

Möjliga hinder för sjuksköterskan att samtala om våld i nära relationer med den våldsutsatta kvinnan

FÖRFATTARE	Rebecca Friberg Sofia Hjälms Tykesson
PROGRAM/KURS	Sjuksköterskeprogrammet, 180 högskolepoäng Omvårdnad – Eget arbete, VT 2008
OMFATTNING	15 högskolepoäng
HANDLEDARE	Viveca Bergman Ingrid Johansson
EXAMINATOR	Kaety Plos

Titel	Möjliga hinder för sjuksköterskan att samtala om våld i nära relationer med den våldsutsatta kvinnan
Title	Possible barriers for nurses to talk about domestic violence with an abused woman
Arbetets art	Eget arbete, fördjupningsnivå I
Program/kurs/kurskod/ kursbeteckning	Sjuksköterskeprogrammet, 180 högskolepoäng Omvårdnad - Eget arbete/OM2240/SPN9
Arbetets omfattning	15 högskolepoäng
Sidantal	22 sidor
Författare	Rebecca Friberg Sofia Hjälml Tykesson
Handledare	Viveca Bergman Ingrid Johansson
Examinator	Kaety Plos

SAMMANFATTNING

Våld i hemmet är, och har alltid varit, en fruktansvärd realitet för många kvinnor. Antalet misshandlade kvinnor i dagens samhälle uppgår årligen till flertalet tiotusen men långt ifrån alla fall anmäls till polisen. Kvinnovåldet sker oftast i hemmet och i mycket stor del av fallen är den misstänkte förövaren en manlig bekant till kvinnan som hon har eller har haft en nära relation till. Våldet mot kvinnor kostar samhället cirka tre miljarder kronor per år. Den här uppsatsen har som syfte att undersöka vad som från sjuksköterskans sida kan utgöra möjliga hinder för samtal om våld i nära relationer då en våldsutsatt kvinna söker vård. Omvårdnadsteoretikern Joyce Travelbees fokus på mötet mellan sjuksköterska och patient, och den kommunikation som kan användas som ett redskap för att uppnå omvårdnadens mål, ligger till grund för detta arbete. Teorin anser vi kan verka som en del i att belysa vikten av kommunikation och förklara de hinder som finns för samtal om våldsproblematik. En systematisk litteraturstudie genomfördes där 10 artiklar inkluderades. Genom induktiv analys av artiklarna kunde fyra teman för möjliga hinder lyftas fram: kunskapsbrist, rädsla, tidsbrist och brist på avskildhet med den våldsutsatta kvinnan. Enbart genom att synliggöra de hinder som finns för att samtala om våldsproblematik i hemmet kan arbetet påbörjas för att motarbeta och minska dessa hinder.

INNEHÅLLSFÖRTECKNING

INLEDNING	1
BAKGRUND	2
Definition av våld	2
Prevalens	3
Klinisk bild	3
Föreställningar om våldets offer och förövare	3
Juridiska aspekter	4
Internationellt	4
Nationellt	4
Mörkertal	5
Hälsoekonomi	6
Travelbees omvårdnadsteori– en teori om möte och interaktion i vården	7
SYFTE	8
METOD	8
RESULTAT	9
Kunskapsbrist	9
Attityder och värderingar	9
Brist på adekvat utbildning och träning	10
Rädsla	11
Rädsla för sina egna känslor	11
Rädsla för att förolämpa patienten	12
Tidsbrist	12
Prioritering	12
Glömska	13
Andras uppgift	13
Brist på avskildhet med den våldsutsatta kvinnan	14
Brist på avskilda miljöer för samtal	14
Bristande möjligheter för samtal ensam med den våldsutsatta kvinnan	14
DISKUSSION	14
Metoddiskussion	14
Resultatdiskussion	16
Egen reflektion	18
REFERENSER	19

BILAGA

Bilaga	Artikelredovisning
---------------	---------------------------

INLEDNING

På insidan: kaos och våld. På utsidan: lugn och harmoni. Så lever många kvinnor idag och ännu fler har genom historien levt på samma sätt. Kvinnovåldet finns alltid runt omkring oss. I våra privata liv har vi själva haft vänner som utsatts för våld från sina män, alternativt pojkvänner, och även sett hur detta våld påverkat kvinnans liv. Vi har även genom vår sjuksköterskeutbildning fått uppögonen för kvinnovåldets problematik. Då antalet misshandlade kvinnor i dagens samhälle årligen uppgår till flertalet tiotusen är det av största sannolikhet att vi, i egenskap av sjuksköterskor, kommer att träffa någon eller några av dessa kvinnor, kanske utan att vi ens vet om det (1). Denna uppsats kommer att behandla de svårigheter som kan uppstå för sjuksköterskan i mötet med en våldutsatt kvinna och som kan hindra samtal om det egentliga skälet till att kvinnan söker vård.

I sjuksköterskeutbildningen vid Göteborgs Universitet läggs stort fokus på bemötandet av patienten men vi har endast haft en kortare föreläsning om kvinnors och barns utsatthet i samhället och i nära relationer. Denna föreläsning innehöll mycket information om den våldsdrabbade kvinnans kännetecken och även barns upplevelser av att leva i en relation där våld förekommer. Det fanns dock inget utrymme för diskussion rörande sjuksköterskans möte med den våldutsatta kvinnan. För att kunna ge maximal omvårdnad krävs kunskap om det berörda området och en god relation mellan patient och sjuksköterska för att patienten skall kunna känna tillit och förtroende för vårdpersonalen.

Bland sjuksköterskor talas det ofta om den ”kliniska blicken” som gör att vi kan prioritera bland de uppgifter som skall utföras (2). Även en ”tyst kunskap” benämns, vilken gör att patienten kan läsas av och vården därefter anpassas för varje individs unika behov (3). Genom den kliniska blicken och tysta kunskapen kan sjuksköterskan lära sig att se bakom individens yttre skador, uppmärksamma det som inte sägs och fokusera på att vårda de själsliga sår som patienten har. Under den verksamhetsförlagda utbildningen till sjuksköterskor har vi sett flera kvinnor som kan ha utsatts för våld i hemmet och att sjuksköterskor inte valt att se den egentliga orsaken till att kvinnan sökt vård. Varje persons föreställningar om den våldsdrabbade kvinnan formas utifrån individens förkunskaper och får oss att ”sätta etikett” på hur en våldsdrabbad kvinna ska se ut, bete sig och agera. Vår tanke är att okunskap och felaktiga föreställningar om hur våldet kan te sig kan spela en viktig roll i sjuksköterskans bemötande och omhändertagande av den våldsdrabbade kvinnan. Lokala handlingsplaner för samtal med och omhändertagande av våldutsatta kvinnor finns som stöd för sjuksköterskan men tycks inte användas i det dagliga arbetet. Intentionerna är goda men någonstans på vägen försvinner den goda viljan. De slagna kvinnorna tiger och resultatet blir att problemet inte får tillräcklig uppmärksamhet. Genom att inte uppmärksamma de slagna kvinnorna åsidosätts det verkliga problemet och den bakomliggande orsaken till att kvinnan söker vård förbises. Detta, anser vi, innebär inte bara ett lidande för den våldsdrabbade kvinnan utan bör även ses som ett samhällsproblem i form av ekonomiska och sociala förluster.

BAKGRUND

Definition av våld

Enligt Nationalencyklopedin (4) definieras kvinnomisshandel kort som ”att en kvinna utsätts för våld”, det vill säga att det är en kvinna som är offret och att någon utövar våld mot henne. Ingen närmare beskrivning ges om den som utövar våldet eller var det sker.

Ordet ”våld” skapar hos många människor tankar om knytnävsslag och misshandel, det vill säga en handling som ger fysiska men och skador. Kvinnovåld består förvisso av fysiskt våld men definieras även utifrån den psykiska misshandeln i form av isolering från omvärlden, verbal nedvärdering och konstant skräck som är den slagna kvinnans vardag (5). Våldet orsakar alltså inte enbart skador på kvinnans kropp utan bryter även sakta ner hennes självkänsla och psyke. Den våldsamme mannen kan då genom sina handlingar uppnå full kontroll över kvinnan. Begreppet kvinnomisshandel kan även innefatta en närmare beskrivning av offrets och förövarens relation och var handlingen sker. Krav ställs då på att de båda har en pågående eller avslutad parrelation och att våldet utövas i det egna hemmet (6,7).

I Förenta Nationernas (FN) ”Deklaration om avskaffandet av våld mot kvinnor” (8) från 1993 definieras våld mot kvinnor som:

...varje handling av kvinnospecifikt våld som resulterar i eller kan resultera i fysisk, sexuell eller psykisk skada eller lidande för kvinnor, inklusive hot om sådana handlingar, tvång eller godtyckligt frihetsberövande, vare sig handlingen sker i det offentliga eller privata livet (8).

Denna definition innefattar inte någon närmare beskrivning av de berördas relation, inte heller ställs några krav på att våldet utövas i det egna hemmet.

I studien ”Slagen Dam, Mäns våld mot kvinnor i jämställda Sverige – en omfångsundersökning” (9), tillfrågades kvinnor om de bland annat utsatts för våld i en nära relation och vidare hur detta våld yttrat sig. Ett sannolikhetsurval av 10 000 kvinnor i åldrarna 18-64 år boende i Sverige valdes slumpmässigt ut ur Statistiska centralbyråns (SCB) register över totalbefolkningen och gav slutligen en svarsfrekvens på 70,1 %. Med tanke på frågeformulärets omfattning och frågornas känsliga natur ansågs svarsfrekvensen hög. Undersökningen innefattade frågor om våldets förekomst och karaktär. Studien definierar även våld i nära relationer utifrån ett sexuellt perspektiv. Mannen kan då genom kvinnans rädsla att utsättas för våldshandlingar tvinga den undertryckta kvinnan att utföra eller bevittna en sexuell handling mot hennes vilja. Hot om våld, av både fysisk och sexuell karaktär, är en handling som enligt undersökningen ingår i begreppet kvinnomisshandel då det i likhet med en reell handling kan ha en negativ påverkan på kvinnans självkänsla (9).

