consequences over time. *Violence Against Women*, 16(2), 207- 232. <https://doi.org/10.1177/1077801209356347>

Williston, C., & Lafreniere, K. (2013). "Holy cow, does that ever open up a can of worms": Health care providers' experiences of inquiring about intimate partner violence. *Health care for women international*, 34(9), 814- 831. doi: 10.1080/07399332.2013.794460

World Health Organization. (2002). *World report on violence and health*. World Health Organization. Hämtad 2018-09-10 från

https://www.who.int/violence_injury_prevention/violence/world_report/en/summary_en.pdf

World Health Organization. (2014). *Health care for women subjected to intimate partner violence or sexual violence*. Hämtad 2018-09-10 från <http://www.who.int/reproductivehealth/publications/violence/vaw-clinical-handbook/en/>

World Medical Association. (2013). *WMA Declaration on Helsinki- Ethical principles for medical research involving human subjects*. Hämtad 11-01-2019 från <https://www.wma.net/policies-post/wma-declaration-of-helsinki-ethical-principles-for-medical-research-involving-human-subjects/>

Vårdhandboken. (2018). *Fördelar och utmaningar med personcentrerad vård*. Hämtad 2018-12-29 från <https://www.varldhandboken.se/arbetsatt-och-ansvar/bemotande-i-varld-och-omsorg/bemotande-i-varld-och-omsorg-vardegrund/fordelar-och-utmaningar-med-personcentrerad-varld/>

Vårdpersonal. (n.d). I Svenska MeSH. Hämtad 11-1-2019, från <https://mesh.kib.ki.se/term/D009740/varldpersonal>

Yuen -Loke, A., Emma -Wan, M., & Hayter M. (2012). The lived experience of women victims of intimate partner violence. *Journal of Clinical Nursing*, 21(15-16), 2336–2346. doi:10.1111/j.1365-2702.2012.04159.x

Bilagor
BILAGA 1

Databas	Sökord	Antal träffar	Urval efter lästa titlar	Urval efter lästa abstrakt	Antal utvalda artiklar till resultat efter genomläsning av artiklar, n=15
CINAHL	Domestic violence AND health care professionals AND Nurse	54	54	21	2
PubMed	Domestic violence AND Health care professionals AND Nurse	68	68	15	3
Web of science	Domestic violence AND Health care professionals AND Nurse	111	111	18	4
PubMed	Domestic violence AND Readiness AND AND nurse	9	9	5	1
Web of science	Domestic violence AND Readiness AND AND nurse	15	15	7	1
CINAHL	domestic violence or domestic abuse or intimate partner violence AND readiness or preparedness AND nurse or nurses or nursing or nursing staff or health care professional	30	30	30	2
Web of science	Domestic violence or domestic abuse or intimate partner violence AND readiness or preparedness AND nurse or nurses or nursing or nursing staff or health care professional	43	43	43	1
PubMed	abuse AND nurses AND encounter	25	10	5	1

BILAGA 2

Författare År Land	Titel	Syfte	Design Metod	Deltagare	Resultat	Kvalitetsgrad
Adeyemi, et al., (2008) Nigeria	Preparedness for Management and Prevention of Violence Against Women by Nigerian Health Professionals	Syftet med studie är att undersöka vilka kunskaper, attityder, beredskap och handledning som finns för vårdpersonalen för att kunna stötta den våld utsatta kvinnan.	Kvantitativa studie	n=58 läkare n =76 sjuksköterskor	Studien tyder på att vårdpersonalen har brist på kunskap om våld. Sämre attityd mot våld utsatta kvinnor. Det behövs bättre beredskap och utbildningar.	Hög
Bradbury-Jones & Karen., (2015) Storbritanien	Are we failing to prepare nursing and midwifery students to deal with domestic abuse? Findings from a qualitative study	Syftet var att undersöka elevers kunskaper, förtroende och pedagogiska behov avseende erkännande och svar Till våld i hemmet.	Kvalitativ studie	n=32 barnmorska samt n=23 Sjuksköterskor	Studien har visat att omvårdnads studenter saknar kunskap om våld. Det behövs förberedelse i utbildningen för att studenterna ska kunna klara av och påverka vården.	Hög
DeBoer, Kothari, Kothari, Koestner & Rhos., (2013) United States	What are barriers to nurses screening for intimate partner violence?	Syftet med studien är att undersöka identifiera sjuksköterskans attityder och upplevda hinder för att kunna upptäcka den våld utsatta kvinnan.	Kvantitativ studie.	n=450 sjuksköterskor	Många vårdpersonaler tyckte att det är viktigt att upptäcka våld men att tidsbrist är ett hinder samt att det finns bristande kunskap om våld mot kvinnor.	Hög
Gutmani et al., (2007) Kanada	Factors influencing identification of and response to intimate partner violence: a survey of physicians and nurses	Syftet undersökningen är att kontrollera sjuksköterskor och läkare attityder och beteenden till våld utsatta kvinnor	Kvantitativ studie	n=1000 sjuksköterskor n= 1000 läkare	32 % av sjuksköterskor och 42% av läkare uppgav att de rutinmässigt tar frågor förekomsten våld till sina patienter. Det identifierades 8 kategorier som kunde relateras till huruvida man screenade: beredskap, självförtroende och professionellt stöd.	Hög

Författare År Land	Titel	Syfte	Design Metod	Deltagare	Resultat	Kvalitetsgrad
Häggbloom & Möller., (2006) Finland	On a life-saving mission: nurses' willingness to encounter with intimate partner abuse.	Syftet med studien är att undersöka sjuksköterskans kännedom av stöd till våldsutsatta kvinnan. Samt deras erfarenhet av kvinnosjukvård och sjuksköterskans roll som vårdgivare	Kvalitativ.	n= 10 sjuksköterskor	Våld mot kvinnor fanns i små samhällen. De resulterade att sjuksköterskorna kände patienterna. Sjuksköterna var engagerad och brydde sig om de utsatta kvinnorna. Det fanns dock brist på kunskap inom område.	Hög
Jack, et al., (2012) United States	Development of a nurse home visitation intervention for intimate partner violence	Syftet med studien vara att utveckla ett IPV (intimate partner violence) beredskap inom NFP (Nurse-Family Partnership) för att minska ökad förekomst av IPV. Detta görs genom att ha ett hembesök möte	Kvalitativ.	Sjuksköterskor n = 27	Sjuksköterskorna har upplevt under deras besök med dessa kvinnor att dem behöver ha en kunskap utveckling inom IPV. Med hjälp av motiverande samtal kunde sjuksköterskorna hjälpa våldsutsatta kvinnor att utforska deras känslor och skapa mål	Hög
Lawoko, Sanz, Helström & Castren. (2011) Sverige	Screening for intimate partner violence against women in healthcare Sweden: prevalence and determinants.	Syftet med studie är att bedöma i vilken utsträckning upptäcker vårdpersonalen med att upptäcka och stödja våld i nära relationer.	Kvantitativ studie	n= 217vårdpersonal	Studien visat att cirka 50% av personalen fråga förekomsten av våld till sina kvinnliga patienter. Det brister rutinmässiga kontroller enligt studien.	Hög
Maina & Majeke (2008) Kenya	Intimate partner violence in Kenya: expanding healthcare roles.	Syfte är att identifiera hälsopersonalernas uppfattning om deras arbetsroll i akutavdelningen (ED) vid hantering och förhindra intimt partnervåld i Kenya	kvalitativ studie	n= 1 läkare n= 6 sjuksköterskor n= 4 chefsöverläkare	Många av deltagarna uttryckte en önskan om att kunna utföra mera effektivt stöd. Hälso-och sjukvårdspersonalen har som beredskap att göra observation, patientens berättelseundersökningar och ibland diagnostiska test för att upptäcka våld i nära relation.	Medel