Utifrån ovanstående definitioner och begrepp har vi valt att fokusera på det våld som sker mellan en man och en kvinna som lever i någon slags parrelation och där våldet utövas i det egna hemmet. Vi kommer vidare att använda oss av flera olika begrepp i denna studie men innebörden kommer för dem alla vara densamma och

syfta till det tidigare nämnda fokus som detta arbete kommer att ha. Begrepp som vi kommer att använda oss av är: våld i hemmet, våld i nära relationer, våldsproblematik i hemmet, våldsutsatt kvinna, slagen kvinna och kvinnomisshandel.

Prevalens

Varje år dör 16 kvinnor i Sverige till följd av misshandel i en nära relation (10). Trots denna skrämmande siffra är förekomsten av våld i nära relationer långt mycket vanligare än bland dessa 16 kvinnor. År 2007 anmäldes över 26 000 fall av kvinnomisshandel i Sverige och i beaktande bör då tas att uppskattningsvis enbart vart femte fall anmäls till polisen. I nära 70 % av de anmälda fallen är den misstänkte förövaren en manlig bekant till kvinnan som hon har eller har haft en nära relation till (11). Våld av en bekant förövare är betydligt vanligare bland kvinnor än bland män. Statistik från Brottsförebyggande Rådet, BRÅ, (12) visar att främlingsvåldet, då en främling utsätter en annan person för våld, är betydligt vanligare bland män och att det oftare sker utomhus jämfört med kvinnovåldet (12, 13). "Främlingsvåldet" omnämns mer frekvent i media och kan därför vara en orsak till att kvinnor oftare associerar denna sorts våld med till exempel våldtäkter och är även den typ av våld de är mest rädda för (14).

I undersökningen Slagen Dam, om våld riktat mot kvinnor, framkommer att en tredjedel av kvinnor som lever i eller har avslutat en relation med en misshandlande man har sökt hjälp från någon hjälpinstans, oftast från sjukvården (9).

Klinisk bild

Den slagna kvinnans skador är ofta ett resultat av en långvarig misshandel och läkningen av eventuella skador kan därför ha kommit olika långt. Vanliga skador är blåmärken med olika färg och lokalisation, krosskador, frakturer, stick- och skärsår samt brännmärken, ofta på områden som döljs av kläder så som armar, ben och bål. Även huvud, ansikte och nacke är vanligt förekommande områden för våld mot kvinnor. Förutom de kroppsliga skador som kan uppstå följer ofta även psykiska besvär i form av sömn- och ätstörningar, depression, ångest och psykosomatiska besvär som till exempel yrsel (15) och ihållande huvudvärk (16). Våldsutsatta kvinnor söker därför ofta vård inte enbart för de kroppsliga skador som misshandeln orsakat utan även för de själsliga och psykiska sår som är resultatet av en långvarig förnedring. Det är därför av största vikt att som sjuksköterska i mötet med den slagna kvinnan väga samman det spektra av orsaker som patienten sökt för och försöka finna den underliggande orsaken till att patienten frekvent återkommer till vården (15).

Föreställningar om kvinnovåldets offer och förövare

I dagens samhälle finns en föreställning om den slagna kvinnan som en kvinna med låg social status och med ett lågavlönat arbete. Hennes barndom har präglats av våld som en del i uppfostran eller för att visa makt mellan make och maka. Vidare finns föreställningar om "invandrarmannen" som slår sin fru för att det ingår i hans kultur, den alkoholiserade slagskämpan och den arbetslösa mannen som tar ut sin frustration på sin sambo eller fru (9, 13). Dessa föreställningar kan vara en av flera

orsaker till att den våldsdrabbade kvinnan inte söker vård, eftersom hon inte vill eller anser sig förverkliga de stereotyper och föreställningar som finns om våldsutsatta kvinnor. Stereotyperna kan även verka som ett led i att sjuksköterskan inte kan tänka sig patienten som utsatt för kvinnomisshandel. De föreställningar som sjuksköterskan felaktigt har om våldsutsatta kvinnor stämmer inte överens med patienten som står framför henne eller honom och identifiering kan försvåras. Kvinnovåld förekommer i alla sociala skikt, etniska grupper och bland alla åldrar och därför bör sjuksköterskan ha ett öppet sinne för vem den våldsutsatta kvinnan kan vara (9).

Juridiska aspekter

Internationellt

År 1946 bildades FN:s Kvinnokommission. Kommissionens syfte var, och är än idag, att bereda frågor rörande kvinnors villkor och rättigheter i samhället, samt särskilja kvinnans rättigheter från männens och därigenom tydliggöra dem (17). Arbetet utvecklades vidare i FN:s stadgar från 1948 om de allmänna mänskliga rättigheterna, vilka benämner vad som kan anses vara fortsättningen till ett arbete för kvinnans rätt i samhället: mäns och kvinnors lika rättigheter. Däribland ingår bland annat konventionen om tortyr och annan omänsklig behandling, vilka stödjer kvinnans rätt att inte drabbas av våld. Denna konvention syftar dock endast till att förebygga det våld som kan utövas från statens sida (18).

Sedan Kvinnokommissionens bildande har FN anordnat fyra kvinnokonferenser med deltagare från hela världen. Konferenserna syftar till att förtydliga den problematik som utgör världens kvinnors vardag idag. Under konferenserna utarbetas handlingsplaner för att stoppa diskrimineringen mot kvinnor och stärka kvinnans ställning i samhället (19).

Nationellt

Fram till år 1864 hade i Sverige mannen rätt att använda aga som disciplinering gentemot sin fru om han ansåg detta nödvändigt (13, 20). Kvinnomisshandel går i Sverige sedan 1982 under kategorin "allmänt åtal", det vill säga att den som anmäler brottet inte behöver vara offret och att anmälan kan ske mot offrets vilja (13, 21). År 1993 tillsatte den dåvarande regeringen en Kvinnovåldskommission med syftet att *"utifrån ett kvinnoperspektiv göra en översyn av frågor som rör våld mot kvinnor och föreslå åtgärder för att motverka sådant våld"* (22, sid. 18). Med denna kommissions arbete i ryggen infördes år 1998 ett nytt brott i brottsbalken: grov kvinnofridskränkning. Införandet syftade till att förstärka kvinnans position och att det upprepade våldet skulle särskiljas som brott från den misshandel som sker utanför äktenskapslika relationer (13). Detta innebar dessutom att varje sådan våldshandling från och med detta skulle bedömas tillsammans och ge ett strängare straff än varje brottslig handling skulle ge var för sig. Lagen syftar även till att betona de skador som dessa handlingar orsakar kvinnans självkänsla, alltså inte enbart till de fysiska skadorna (7).

Sjuksköterskans yrkesverksamhet regleras av flera lagar och författningar. En av dessa är Sekretesslagen 1980:100 (23). I kap 14 § 2 står följande skrivet:

Sekretess hindrar inte att uppgift som angår misstanke om brott lämnas till åklagarmyndighet, polismyndighet eller annan myndighet som har att ingripa mot brottet, om fängelse är föreskrivet för brottet och detta kan antas föranleda annan påföljd än böter (23, sid. 726).

Detta innebär att brott som till exempel grov misshandel, vilket kan ge från ett till tio års fängelse, ger vårdpersonal tillåtelse att bryta sekretessen och anmäla en sådan våldshandling (24). Som kontrast kan anges att vid våld mot kvinnor får dock inte polisanmälan ske utan den våldsdrabbade kvinnans samtycke. Har barn bevittnat våldet i hemmet skall anmälan dock alltid ske till Socialtjänsten (25).

I sjuksköterskans etiska kod från International Council of Nursing (ICN) finns riktlinjer för sjuksköterskans yrkesverksamhet beskriven och talar bland annat om det ansvar som sjuksköterskan har gentemot patienten och samhället: ”Sjuksköterskan delar med samhället ansvar för att initiera och stödja åtgärder som tillgodoser, i synnerhet svaga befolkningsgruppers hälsa och sociala behov”. Sjuksköterskan ska även verka för ”en miljö där mänskliga rättigheter, värderingar, sedvänjor och trosuppfattning hos individ, familj och samhälle respekteras” (26). Enligt Hälso- och sjukvårdslagen 1982:763, HSL, § 2a:3 skall en god vård ”bygga på respekt för patientens självbestämmande och integritet” vilket syftar till att tillgodose varje persons autonomi och rätt till sin egen kropp och person (27). Hälso- och sjukvård skall även enligt Lag om yrkesverksamhet på hälso- och sjukvårdens område 1998:531, LYHS, utövas enligt vetenskap och beprövad erfarenhet och byggas på omtanke och respekt. I § 9 står även följande skrivet:

Den som tillhör eller har tillhört hälso- och sjukvårdspersonalen inom den enskilda hälso- och sjukvården får inte obehörigen röja en uppgift från en enskild om någon annan persons hälsotillstånd eller andra personliga förhållanden, om det kan antas att det finns en risk för att den som lämnat uppgiften eller någon närstående till uppgiftslämnaren utsätts för våld eller annat allvarligt men om uppgiften röjs (23, sid. 43).

Mörkertal

Enligt Statistiska Centralbyrån (SCB) är våldet mot kvinnor innanför hemmets stängda dörrar ett brott som blir allt vanligare och som ökat stadigt sedan 1990-talets början. Vanligast är våld eller hot om våld bland unga ensamstående mödrar, där 16 % av de tillfrågade anger att de drabbats av detta det senaste året. Denna siffra kan dock ifrågasättas då många av de tillfrågade inte vågar berätta om det som inträffat och mörkertalet beräknas därför även i dessa undersökningar vara stort (28).

I sjukvårdens arbete ingår att främja hälsa och förebygga ohälsa. Ett sätt att utföra detta är genom screening. Screening utgörs av standardiserade tester eller formulär med ämnesspecifika frågor för att upptäcka viss sjukdom eller tecken på riskfaktorer. Detta innebär att frågorna ställs till personer även om de inte uppvisar några tecken vid just det tillfället och till skillnad mot vanliga medicinska undersökningsmetoder utförs tester på personer utan indikation på sjukdom. Inom den svenska sjukvården har flera studier genomförts angående olika

screeningmetoder, bland annat för våld i nära relationer (29). Tanken med denna metod är att arbeta preventivt men kan även fungera som ett sätt att belysa problematik som patienten själv inte vill eller vågar benämna.

Av alla våldsbrott som begås, både mot kvinnor och män, under ett år tar endast 25% av alla drabbade kontakt med polisen. Dock resulterar detta inte alltid i en polisanmälan (28). Då den slagna kvinnan oftast har en äktenskapsliknande relation med förövaren räknar man med att procentandelen av anmälningar rörande dessa brott är ännu lägre. Det finns många anledningar till att det begångna brottet inte rapporteras till polis (22).

- Offret bagatelliserar det som skett och anser inte handlingen vara ett brott (22).
- Vanligt är att den drabbade kvinnan under en längre tidsperiod har utsatts för våld och därigenom genomgått en så kallad normaliseringsprocess rörande det våld som utövas. Våldet har blivit en del i hennes vardag och utgör därför inte något avvikande som hon anser bör anmälas (9, 22, 30).
- Rädsla för att drabbas av ytterligare våldshandlingar och en upptrappning av våldet är vanliga orsaker till att polisanmälan uteblir (9).
- Rädsla för att inte bli trodd eller mötas av ett synsätt att ”man är alltid två som bråkar” från samhället eller polisen (22, 31).
- Den psykiska påfrestning en eventuell rättegång skulle innebära tillsammans med eventuella represalier från den våldsbenägna mannen eller hans närmaste skrämmer kvinnan till tystnad (31).
- Skamkänslor över att ha blivit utsatt för våld från någon som säger sig älska en. Stannar kvinnan kvar i relationen kan även skamkänslor över att inte ha lämnat den våldsbenägna mannen hindra henne från att anmäla (9).
- Motvilja till att involvera polisväsendet i det som försiggår innanför hemmets stängda dörrar (9, 22).

Det bör även påpekas att den slagna kvinnans eventuella anmälan oftast föregåtts av en lång tids psykisk misshandel vilken brutit ner hennes självkänsla. Kunskap rörande ämnet är därför viktigt för alla instanser som kan möta den slagna kvinnan (31).

Hälsoekonomi

I en rapport från Socialstyrelsen år 2006 beräknades att våldet mot kvinnor kostar samhället cirka tre miljarder kronor per år, varav 21-38 miljoner kronor utgör kostnader för hälso- och sjukvården i samband med vård av de våldsdrabbade kvinnorna. Våld mot kvinnor kostar inte enbart sjukvården en stor summa pengar per år, utan berör även socialtjänst, försäkringskassa, rättsväsende och kvinno- och brottsofferjourer. Stöd till behandling av våldsverkande män uppgår varje år till mångmiljonbelopp. I dessa beräkningar räknas inte kostnader för till exempel tandvård, läkemedel, psykiatrisk öppenvård, smärta och lidande in, då dessa är allt för svåra att uppskatta. Även behandling av till exempel posttraumatiskt stressyndrom, vilket kan uppträda som sviter av misshandeln för den våldsdrabbade kvinnan, står för en stor kostnad i samhället som inte heller har inräknats i Socialstyrelsens rapport. Tydligt är dock att samhällets kostnader för våld i hemmet

vida överstiger den sjukvårdskostnad som kan ses som ett direkt resultat av misshandeln (32).

Travelbees omvårdnadsteori – en teori om möte och interaktion i vården

Omvårdnadsteoretikern Joyce Travelbee (33) fokuserar i sin teori på mötet mellan sjuksköterska och patient, vad mötet utgörs av och hur dessa parter kan interagera med varandra. I mötet mellan de båda finns en önskan att få sina behov uppfyllda men fokus ligger dock främst på den sjukes behov. Centralt i mötet är även patientens upplevelser och erfarenheter, vilka är överordnade diagnos. Sjuksköterskan bör i sitt yrke verka för att hjälpa patienten att finna mening i och hitta verktyg för att bemästra sitt lidande. Travelbee menar även att begreppen 'sjuksköterska' och 'patient' förhindrar de båda att skapa en mellanmänsklig relation och att dessa därför bör se bortom sina respektive roller för att mötas som unika individer. För att skapa en förståelse mellan de båda krävs att sjuksköterskan undviker att tolka patienten utifrån likheter med andra patienter och inte utgår från de stereotyper som kan tänkas finnas. Travelbee betonar även vikten av att sjuksköterskan känner empati och vill förstå patientens situation och tankar (33).

I Kirkevolds (34) analys av Travelbees teori beskrivs lidandet vara en ofrånkomlig del i att vara människa och att varje person upplever lidande utifrån sina egna känslor. Vidare beskrivs lidande förorsakas av "*olika typer av förluster, minskad känsla av egenvärde eller separation från närstående (34, sid. 131)*". Olika grader av lidande, från fysiskt, emotionellt eller själsligt obehag, till extremt lidande, apati och likgiltighet är enligt Travelbee faser som sjuksköterskan bör uppmärksamma för att patienten inte skall hamna i "mellanmänniska akuthjälpsituationer", där ett akut omhändertagande är av yttersta vikt.

Kommunikation är ett viktigt redskap för att uppnå omvårdnadens mål. Detta redskap utgörs av en målinriktad process med syfte att förmedla tankar och känslor och gör det möjligt för sjuksköterskan att etablera en mellanmänsklig relation. Kommunikationstekniker kan verka som ett medel för att uppnå en god kommunikation men Travelbee sätter samtidigt upp ett varningens finger för att lita allt för mycket på dessa tekniker (33):

Kommunikationstekniker är inte någon sorts mirakelkurer för interaktionsproblem. Det finns inga magiska fraser att ta till för att etablera en relation (35, sid. 14).

För att uppnå en god omvårdnad krävs alltså att sjuksköterskan kan bemästra de kommunikativa färdigheter som ligger till grund för den mellanmänniska relationen, ser den specifika patienten som den unika individ hon är och lägger sina egna erfarenheter och upplevelser åt sidan (33).

Travelbees teori anser vi tydliggöra kommunikationens och mötets betydelse med den slagna kvinnan som patient. Detta möte mellan den slagna kvinnan och sjuksköterskan kan, enligt oss, ske enbart för att få omplåstring av de skador som uppstått i samband med våldshandlingen men mötet kan också vara ett sätt att få ett annat behov uppfyllt i form av hjälp bort från en relation där våld förekommer.

Teorin kan även verka som ett led för att förklara de upplevda hinder som kan uppstå i mötet och även hur dessa hinder eventuellt kan förebyggas.

SYFTE

Syftet med denna studie var att undersöka vad som från sjuksköterskans sida kan utgöra möjliga hinder för samtal om våld i nära relationer då en våldsutsatt kvinna söker vård.

METOD

Litteratursökning utfördes huvudsakligen i databaserna PubMed och Cinahl då dessa inriktar sig främst på områden som medicin och vårdvetenskap. Ytterligare sökning utfördes därefter i databasen PsycINFO för kompletterande litteratur. Sökorden valdes utifrån Svensk MeSH:s översättning av 'våld i hemmet' – 'domestic violence' och 'nurs*' för att inrikta sökningen till ett sjuksköterskeperspektiv. Andra sökningar gjordes utefter alternativa sökord för våra huvudämnen. Då hälso- och sjukvården ständigt utvecklas ville vi genom denna uppsats ta reda på vad som i dagens vård kan upplevas som hinder för samtal i mötet med den våldsutsatta kvinnan. Vald litteratur fick därför inte vara äldre än från år 1997. Begränsningar gjordes även bland de språk och länder som valdes, så att dessa kunde jämföras med den sjukvård som bedrivs i Sverige idag.

De artiklar som inkluderades hade för syftet lämpliga titlar och abstracts. Artiklar exkluderades utifrån att de behandlade kvinnor som utsatts för våld i sin barndom eller då de hade ett patientperspektiv. Även viss referenslitteratur från våra uppsökta artiklar via databaser kontrollerades för att eventuellt kunna inkluderas. Vid sökningar som gav ett stort antal träffar lästes samtliga titlar för att vid relevant titel följas av läsning av abstract. I tabell 1 presenteras sökord och urval från de olika databaserna. Genom att läsa de valda artiklarnas resultat i flera omgångar framkom fyra teman och nio subteman, vilka presenteras i vårt resultat nedan:

- Kunskapsbrist
 - Attityder och värderingar
 - Brist på adekvat utbildning och träning
- Rädsla
 - Rädsla för sina egna känslor
 - Rädsla för att förolämpa patienten
- Tidsbrist
 - Prioritering
 - Glömska
 - Andras uppgift
- Brist på avskildhet med den våldsutsatta kvinnan
 - Brist på avskilda miljöer för samtal
 - Bristande möjligheter för samtal ensam med den våldsutsatta kvinnan

Tabell 1. Översikt över sökord och urval i litteraturstudien

Databas	Datum	Sökord	Limits	Antal träffar	Antal valda artiklar	Ref. i text
PubMed	080324	Domestic violence AND healthcare AND nurs*	Abstract, All adult 19+ years, English, added to PubMed within last 10 years	252	3	37, 42, 43
PubMed	080403	Domestic violence AND nurs* AND barriers	Abstract, All adult 19+ years, English, added to PubMed within last 10 years	32	2	39, 40
Cinahl	080324	Domestic violence AND healthcare AND nurs*	Abstract available, Published Date from 1997, peer reviewed	21	1	41
Cinahl	080324	Domestic violence AND nurs* AND factors	Abstract available, Published Date from 1997, peer reviewed	126	1	45
Cinahl	080403	Domestic violence AND nurs* AND barriers	Abstract available, Published Date from 1997, peer reviewed	19	1	44
PsycINFO	080403	Domestic violence AND barriers	English, adulthood	70	1	36

Nio artiklar återfanns genom sökning i databaser. Utöver dessa nio artiklar inkluderades ytterligare en artikel (38), funnen i referenslista i en bortvald artikel.