Författare År Land	Titel	Syfte	Design Metod	Deltagare	Resultat	Kvalitetsgrad
McGarry, J., & Nairn S. (2014) Storbritannien	An exploration of the perceptions of emergency department nursing staff towards the role of a domestic abuse nurse specialist: a qualitative study	Syftet med denna studie var att utforska uppfattningen av akutmottagningspersonal om utnyttjandet av rollen som en våldsutsatt sjuksköterska specialisten.	Kvalitativ,	n= 16 (15 kvinnor och 1 man).	Resultatet delas in i tre delar. Tidsbrist som största hinder för att kunna stödja kvinnan. Andra delen lyfter vikten med kunskap. den tredje Professionellt och personligt stöd	Medel
Ben-Natan & Rais, (2010) Israel	Knowledge and Attitudes of Nurses Regarding Domestic Violence and Their Effect on the Identification of Battered Women	Syftet med studien är att undersöka sjuksköterskans beredskap, kunskap, avdelningsrutin och attityder för att kunna identifiera våldsutsatta kvinnor	Kvantitativ	n= 100 sjuksköterskor	Resultat visade att sjuksköterskorna anser att det är viktigt att fråga och använda sig av frågeformulär för att kunna identifiera våldsutsatta kvinnor. samt att det har också en viktig betydelse för medicinska läkande	Medel
Ramsay, et al., (2012) Storbritannien	Domestic violence: knowledge, attitudes, and clinical practice of selected UK primary healthcare clinicians.	Syftet med studien är att granska utvalda brittiska primärvård kliniker attityder, kunskap och beredskaper kring IPV	Kvantitativ studie	n= 463 läkare n=292 sjuksköterskor	Studien visar att det är brist på att identifiera, rapporteringen och hantera av våld i hemmet.	Medel
Sundborg, Saleh-Stattin, Wändell & Törnkvist, (2012) Sverige	Nurses preparedness to care for women exposed to Intimate Partner Violence: a quantitative study in primary health care	Syftet med studien är att bedöma sjuksköterskor beredskap att kunna identifiera och erbjuda omvårdnad till våld utsatta kvinnor IPV, undersökningen gjordes av deltar i primärvården.	Kvantitativ studie	n= 277 sjuksköterskor	Resultatet visar att majoriteten av sjuksköterskor inte kände sig tillräckligt förberedda, studien visar även det är brist på kunskap och beredskap.	Hög,

Författare År Land	Titel	Syfte	Design Metod	Deltagare	Resultat	Kvalitetsgrad
Sundborg, Törnkvist, Wändell, & Saleh-Stattn (2017) Sverige	Impact of an educational intervention for district nurses about preparedness to encounter women exposed to intimate partner violence.	Syftet med denna studie var att utvärdera effekterna av pedagogiskt ingripande av distriktets sjuksköterskor. Samt undersöka beredskap som finns inom primära vårdcentraler att möta kvinnor som är utsatta för IPV	Kvantitativ	Deltagarna delades in i ett ingripande grupp n= 117 Kontrollgrupp n=204 En grupp sjuksköterskor från hela Sverige den nationella gruppen, n=217	Studien visar att jämförelsen mellan olika grupperna, att beredskap som finns för sjuksköterna är lika men att det saknas kontroll om det beredskapen används.	Hög
Watt, Bobrow & Moracco, (2008) United States	Providing Support to IPV Victims in the Emergency Department	Syftet med studien är undersöka vilka typer av stödsjuksköterska erbjuder till våldsutsatta kvinnor samt vilka beredskaper som finns	Kvalitativ studie	n= 10 sjuksköterskor n= 16 IPV överlevare	Sjuksköterska vill se mera åtgärder såsom, psykiskt stöd och kunna ge mer emotionellt stöd till kvinnor	Medel
Williston & Lafreniere., (2013) Kanada	Holy Cow Does That Ever Open Up a Can of Worms?: Health Care Providers' Experiences of Inquiring About Intimate Partner Violence.	Syftet med studien är att utvärdera hur primärvården upplever att fråga patienter om IPV, samt hur de agerar kring frågan	Kvalitativ.	n=9 Läkare n= 6 sjuksköterskor	Det framkom att det vara svårt att kommunicera med patienten, av orsak att patienterna skydda sig själv i samtalet.	Medel