De tio valda artiklarna presenteras i studien bilaga.

RESULTAT

Resultatet kommer att presenteras utifrån de fyra teman och nio subteman som framkommit genom granskning.

Kunskapsbrist

Attityder och värderingar

Kunskapsbristens betydelse visade sig i de valda studierna i form av vårdpersonalens attityder och värderingar gentemot de våldsutsatta kvinnorna. En vanlig missuppfattning som framkom var att våldsutsatta kvinnor självmant skulle berätta om våldsproblematik i hemmet för vårdpersonal och att frågor om ämnet

därför inte var nödvändiga (36). Detta kunde leda till att kvinnan inte tillfrågades om det verkliga skälet till varför hon sökte vård och att *"a woman's needs will be met only if the right nurse is on duty (38, sid 14)"*. Elliott et al (36) visade i sin studie att endast 27 % av de svarande kände sig säkra på att de kunde identifiera våldsutsatta kvinnor. Sugg och Inui (38) betonade vidare att den största andelen av de tillfrågade läkarna visste att våld i nära relationer förekom bland alla befolkningsgrupper, sociala skikt och etniska grupper. Trots detta utgick de tillfrågade ofta från patientens socioekonomiska status för att avgöra om våld i hemmet var troligt. Många av dessa läkare erkände även att det var mer troligt att de själva skulle ha frågat patienter med lägre socioekonomisk status om våld i hemmet, jämfört med patienter med högre socioekonomisk status (38). En annan orsak till att patienten inte tillfrågades om en eventuellt våldsamt hemmiljö var att vårdpersonalen ansåg förekomsten av våld i hemmet vara så låg i patientpopulationen att frågor om ämnet ansågs irrelevant (36, 39, 40) eller som en dålig tidsinvestering (38). Sugg och Inui (38) visade även på att vårdpersonal som vuxit upp i vita medelklasssamhällen, utan egen erfarenhet av våld, ofta förutsatte att de med liknande bakgrund inte var i farozonen att utsättas för våld i hemmet. Bland sjuksköterskor som sällan arbetat med våldsutsatta kvinnor, och därför hade liten teoretisk förståelse om de utsattas kvinnornas situation, framkom privata känslor om kvinnans skuld i våldet så som att kvinnan genom sina handlingar *"bett om det"* eller förtjänade att utsättas för våld (41). En nära identifiering med våldsoffret och tankesättet *"this could never happen to me"* (41, sid. 33) angavs vidare som ett eventuellt hinder för sjuksköterskan att identifiera de utsatta kvinnorna och därmed belysa problemet.

Brist på adekvat utbildning och träning

Att inte veta hur man skulle fråga patienten om huruvida de var utsatta för våld i hemmet framkom i ett flertal av studierna som ett stort hinder för den yrkesverksamma sjuksköterskan att tala om våld (42-44). Enligt Gutmanis et al (43) spelade personlig intervju teknik och kommunikationsförmåga en viktig roll för hur villig vårdpersonal var att fråga om våld i hemmet. Genom att träna på att samtala med kvinnor som utsatts för våld i nära relationer kunde fler kvinnor identifieras som utsatta (41). De sjuksköterskor som endast vid ett fåtal tillfällen identifierade kvinnor som utsatts för våld i en nära relation, upplevde att de inte visste hur de skulle gå vidare med den information de fått från kvinnan (37). Gutmanis et al (43) visade i en undersökning bestående av olika svarsalternativ att vårdpersonalen inte frågade om våldsproblematik i hemmet gentemot sina patienter eftersom de trodde att detta skulle kunna *"make matters worse"* (43, sid. 7) eller att frågan skulle *"put her on the spot"* (43, sid. 7). Rädslan för att kvinnan skulle svara *"ja"* på frågan om hon utsatts för våld i hemmet framkom i Ellis et al (42) samt Furniss et al (40) studier som ett hinder för att ens nämna ämnet gentemot patienten då detta skulle leda till följder de inte visste hur de skulle hantera. Detta *"ja"* menade Gutmanis et al (43) kunde hindra läkare från att fråga eftersom de då kanske skulle bli tvungna att kontakta socialtjänst eller polis. I hälften av studierna efterfrågades mer utbildning angående ämnet våld i nära relationer (39-43). Kunskapsluckor angående lagar och de juridiska aspekterna av våld i nära relationer framkom som ett tydligt tema bland sjuksköterskor i två av de valda studierna (39, 42). Vidare angav de deltagande önskan om utbildning för att tolka varningstecken och känna igen symtom på våld i hemmet för på så vis kunna öka screeningsfrekvensen (40, 42). Screening framkom som en viktig del i arbetet att för att upptäcka våld i hemmet

bland dem som söker sjukvård (39, 41). Genom screening kunde den utsatta kvinnan finna ett sätt att berätta om sin hemsituation utan att själv ta upp ämnet (41). Corbally (41) påvisade vidare i sin studie att en ökad screeningsfrekvens direkt kunde sammankopplas med ett högre antal identifierade våldsoffer och därmed en större chans att hjälpa dessa. Vikten av utbildning rörande våld i nära relationer betonades även i Heinzer och Krimms (44) studie då denna utbildning enligt dessa var en förutsättning för att ge en holistisk vård.

Furniss et al (40) studie lyfte fram behovet av riktlinjer och protokoll bland sjuksköterskor som förväntades utföra screening. Davis och Harsh (39) betonade dock att själva förekomsten av protokoll inte kunde behandla de mångfacetterade delar som våld i hemmet utgjordes av. Vidare menade de att de olika instanserna som kan möta den våldsutsatta kvinnan måste arbeta ihop. Genom samarbete kunde behoven mötas för både den våldsutsatta kvinnan som för de som utförde screening för att identifiera dessa kvinnor (39). I en undersökning av Häggblom och Möller (37) framkom att brist på rutiner och riktlinjer gjorde att sjuksköterskorna kände att de enbart fick lita på sin egen intuition i kontakt med våldsutsatta kvinnor. Trots att de tillfrågade sjuksköterskorna ansågs vara kunniga i att samtala om våld i hemmet kände de att bristen på riktlinjer hindrade dem från att känna att de hade kontroll över situationen. Vilka kvinnor som tillfrågades om våld i hemmet utgjordes av ”*a gut feeling*” att allt inte stod rätt till eller att kvinnans historia inte stämde överens med den kliniska bild som framkom (37).

Häggblom och Möller betonade dock även att ”*knowledge is not enough; nurses must first overcome their own fears*” (37, sid. 11).

Rädsla

Rädsla för sina egna känslor

Davis och Harsh (39) belyste i sin studie att det ansågs vara mer socialt accepterat, mer konkret och lättare för sjuksköterskan att uttrycka brist på information som ett hinder för screening, än att benämna de känslor som våld i nära relationer frammanade hos sjuksköterskan som individ. Den känslöström som ämnet kan orsaka bör hanteras genom god självkänedom och självrannsakan innan screeningsprocessen kan påbörjas (39). Olustkänslor gentemot ämnet som sådant eller av att ställa frågor rörande våld i hemmet beskrevs av de tillfrågade i hälften av de utvalda studierna (36, 39, 41, 42, 44). Att fråga om och engagera sig i patientens våldsproblematik gjorde ofta att sjuksköterskorna kände frustration, ångest och psykologisk stress (37). Frustration framkom även som en återkommande känsla då offret inte ville ha hjälp (39), när kollegor misslyckades med att identifiera kvinnorna som utsatta (37) och då offret ofta ansågs återvända till den våldsamma relationen (41). En personlig bakgrund av våld i hemmet, eller att ha upplevt våld mot en nära vän eller bekant, ansågs i Elliott et al (36) studie inte öka screeningsfrekvensen, vilket Gutmanis et al (43) direkt motsade i sin studie. Även Sugg och Inui (38) påvisade att en person som själv upplevt våld i en nära relation kunde anse detta som ett hinder för att identifiera våldsutsatta kvinnor. De kvinnor som själva utsatts för våld i en nära relation och inte fått någon hjälp att bearbeta sina upplevelser angav att de kände stor frustration och ilska i mötet med andra utsatta kvinnor. Studien underströk även vikten av hjälp till bearbetning både då

kvinnan befinner sig i en relation där våld förekom och efter att relationen avslutats (37).