BILAGA 3

GRANSKNINGSMALL FÖR KVALITETSBEDÖMNING

Kvalitativa studier

	Fråga	Ja	Nej
1	Motsvarar titeln studiens innehåll?		
2	Återger abstraktet studiens innehåll?		
3	Ger introduktionen en adekvat beskrivning av vald problematik?		
4	Leder introduktionen logiskt fram till studiens syfte?		
5	Är studiens syfte tydligt formulerat?		
6	Är den kvalitativa metoden beskriven?		
7	Är designen relevant utifrån syftet?		
8	Finns inklusionskriterier beskrivna?		
9	Är inklusionskriterierna relevanta?		
10	Finns exklusionskriterier beskrivna?		
11	Är exklusionskriterierna relevanta?		
12	Är urvalsmetoden beskriven?		
13	Är urvalsmetoden relevant för studiens syfte?		
14	Är undersökningsgruppen beskriven avseende bakgrundsvariabler?		
15	Anges var studien genomfördes?		
16	Anges när studien genomfördes?		
17	Anges vald datainsamlingsmetod?		
18	Är data systematiskt insamlade?		
19	Presenteras hur data analyserats?		
20	Är resultaten trovärdigt beskrivna?		
21	Besvaras studiens syfte?		
22	Beskriver författarna vilka slutsatser som kan dras av studieresultatet?		
23	Diskuterar författarna studiens trovärdighet?		
24	Diskuterar författarna studiens etiska aspekter		
25	Diskuterar författarna studiens kliniska värde?		
Summa			

Maxpoäng: 25

Erhållen poäng: ?

Kvalitet: låg medel hög

Mallen är en modifierad version utifrån Willman, Stoltz, & Bahtsevani (2006) och Forsberg & Wengström (2008).

BILAGA 4

GRANSKNINGSMALL FÖR KVALITETSBEDÖMNING

Kvantitativa studier

	Fråga	Ja	Nej
1.	Motsvarar titeln studiens innehåll?		
2.	Återger abstraktet studiens innehåll?		
3.	Ger introduktionen en adekvat beskrivning av vald problematik?		
4.	Leder introduktionen logiskt fram till studiens syfte?		
5.	Är studiens syfte tydligt formulerat?		
6.	Är frågeställningarna tydligt formulerade?		
7.	Är designen relevant utifrån syftet?		
8.	Finns inklusionskriterier beskrivna?		
9.	Är inklusionskriterierna relevanta?		
10.	Finns exklusionskriterier beskrivna?		
11.	Är exklusionskriterierna relevanta?		
12.	Är urvalsmetoden beskriven?		
13.	Är urvalsmetoden relevant för studiens syfte?		
14.	Finns populationen beskriven?		
15.	Är populationen representativ för studiens syfte?		
16.	Anges bortfallets storlek?		
17.	Kan bortfallet accepteras?		
18.	Anges var studien genomfördes?		
19.	Anges när studien genomfördes?		
20.	Anges hur datainsamlingen genomfördes?		
21.	Anges vilka mätmetoder som användes?		
22.	Beskrivs studiens huvudresultat?		
23.	Presenteras hur data bearbetats statistiskt och analyserats?		
24.	Besvaras studiens frågeställningar?		
25.	Beskriver författarna vilka slutsatser som kan dras av studieresultatet?		
26.	Diskuterar författarna studiens interna validitet??		
27.	Diskuterar författarna studiens externa validitet?		
28.	Diskuterar författarna studiens etiska aspekter		
29.	Diskuterar författarna studiens kliniska värde?		

Maxpoäng: 29

Erhållen poäng: ?

Kvalitet: låg medel hög

Mallen är en modifierad version utifrån Willman, Stoltz, & Bahtsevani (2006) och Forsberg & Wengström (2008).