Rädsla för att förolämpa patienten

Att känna rädsla för att förolämpa patienten ansågs i Ellis (42), Elliott et al (36), Gutmanis et al (43) samt i Sugg och Inuis (38) studier som ett hinder för vårdpersonalen att samtala om våld i hemmet då de mötte en våldutsatt kvinna. Själva ämnets natur skulle för studiens tillfrågade innebära att de anklagade kvinnans partner för att vara en misshandlare (38). Hur bekväm personal kände sig att fråga om våld i hemmet tycktes enligt Furniss et al (40) även härröra från privatlivet. De sjuksköterskor som i sitt privatliv på något vis själva stött på screening rörande våldsproblematik i hemmet kände sig mer bekväma att fråga patienter om våld i hemmet än de som aldrig själva fått frågan ställd till sig. Det verkar enligt denna studie som att de som själv fått förfrågan om våld i hemmet ansåg att frågor rörande ämnet normaliserats och att dessa själva därmed kände sig mer bekväma med att själva fråga om ämnet i sitt yrkesliv. Studien visade även att antal år i tjänsten direkt positivt korrelerar med graden av bekvämlighet dessa sjuksköterskor kände inför att tala om ämnet med sina patienter. Detta innebar att ju flera år i tjänst dessa sjuksköterskor hade, desto mer bekväma kände de sig att tala om ämnet (40). Gutmanis et al (43) menade vidare att ett hinder kan uppstå då den som vårdar anser ämnet tillhöra familjeangelägenheter eller vara kulturellt accepterat och att frågan därmed skulle vara ett övertramp in på privat område. Frågor om våld i hemmet, menade vissa av de tillfrågade i denna studie, skulle även kunna leda till att kvinnan inte längre ville söka vård hos denna vårdgivare och att de därför hellre avstod från att fråga (43). Elliott et al (36) visar i sin studie att manlig vårdpersonal är mindre benägen att fråga om våld i nära relationer jämfört med kvinnlig vårdpersonal. Intressant att påpeka är även att Sugg och Inui (38) visade i sin studie att både manliga och kvinnliga vårdgivare kände oro inför att förolämpa patienten genom att fråga om våld i hemmet. Männerna angav dock en oro för att äventyra relationen med patienten, vilket de kvinnliga vårdgivarna inte alls uppgav sig känna (38). Att vårda en annan familjemedlem ansågs utgöra ytterligare ett hinder för frågor om våld i hemmet (43).

Tidsbrist

Prioritering

Alla de tio granskade studierna benämnde på olika vis brist på tid som ett hinder för sjukvårdspersonal att tala om våldsproblematik i hemmet gentemot patienterna (36-45). Davis och Harsh (39) visade i sin studie att screening ansågs uppta för mycket tid från övrigt sjukvårdsarbete. Trots att screeningformuläret i denna studie endast bestod av fem ja/nej-frågor ansåg personalen att det tog för lång tid att förklara för patienten varför och hur screeningen utfördes. Efter vidare utbildning och träning angav dock sjuksköterskorna detta hinder som mindre. Själva ämnets känsliga natur angavs i Corbally (41) studie som ett hinder för screening då vårdpersonalen var rädda för att hos patienten starta en flod av känslor som de med sina tidsbegränsningar inte skulle kunna hantera. Även Ellis (42) rankade i sin studie tidsbrist som ett återkommande hinder för screening angående våldsproblematik i hemmet. Författaren belyste samtidigt att screening på sikt kan minska arbetsbördan

genom att fler våldsutsatta kvinnor identifieras och kan få hjälp. Sugg och Inuis (38) studie bland amerikanska primärvårdsläkare visade en stor frustration över den korta tid som gavs med patienten och allt som skulle hinnas med under denna tid:

In the case of being a primary care provider and being expected to deal with the total person and the total body and you have 30 minutes, you can't ask all the questions (38, sid. 3159).

Ellis (42) belyste enligt Sasseti screening angående våld i hemmet som "nearly non-existent" (42, sid. 37). Som motsats angavs den screening som utförs som rutin för sköldkörtelproblematik, hypertoni och coloncancer, detta trots att förekomsten är lika hög för dessa sjukdomar som för våld i nära relationer.

Bryant och Spencer (45) påvisade i sin studie att sjuksköterskor med självupplevd erfarenhet av våld i nära relationer var mer benägna att ange tidsbrist som ett hinder för att identifiera våldsutsatta kvinnor jämfört med sjuksköterskor utan personlig erfarenhet av våldsproblematik. Korta vårdmöten ansågs i studien enbart ge vårdpersonalen tid att behandla patientens åkommor och utelämnade tid för screening angående våld i hemmet. Furniss et al (40) menade att ett hinder för screening och samtal om våldsproblematik kunde vara att andra ämnen prioriterades högre, som till exempel droganvändning, och att frågor om våld i nära relationer därför inte ställdes. Corbally (41) belyste vidare i sin studie att själva antalet patienter på en avdelning, i den nämnda studien en akutvårdsmottagning, ledde till att vårdpersonalen tvingades prioritera andra göromål för att över huvud taget kunna hantera det stora antalet vårdsökande. I takt med att tekniken övertar allt större del av det medicinska arbetet i form av diagnostisering och behandling försvårades enligt Corbally (41) sjuksköterskans arbete ytterligare. Kraven på sjuksköterskan ökar med allt större tekniskt ansvar och leder till en rädsla för misslyckande hos sjuksköterskan. Bristande engagemang rörande våldsproblematik i hemmet kunde enligt Corbally (41) med detta resonemang förklaras utifrån att sjuksköterskan kunde känna sig tvingad att distansera sig från patienterna för att uppfylla verksamhetens krav.

Glömska

Av de tillfrågade i Elliott et al (36) studie angav 41 % att de ofta glömde fråga patienter om våld i hemmet. Deltagarna i studien poängterade även vikten av standardformulär rörande detta ämne som en del i upptagandet av anamnes. Även Gutmanis et al (43) studie påvisade att glömska ofta låg bakom att våldsproblematik i hemmet inte benämndes.

Andras uppgift

Gutmanis et al (43) framkom som den enda studien som tydligt påpekade att deltagarna ansåg det tillhöra deras arbetsuppgift att fråga om våld i hemmet. Ellis (42), Furniss et al (40) och Heinzer och Krimm (44) lyfte alla fram att studiernas deltagare benämnt frågor om våld i hemmet eller screening för våld i hemmet vara någon annans uppgift. Viktigt att nämna är dock att de sistnämnda studiernas deltagare består av sjuksköterskor, barnmorskor och andra vårdprofessioner vilket kan påverka resultatet. Furniss et al (40) påvisade även i sin studie att en fjärdedel

av de svarande inte ansåg det höra till sjuksköterskans område att utföra screening för våld i hemmet. Deltagarna i ovan nämnda studie påpekade även att de som sjuksköterskor arbetade med nyblivna mammor och därför inte ansåg det lämpligt att fråga om ett sådant känsligt ämne i en tid som borde vara fylld av lycka.

Brist på avskildhet med den våldutsatta kvinnan

Brist på avskilda miljöer för samtal

Tre av de valda artiklarna formulerade hinder för samtal med våldutsatta kvinnor i form av brist på fysiska miljöer för samtal om detta känsliga ämne (39, 41, 42). Corbally (41) menade vidare i sin studie att troligheten för att våldsproblematik uppdragas på en sådan offentlig plats som en akutmottagning är minst troligt. Författaren belyste även att akutmottagningar idag ofta har endast tunna skynken som skiljer patienterna åt och att detta inte gav möjlighet för patienten att yppa sådan känslig och viktig information som våld i hemmet innebär. Även för sjuksköterskan uppstod ett hinder i form av den bristande avskildhet som vårdavdelningen gav och som ledde till att sjuksköterskan inte talade om våldsproblematiken med patienten. I Ellis (42) studie framkom att 10 % av de tillfrågade ansåg att brist på platser för avskilda samtal med patienten utgjorde ett hinder för screening.

Bristande möjligheter för samtal ensam med den våldutsatta kvinnan

En privat miljö där kvinnan känner sig säker och trygg är enligt Häggblom och Möller (37) av största vikt för ett avslöjande om våldsproblematik i hemmet. Sjuksköterskor i fyra av de valda artiklarna (39- 42) angav att de inte benämnde problem med våld i hemmet gentemot patienten eftersom de inte visste hur de skulle kunna få kvinnan ensam för ett sådant samtal. Davis och Harsh (39) betonade vidare i sin studie att ytterligare hinder kan utgöras av att familjemedlemmar ofta närvarar vid kvinnans sida då hon söker vård, vilket kan leda till att problematiken inte tas upp. Att benämna sådan problematik med anhöriga i närheten kan leda till potentiell fara för patienten i form av repressalier för patienten i ett senare skede (40, 41). Samtal utan anhöriga närvarande är om möjligt av ännu större vikt då patienten inte talar samma språk som sjukvårdspersonalen och en tolk därför behövs. Vid en sådan situation ska anhöriga aldrig användas som tolk då detta kan utsätta kvinnan för fara (40). De deltagande i Gutmanis et al (43) samt Furniss et al (40) studie angav att de kände oro för sin egen säkerhet vid frågor om våld i hemmet. Deltagarna i Heinzer och Krimms (44) studie uttryckte istället oro för att ett avslöjande om våldsproblematik i hemmet skulle utsätta sjukvårdspersonalen som helhet för fara.

DISKUSSION

Metoddiskussion

Före arbetet med denna litteraturstudie hade vi båda intresserat oss för och läst på vad våldutsatta kvinnor anser om den sjukvård som tillhandahålls dem. Resultatet var vad vi, i vårt tycke, fann vara en brist på studier om sjuksköterskans upplevda hinder för att samtala om våldsproblematik gentemot den våldutsatta kvinnan. Utifrån denna upptäckt utformades sökningar för vårt arbete via databaserna Cinahl,

PubMed och PsycINFO. Från dessa valdes nio artiklar ut med relevans för vår studie. Utöver dessa nio artiklar tillkom senare en artikel via en referenslista. Våra sökord valdes utifrån svensk MeSH för att svara mot vårt syfte och utvecklades även från att enbart innefatta ämnesområdet "domestic violence" och "nurs*" till att avsmalnas genom att sökordet "barriers" tillkom. Genom denna kombination fann vi litteratur som var av stor relevans för vårt arbete och kunde uppfylla syftet med vår studie. Litteraturens tidsbegränsning från 1997 och framåt gav oss information om hur kunskapsläget sett ut de senaste tio åren och hur den ser ut i dagsläget.

Våra valda artiklar kommer ursprungligen från USA (36, 38, 39, 40, 42, 44, 45) Finland (37), Kanada (43) och Irland (41). Studier utförda i Sverige behandlade inte det sjuksköterskeperspektiv som vi eftersökte och inkluderades därför inte. Trots att inga artiklar med ursprung i Sverige innefattades i vår studie anser vi att dessa utländska artiklar kan appliceras till den verksamhet som bedrivs i Sverige. Alla länder anses ha en hög standard på sjukvård och ämnet borde beröra all sjukvårdspersonal lika, trots olika nationalitet och utbildning. USA har i större utsträckning jämfört med Sverige privat finansierad sjukvård. Hur ett lands sjukvård finansieras kan ha betydelse för vilka som söker sjukvård. Tvingas man betala stora summoräven för icke akut vård, vilket är en problematik som många av de utsatta kvinnorna dras med dagligen, kanske antalet besök på den lokala sjukvårdsmottagningen minskar. Detta anser vi kan försvåra identifiering av de utsatta kvinnorna och minska chanser för träning för sjukvårdspersonal i att identifiera utsatta kvinnor. Trots dessa skillnader anser vi att resultatet i denna uppsats går att applicera till den svenska vården. Känslorna som ämnet av sin natur framkallar kan anses allmänmänskliga och borde inte beröras av nationalitet eller hur vården finansieras.

Vår litteratursökning resulterade i inkludering av fem artiklar av kvantitativ sort, tre kvalitativa artiklar, en reviewartikel och en kombinerat kvalitativ/kvantitativ artikel. Då kvantitativ metod innebär att lägga fram påståenden som deltagare får tycka antingen för eller emot om, innebär detta att svarsalternativen för de deltagande begränsas och därmed även resultatet i viss mån. Positivt med denna metod är dock att undersökningar kan utföras med ett stort antal deltagare. De kvalitativa artiklarna har genom dess möjlighet att uttrycka egna tankar och åsikter förutsättningar för ett mer varierat resultat. Dock speglar kvalitativ metod endast varje deltagares känslor och åsikter och kan därmed inte alltid anses överensstämma med andra personers tankar rörande samma ämne. Genom att inkludera både kvalitativa och kvantitativa artiklar, samt en kombinerat kvalitativ/kvantitativ artikel, anser vi ha kunnat återge en bredd av möjliga hinder för samtalsproblematik om våld i nära relationer.

Flera av de valda studierna har som deltagare inkluderat flera olika yrkeskategorier så som läkare, barnmorskor, distriktssköterskor och sjuksköterskor. Dagens svenska sjuksköterska har en kompetens som i jämförelse med den amerikanska sjuksköterskans anses närmare sträva mot läkarens och innefattar även fler ansvarsområden i verksamheten. Då flera av de amerikanska studierna syftar till att undersöka olika samband mellan screening och läkare som yrkesgrupp, kan denna syssla förmodas utföras av läkare i huvudsak. I motsats kan uppgiften här i Sverige anses tillhöra en del i sjuksköterskans arbete, även om utförandet inte alltid benämns med denna term.

Resultatet i de valda studierna framkom som en homogen kunskap med enstaka avvikelser. Då den information vi fann framkom som samstämmig ansåg vi att kunskapsläget var mättat för det fokus vi valt. Etiska aspekter lyftes fram i tre av de valda artiklarna (38, 42, 45). Könaspekter diskuterades i tre av de valda artiklarna (36, 38, 45) men gavs endast minimalt med utrymme i dessa.

Resultatdiskussion

Syftet med denna studie var att undersöka vad som från sjuksköterskans sida kan utgöra möjliga hinder för samtal om våld i nära relationer då en våldsutsatt kvinna söker vård. Resultatet utgörs av fyra teman och nio subteman, vilka vi anser uppfyller vårt syfte och tillför ny kunskap till hälso- och sjukvårdens verksamhet. Genom att synliggöra hinder som finns för att tala om våldsproblematik i hemmet underlättas arbetet för att motarbeta och minska dessa hinder. Kunskap gör även att vi kan utforma vården så att de slagna kvinnornas problematik uppmärksammas och utgör en förutsättning för den holistiska vård som är målet med dagens hälso- och sjukvård (44). Genom att tillgodose och tillfredställa människans behov, kroppsliga som själsliga och andliga, kan optimal omvårdnad nås och hälsa främjas. Den slagna kvinnans behov kan utgöras både av kroppslig omvårdnad i form av vård av fysiska skador, liksom själslig omvårdnad efter en psykisk misshandel. Inom sjukvården är det därför av största vikt att kunna känna igen tecken och symtom för att kunna fånga upp de våldsdrabbade kvinnorna utan att de själva uttryckligen sätter ord på misshandeln. Detta betonas i Häggblom och Möllers (37) studie genom den ”magkänsla” som får leda väg bland de patienter som sjuksköterskan möter och som utgör grund för samtal om ämnet bland våldsutsatta kvinnor. Vår tanke är att sjuksköterskan genom sin ”tysta kunskap” då har identifierat kvinnan som våldsutsatt och därefter med sin ”kliniska blick” valt att prioritera det verkliga skälet till att kvinnan söker vård. För att uppnå dessa färdigheter krävs träning och övning i att möta och samtala med våldsutsatta kvinnor, vilket även kan uttolkas ur de teman som framkommit i vårt resultat. Detta är för oss en mycket intressant tanke då studierna belyser att kunskap uppnås genom övning och övning inte sker eftersom man inte anser sig ha tillräcklig kunskap. Om kunskap är en förutsättning för en holistisk vård, som Heinzer och Krimm (44) påstår, uppstår en för oss obesvarad frågeställning med idéer för framtida forskning: Kan en holistisk vård uppnås för våldsutsatta kvinnor med de hinder som finns för samtal om våldsproblematik i hemmet? Genom att utbilda sjukvårdspersonal i att bland annat granska skadors lokalisering och fas i läkningsprocessen kan en ökad träning ske i att benämna våldsproblematiken och hinder för samtal om ämnet minska.

Vårt resultat belyser både den känslaspekt som ämnet av sin natur berör, liksom de organisatoriska svagheter som är sjukvårdens verklighet idag. Intressant att notera är den tanke som Corbally (41) nämner angående teknikens snabba framsteg och ökade krav från patienter, vilket utsätter sjuksköterskan för ökad stress. Under dessa omständigheter försvåras sjuksköterskans arbete. Hotet om att misslyckas hänger konstant över den yrkesverksamma sjuksköterskan och kan i dagens allt mer rättsfokuserade samhälle ge ödesdigra konsekvenser om ett fel gentemot patienten blir verklighet (41). Denna realitet uttalas inte direkt utav de deltagande i studierna men kan ligga till grund för och omedvetet påverka de övriga teman som framkommit. I en verksamhet där teknisk apparatur snabbt har kommit att spela allt större roll för diagnostisering och behandling ökar risken för att fokus felaktigt läggs

på att lära sig dessa framtidens underverk istället för att bygga den relation som bör skapas med patienten. Att sjuksköterskan lär känna patienten, menar Travelbee (33), är en lika viktig handling som de handlingar som syftar till kroppslig vård eller de procedurer som utförs för att vårda. En historia av våld i en nära relation, antingen självupplevd eller att ha haft en närstående som utsatts, visade sig kunna ha både positiva och negativa effekter för screening och identifiering av våldsutsatta kvinnor (36, 43). Känsla av samhörighet och igenkännande i patienten, anser vi, kan ligga till grund för både dessa positiva och negativa effekter gentemot den utsatta kvinnan. Empati är enligt Travelbee (33) en viktig egenskap för sjuksköterskan i mötet med patienter och grundar sig i en vilja att förstå patientens situation och tankar. De sjuksköterskor med en personlig erfarenhet av våld i en nära relation, tror vi, känner en stor empati för de utsatta kvinnor de möter i sitt arbete och kan eventuellt försöka gömma sig bakom sin yrkesroll för att försöka dölja sina egna känslor. Problematiken nämns då inte gentemot patienten och nödvändig hjälp kan gå om intet.

Samtal om våldsproblematik i hemmet framgår tillhöra ett av de mer ”privata” områden som sjuksköterskan kan hantera. Genom övning kan innehållet i kommunikationen och dess betydelse för individerna klargöras och skapa möjligheter för att förbättra framtida kommunikation (43). Hur vi kommunicerar består inte bara i vilka ord vi säger, vilket Travelbee även betonar (33). Vårdpersonalen i vissa av de valda artiklarna ansåg att det kändes obekvämt att tala om ett sådant ämne som våldsproblematik i hemmet och utstrålade eventuellt även detta till patienterna. Detta skulle i sin tur kunna leda till att patienten tiger om problematiken och får då endast sina uttalade behov tillgodoseda. Tydligt är att våldsproblematik i hemmet som ämne startar många känslomässiga reaktioner hos vårdpersonalen. Att känna rädsla för att tala om sådan våldsproblematik kan tillsammans med känslaspekten eventuellt härledas till kulturella betingelser om vad som anses vara privat och därför inte bör talas om. Trots de valda artiklarna olika ursprung geografiskt anser vi att vissa likheter i kultur kan urskiljas. Ett intressant forskningsområde skulle därför kunna vara att utforska de likheter och skillnader som kan finnas för vårdpersonal i olika kulturer då de möter en våldsutsatt kvinna och de hinder som kan uppstå för samtal om våld i hemmet.

Tidsbrist framkom som ett gemensamt hinder för samtal om våldsproblematik gentemot den våldsutsatta kvinnan. Då dessa kvinnor söker vård för flera olika anledningar så som psykiska, fysiska och somatiska besvär, kan det antas att dessa kvinnor gemensamt upptar mycket av vårdens tid och kapacitet. Detta kostar samhället stora summor men innebär även ett lidande för patienten i form av att det reella problemet inte uppmärksammas samt ett kroppsligt och emotionellt lidande för den enskilda individen. Ellis (42) belyser att genom screening för våldsproblematik i nära relationer kan arbetsbördan minska på sikt, vilket även sannolikt borde påverka den tid sjuksköterskan kan ge varje patient. Ur hälsoekonomisk synvinkel, och för att minska de utsatta kvinnornas lidande, är detta ett intressant område att forska vidare kring.

En vanligt förekommande sanning i de valda artiklarna är den könsuppdelning som finns mellan yrkeskategorierna sjuksköterska och läkare. Trots att gränserna om vad som anses kvinnligt och manligt tycks suddas ut allt mer i vårt moderna samhälle verkar föreställningen om den manlige läkaren och den kvinnliga sjuksköterskan

leva kvar. Fokus i de valda artiklarna är mer riktat mot dessa professioner än kring de kön som professionerna tycks representeras av. Dock kan mindre skillnader i upplevda hinder för samtal om våld i nära relationer skönjas mellan de båda könen (36, 38). Intressant att notera är den minskade benägenhet att utföra screening för våld i nära relationer som Elliott et al (36) nämner om de manliga deltagarna i sin studie. Vidare forskning kring detta och andra till synes könsrelaterade hinder skulle kunna kartlägga upplevda känslor kring och hinder för screening och därmed öka chansen att våldsproblematik i hemmet uppmärksammas även av manlig sjukvårdspersonal. Även Häggblom och Möller (37) betonar skillnader mellan de båda professionernas attityder rörande screening och lyfter fram den frustration som sjuksköterskorna kände gentemot läkarna och dess likgiltighet inför ämnet. Dock diskuteras inte könsaspekter rörande dessa professioners olika prioritering av ämnet, vilket kanske inte heller är nödvändigt då könsfördelningen inte beskrivs närmare och därför inte kan förutsättas bestå av enbart manliga läkare eller kvinnliga sjuksköterskor.

Egen reflektion

Våld i hemmet är, och har alltid varit, en fruktansvärd realitet för en många kvinnor. Som blivande sjuksköterskor anser vi att problematiken i allra högsta grad bör uppmärksammas, både för att minska lidandet för de utsatta kvinnorna liksom för att minska de kostnader som kan uppstå till följd av att leva i en relation där våld förekommer. Då vi sökte efter vad det är som gör att problematiken sällan benämns gentemot patienten, enligt våra egna erfarenheter, har vi stött på flera problem längs vägen. Viljan att hjälpa tycks inte alltid vara förenlig med möjligheter att hjälpa eller en vilja att få hjälp. Utifrån de regler som styr sjuksköterskans arbete och dess betoning på att trygga patientens autonomi samtidigt som vården ska arbeta för att förebygga hälsa kan flera etiska problem uppstå för sjuksköterskan i mötet med den slagna kvinnan. Ett av dessa problem är hur vården ska utformas för att tillgodose kvinnans autonomi samtidigt som vården ska verka för att belysa den egentligen problematiken bakom kvinnans skador. Svaret kanske är enkelt: Enbart genom att fråga.

REFERENSER

1. Brottsförebyggande rådet
Statistik anmälda brott 2007
http://www.bra.se/extra/pod/?action=pod_show&module_instance=21&id=440&statsType=100&statsCounty=La&Year=2007&type=1 (senast tillgänglig 16 maj 2008)
2. Nortvedt P. Klinisk omvårdnad - realiteter och utmaningar. I Klinisk omvårdnad del 1. (Hallbjörg Almås Red.). Liber AB, 2002, Stockholm
3. Swenurse
Erfarenhetsbaserad kunskap i relation till en evidensbaserad kunskap
<http://www.swenurse.se/library/documents/erfarenhetsbaserad%20kunskap/astrid%20norberg%20reviderad.pdf> (senast tillgänglig 16 maj 2008)
4. Nationalencyklopedin, band 11, Bokförlaget Bra Böcker AB. 1993, Höganäs
5. Kvinnofridslinjen
Om våld mot kvinnor, psykiskt våld
<http://www.kvinnofridslinjen.se/om-vald-mot-kvinnor/psykiskt-vald/index.php> (senast tillgänglig 16 maj 2008)
6. Brottsförebyggande Rådet
BRÅ-rapport 2004:3 Brottsutvecklingen i Sverige 2001-2003
http://www.bra.se/extra/measurepoint/?module_instance=4&name=Brottsutvecklingen2001_2003.pdf&url=/dynamaster/file_archive/050317/293ceacc0e95ffc5021cee73db80dc04/Brottsutvecklingen2001%255f2003.pdf (senast tillgänglig 16 maj 2008)
7. Regeringens proposition 1997/98:55 Kvinnofrid
<http://www.regeringen.se/content/1/c4/22/66/5406e038.pdf> (senast tillgänglig 16 maj 2008)
8. Förenta Nationerna
<http://www.fn.se/page.asp?nodeid=618&iLev=1&iHasChild=0&newsid=618&faqid=618> (senast tillgänglig 16 maj 2008)
9. Brottsoffermyndigheten
Slagen dam. Mäns våld mot kvinnor i jämställda Sverige - en omfångsundersökning
<http://www.samgenus.uu.se/Slagen%20dam.pdf> (senast tillgänglig 16 maj 2008)
10. Brottsförebyggande rådet
BRÅ-rapport 2001:11 Dödligt våld mot kvinnor i nära relationer
http://www.bra.se/extra/measurepoint/?module_instance=4&name=01112013583.pdf&url=/dynamaster/file_archive/050119/1ee23874a315b00b6c6e77150c9a4bd9/01112013583.pdf (senast tillgänglig 16 maj 2008)

11. Brottsförebyggande rådet
Misshandel mot kvinnor
http://www.bra.se/extra/pod/?action=pod_show&id=7&module_instance=2
(senast tillgänglig 16 maj 2008)
12. Brottsförebyggande rådet
Anmälda brott efter brottstyp år 1998-2007
http://www.bra.se/extra/measurepoint/?module_instance=5&name=/statistik/10/10La_anm_10_ar.xls&url=/statistik/10/10La_anm_10_ar.xls (senast tillgänglig 16 maj 2008)
13. Heimer G, Posse B (red.). Våldsutsatta kvinnor – samhällets ansvar.
Studentlitteratur, 2003, Lund
14. Thomasson H. Kvinnor, makt och förändring - att möta kvinnor i behov av stöd. Studentlitteratur, 2002, Lund
15. Socialstyrelsen.
Våldsutsatta kvinnor - Ett utbildningsmaterial för hälso- och sjukvårdens personal
<http://www.socialstyrelsen.se/NR/rdonlyres/CC0E276E-767F-4F88-A49C-C569C84BEBBB/1060/20031102.pdf> (senast tillgänglig 16 maj 2008)
16. RiksKvinnoCentrum
Att möta kvinnor som utsatts för misshandel och våldtäkt
<http://www.kvinnofridslinjen.se/docs/att-mota-kvinnor-som-utsatts-for-misshandel-och-valdtakt.pdf> (senast tillgänglig 16 maj 2008)
17. Brottsoffermyndigheten
Internationellt arbete för att bekämpa våld mot kvinnor
<http://www.brottsoffermyndigheten.se/default.asp?id=2774> (senast tillgänglig 16 maj 2008)
18. Regeringen
Regeringens webbplats om mänskliga rättigheter
http://www.manskligarattigheter.gov.se/extra/pod/?module_instance=7 (senast tillgänglig 16 maj 2008)
19. Utrikesdepartementet
Handlingsplanen från FN:s fjärde kvinnokonferens i Peking 1995
<http://www.regeringen.se/content/1/c6/01/20/20/246254a1.pdf> (senast tillgänglig 16 maj 2008)
20. Clayhills H. Kvinnohistorisk uppslagsbok, Rabén och Sjögren. 1991, Värnamo
21. Polisen
Utsatt för brott, kvinnofrid, åklagarens uppdrag
<http://www.polisen.se/inter/nodeid=26310&pageversion=1.jsp> (senast tillgänglig 16 maj 2008)

22. Amnesty
Mäns våld mot kvinnor i nära relationer – En sammanställning om situationen i Sverige
[http://www2.amnesty.se/svaw.nsf/19april2004/\\$File/svenskrappport.pdf](http://www2.amnesty.se/svaw.nsf/19april2004/$File/svenskrappport.pdf) (senast tillgänglig 16 maj 2008)
23. Raadu G. Författningshandbok för personal inom hälso- och sjukvården, Liber AB, 2008, Stockholm
24. Brottsförebyggande rådet
Apropå, brottsförebyggande rådets tidsskrift
http://www.bra.se/extra/pod/?action=pod_show&id=822&module_instance=12 (senast tillgänglig 16 maj 2008)
25. Sjukvårdsrådgivningen
Tystnadsplikt och sekretess
<http://www.sjukvardsradgivningen.se/artikel.asp?CategoryID=22759> (senast tillgänglig 16 maj 2008)
26. International Council of Nurses
ICN:s etiska kod för sjuksköterskor
<http://www.swenurse.se/library/documents/SSF%20Etikskrift%202007%20web.pdf> (senast tillgänglig 16 maj 2008)
27. Notisum
Svensk lagsamling- Rättsnätets lagbok
<http://www.notisum.se/index2.asp?iParentMenuID=236&iMenuID=314&iMiddleID=285&top=1&sTemplate=/template/index.asp> (senast tillgänglig 28 april 2008)
28. Statistiska centralbyrån
Pressinformation från SCB
http://www.scb.se/statistik/LE/LE0101/2003M00/press_vald%20och%20egenomsbrott.pdf (senast tillgänglig 16 maj 2008)
29. Socialstyrelsen
”Tack för att ni frågar” - Screening om våld mot kvinnor
<http://www.socialstyrelsen.se/NR/rdonlyres/8C61D7DC-ADC6-454C-83BE-A2F7AE9013E1/1183/20021248.pdf> (senast tillgänglig 16 maj 2008)
30. Lundgren E. Våldets normaliseringsprocess. Tryckeriet AB, 2004, Linköping
31. Sveriges Riksdag
Motion 2001/02:Ju324 Våld mot kvinnor
<http://www.riksdagen.se/Webbnav/index.aspx?nid=410&typ=mot&rm=2001/02&bet=Ju324> (senast tillgänglig 16 maj 2008)

32. Socialstyrelsen
 Kostnader för våld mot kvinnor - En samhällsekonomisk analys
http://www.socialstyrelsen.se/NR/ronlyres/9712D14F-29E7-474D-B139-1CB8780CF59D/6701/200613134_rev.pdf (senast tillgänglig 16 maj 2008)
33. Travelbee J. Mellemmenneskelige aspekter i sygepleje. Munksgaard, 2006, København
34. Kirkevold M. Omvårdnadsteorier – analys och utvärdering. Studentlitteratur, 2000, Lund
35. Travelbee J. Interpersonal aspects of nursing, 2nd edition, F.A. Davis. 1971, Philadelphia
36. Elliott L, Nerney M, Jones T, Friedmann PD. Barriers to Screening for Domestic Violence. JGIM 2002;17:112-16.
37. Häggblom A M E, Möller A. On a Life-Saving Mission: Nurses' Willingness to Encounter With Intimate Partner Abuse. Qual Health Res 2006;16:1075-90
38. Sugg N K, Inui T. Primary Care Physicians' Response to Domestic Violence - Opening Pandora's Box. JAMA 1992;267(23):3157-60.
39. Davis R E, Harsh K E. Confronting Barriers to Universal Screening for Domestic Violence. J Prof Nurs 2001;17(6):313-20.
40. Furniss K F, McCaffrey M, Parnell V, Rovi S. Nurses and Barriers to Screening for Intimate Partner Violence. MCN Am J Matern Child Nurs 2007;32(4):238-43.
41. Corbally M A. Factors affecting nurses' attitudes towards the screening and care of battered women in Dublin A&E departments: a literature review. Accid Emerg Nurs 2001;9:27-37.
42. Ellis J M. Barriers to Effective Screening for Domestic Violence by Registered Nurses in the Emergency Department. Crit Care Nurs Q 1999;22(1):27-41.
43. Gutmanis I, Beynon C, Tutty L, Wathen C N, MacMillan H L. Factors influencing identification of and response to intimate partner violence: a survey of physicians and nurses. BMC Public Health 2007;7(12):1-11.
44. Heinzer M M V, Krimm J R. Barriers to Screening for Domestic Violence in an Emergency Department. Holist Nurs Pracy 2002;16(3):24-33.
45. Bryant S A, Spencer G A. Domestic Violence: What Do Nurse Practitioners Think? J Am Acad Nurse Pract 2002;14(9):421-7.

BILAGA

Artikelredovisning

Referensnr. 36
Titel Barriers to Screening for Domestic Violence
Författare Elliott L, Nerney M, Jones T, Friedmann P D.
Tidskrift Journal of general internal medicine
Publicerad år 2002
Land USA
Syfte Att identifiera faktorer och uppfattade hinder associerade till läkares låga screeningtal rörande våld i nära relationer.
Metod Tvärsnittsstudie med enkätsvar via post
Urval Enkäter skickades ut till 2400 systematiskt utvalda läkare med olika specialinriktningar. Urvalet gjordes utifrån American Medical Association Physician Masterfile (en organisation för amerikanska läkare). Av de 2400 utsända enkäterna godkändes 2087 enkätsvar till undersökningen.
Antal referenser 31

Referensnr. 37
Titel On a Life-Saving Mission: Nurses' Willingness to Encounter With Intimate Partner Abuse
Författare Häggblom A M E, Möller A.
Tidskrift Qualitative Health Research
Publicerad år 2006
Land Finland
Syfte Att undersöka särskilt utvalda sjuksköterskors erfarenheter av våld i nära relationer och deras roll som vårdpersonal gentemot de utsatta kvinnorna.
Metod Kvalitativa intervjuer baserad på grounded theory
Urval Genom rekommendation från kollegor, chefer och våldsutsatta kvinnor valdes 10 kvinnliga sjuksköterskor på en statlig hälsoinstitution ut till medverkan, då dessa ansågs ingripa på ett tillfredställande sätt rörande våld i nära relationer.
Antal referenser 46

Referensnr. 38
Titel Primary Care Physicians' Response to Domestic Violence - Opening Pandora's Box
Författare Sugg N K, Inui T.
Tidskrift JAMA
Publicerad år 1992
Land USA
Syfte Att undersöka primärvårdsläkares erfarenheter av våld i nära relationer och därigenom klargöra hinder för att åskådliggöra och ingripa i våldsproblematik.

Metod Kvalitativt etnografisk undersökning med öppna semistrukturerade intervjuer
Urval 38 primärvårdsläkare
Antal referenser 10

Referensnr. 39
Titel Confronting Barriers to Universal Screening for Domestic Violence
Författare Davis R E, Harsh K E.
Tidskrift Journal of Professional Nursing
Publicerad år 2001
Land USA
Syfte Att beskriva introduktionen av ett screeningprogram för våld i nära relationer på en akutmottagning i Pennsylvania.
Metod Kombinerat kvantitativ och kvalitativ studie
Urval Ett specialutformat screeningsverktyg användes för screening av alla sökande, kvinnor och män, över 18 år på den aktuella akutmottagningen. Efter 4 veckor utvärderades screeningverktyget. Upplevda hinder från sjuksköterskorna som utfört screeningen undersöktes därefter djupare genom intervjuer.
Antal referenser 39

Referensnr. 40
Titel Nurses and Barriers to Screening for Intimate Partner Violence
Författare Furniss K F, McCaffrey M, Parnell V, Rovi S.
Tidskrift The American journal of maternal-child nursing
Publicerad år 2007
Land USA
Syfte Att lyfta fram tankar om upplevda hinder bland perinatal- och akutsjuksköterskor rörande screening för våld i nära relationer.
Metod Kvantitativ enkätstudie
Urval Enkätfrågor skickades ut via en nationell e-maillista för perinatalsjuksköterskor och till tre olika sjukhus. 385 enkätsvar inkluderades i studien.
Antal referenser 12

Referensnr. 41
Titel Factors affecting nurses' attitudes towards the screening and care of battered women in Dublin A&E departments: a literature review
Författare Corbally M A.
Tidskrift Accident and Emergency Nursing
Publicerad år 2001
Land Irland
Syfte Sammanställa kunskapsläget inom området vid denna tidpunkt
Metod Litteratursammanställning (review-artikel)

Urval Ej redovisat
Antal referenser 88

Referensnr. 42
Titel Barriers to Effective Screening for Domestic Violence by Registered Nurses in the Emergency Department
Författare Ellis J M.
Tidskrift Critical Care Nursing Quarterly
Publicerad år 1999
Land USA
Syfte Att identifiera hinder som kan förhindra att sjuksköterskor på en akutvårdsavdelning utför screening för våld i nära relationer.
Metod Kvantitativ enkätundersökning
Urval Enkäten administrerades till 101 sjuksköterskor på en traumaavdelning med cirka 90 000 patienter årligen. 40 enkätsvar godkändes enligt undersökningen inkluderingskriterier.
Antal referenser 22

Referensnr. 43
Titel Factors influencing identification of and response to intimate partner violence: a survey of physicians and nurses
Författare Gutmanis I, Beynon C, Tutty L, Wathen C N, MacMillan H L.
Tidskrift BMC Public Health
Publicerad år 2007
Land Kanada
Syfte Att identifiera specifika hinder för att rutinmässigt fråga om våld i nära relationer och att utvärdera om dessa hinder är relaterade till den frågades person, demografiska, experimentella eller yrkesrelaterade.
Metod Kvantitativt fallbaserad enkätstudie
Urval 1000 sjuksköterskor och 1000 läkare valdes randomiserat ut bland sjukvårdsinstanser som var troliga att vårda kvinnor som kan ha utsatts för våld i en nära relation. Av 2000 utskickade enkäter godkändes 931 svarsenkäter enligt författarnas kriterier.
Antal referenser 38

Referensnr. 44
Titel Barriers to Screening for Domestic Violence in an Emergency Department
Författare Heinzer M M V, Krimm J R.
Tidskrift Holistic Nursing Practice
Publicerad år 2002
Land USA
Syfte Att identifiera antalet och karaktäristika för vuxna utsatta för våld i hemmet bland vård sökande på en akutvårdsmottagning i

Metod Philadelphia. Målet var att på detta vis kunna stödja bevisningen för att utföra screening som en del i inskrivningen av patienter.
Urval Epidemiologisk kvalitativ studie
En akutmottagning i Philadelphia valdes ut för att utföra enkätfrågor om våld i hemmet som en del i inskrivningsprocessen. Kriterierna för de deltagande var att de inte skulle befinna sig i ett medvetslöst eller livshotande tillstånd, förstå engelska och vara över 18 år. Sjukvårdspersonalen intervjuades sedan för att undersöka de hinder som fanns för att utföra enkätundersökningen gentemot patienterna.

Antal referenser 24

Referensnr. 45
Titel Domestic Violence: What Do Nurse Practitioners Think?
Författare Bryant S A, Spencer G A.
Tidskrift Journal of the American Academy of Nurse Practitioners
Publicerad år 2002
Land USA
Syfte Att undersöka faktorer som påverkar sjuksköterskors förmåga att införa screening rörande våld i nära relationer som en del i deras arbete.

Metod Stratifierad randomiserad kvantitativ enkätstudie
Urval Utifrån 1999 års lista över legitimerade sjuksköterskor i New York-området valdes 300 av dessa randomiserat ut för utskick av enkätfrågor. Av dessa godkändes 118 enkätsvar för medverkan i studien.

Antal referenser 27
