

Våld i nära relationer

Mötet mellan den våldutsatta kvinnan och sjuksköterskan

FÖRFATTARE	Emmy Andersson Gudrun Ragnarsdottir
PROGRAM/KURS	Sjuksköterskeprogrammet 15 högskolepoäng Examensarbete HT 2014-2015
OMFATTNING	15 högskolepoäng
HANDLEDARE	Bodil Augustsson
EXAMINATOR	Nils Sjöström

Institutionen för Vårdvetenskap och hälsa

Sahlgrenska akademien



GÖTEBORGS UNIVERSITET

Titel (svenska):	Våld i nära relationer – mötet mellan den våldutsatta kvinnan och sjuksköterskan
Titel (engelska):	Domestic violence - the meeting between the abused woman and the nurse
Arbetets art:	Självständigt arbete
Program/kurs/kurskod/ kursbeteckning:	Sjuksköterskeprogrammet, 180 högskolepoäng OM 5250, Examensarbete i omvårdnad
Arbetets omfattning:	15 Högskolepoäng
Sidantal:	23 sidor
Författare:	Emmy Andersson & Gudrun Ragnarsdóttir
Handledare:	Bodil Augustsson
Examinator:	Nils Sjöström

SAMMANFATTNING

Bakgrund. Våld i nära relationer är ett omfattande hälsoproblem världen över där genomsnitt en tredje del av alla kvinnor någon gång i livet blir utsatta. Kvinnor som utsatts för våld söker ofta vård för fysiska och psykiska symtom, men situationen kring varför symtomen uppkommit blir oftast ouppmärksammat. Kvinnor väljer sällan att avslöja våldsattheten och vårdpersonal frågar inte om våld i nära relationer. Dessa kvinnor återvänder därför hem från sjukvården utan stöd och omvårdnad som vården skulle kunna erbjuda om situationen hade uppmärksammat. Istället utsätts det för en vardag med fortsatt våld. Våldutsatta kvinnor riskerar att isoleras från sitt nätverk och vården blir således den enda kontakten kvinnan har med omgivningen. Hälso- och sjukvården har som uppgift att främja goda vårdrelationer, då en god vårdkontakt kan medföra ökat välbefinnande hos patienter och bidra till bättre vård. **Syfte.** Syftet med denna litteraturstudie är att undersöka hur våldutsatta kvinnor kan uppmärksammas av sjuksköterskan samt hur sjuksköterskan kan främja vårdrelationen. **Metod.** Detta är en litteraturöversikt där 11 stycken vetenskapliga artiklar har valts, granskats och sammanställts. Artiklarna är skrivna utifrån studier som utförts i olika länder och som undersöker våld i nära relationer. **Resultat.** Resultatet baseras på två huvudteman som skildrar kvinnors upplevelser av vårdrelationer vid vårdsökande samt sjuksköterskors upplevelse av att upptäcka, möta och hjälpa våldutsatta kvinnor. Våldutsatta kvinnors upplevelser visar sig oftast vara negativa. De upplever på olika sätt bristande bemötande från vårdpersonal, vilket leder till sämre förutsättningar för att goda vårdrelationer skall uppstå. Detta visar sig i sin tur påverka kvinnors val av våldavslöjande. Vårdpersonal uppmärksammar sällan våldutsatta kvinnor. De upplever också många gånger svårigheter i att hantera vårdmötet med kvinnor, då de kan väcka starka emotionella känslor hos vårdpersonal. Mötet påverkas också av bristande rutiner som ofta finns på arbetsplatser. **Slutsatts.** Skärpta rutiner som förespråkar hur våldutsatta kvinnor skall uppmärksammas och mer stöd och utbildning till vårdpersonal behövs för att bekämpa vårdproblemet våld i nära relationer.

Key words: *domestic violence, experience, nursing; health care, victim, interventions*

INNEHÅLLSFÖRTECKNING

INLEDNING	1
BAKGRUND	1
VÅLDETS KONSEKVENSER PÅ KVINNANS HÄLSA	1
BARNENS UTSATTHET	1
VÅLD I NÄRA RELATIONER - ETT VÅRDPROBLEM	2
HÄLSO- OCH SJUKVÅRDENS ANSVAR	2
DEFINITIONEN AV VÅLD	3
VÅLDETS SAMHÄLLSKONSEKVENSER	3
OMFATTNING NATIONELLT	3
OMFATTNING INTERNATIONELLT	4
NORMALISERINGSPROCESSEN	4
UPPBROTTSPROCESSEN	5
OMVÅRDNADSTEORETISK AKNYTNING	5
Sjuksköterskans kompetensbeskrivning	5
Vårdrelationen	5
PROBLEMFÖRMULERING	6
SYFTE	7
METOD	7
LITTERATURSÖKNING	7
URVAL	7
Inklusionskriterier	7
Exklusionskriterier	8
KVALITETSGRANSKNING OCH ANALYS	8
RESULTAT	8
PATIENTPERSPEKTIVET	8
Bristande bemötande från vårdpersonal och korta vårdmöten	8
Information, sekretess, säkerhet, kontinuitet och uppfölning	9
Kvinnors föreställningar påverkar val av att avslöja våld	10
Kvinnor vill att vårdpersonal frågar om våld	10
Alla kvinnor är inte redo för att avslöja våld men kan ändå dra nytta av diskussion kring våld	10
Bemötande och engagemang skiljer sig mellan olika yrkesgrupper	11
SJUKSKÖTERSKANS PERSPEKTIV	11
Vårdmötet påverkas av emotionella känslor hos sjuksköterskan	11
Bristande rutiner hos vårdpersonal och inom hälso- och sjukvården	12

Träning i hantering av vårdproblemet behövs	13
Screening är bra men inte tillräckligt	13
DISKUSSION	13
METODDISKUSSION	13
RESULTATDISKUSSION	15
Hur sjuksköterskan kan främja vårdrelationen	15
Information och sekretess – två viktiga faktorer	15
Normaliseringsprocessens påverkan på kvinnorna	16
Utbildning och träning ger resultat	17
Rutiner på arbetsplatsen måste förbättras	18
Screening blir allt vanligare	18
Vikten av samtal och handledning på arbetsplatsen	18
SLUTSATS	19
REFERENSER	20

Bilaga 1: Sökschema

Bilaga 2: Artikelöversikt

Stort tack till Bodil Augustsson för god handledning under hela processen.

INLEDNING

Vi har inom tidigare arbete i vården och under sjuksköterskeutbildningens verksamhetsförlagda utbildning mött kvinnor som sökt till vården med olika symtom som misstänkts ha varit relaterade till våld i nära relationer. Trots tydlig kompetensbeskrivning och riktlinjer från socialstyrelsen pratas det sällan om våldutsatthet med kvinnor. Detta kan tänkas bero på bristande rutiner på arbetsplatser, okunskap i att möta våldutsatta kvinnor och vart sjuksköterskan kan hänvisa dem för vidare stöd och hjälp. Detta väckte ett intresse för hur våld i nära relationer motarbetas världen över och om sjuksköterskan kan upptäcka och hjälpa kvinnor genom att skapa goda vårdrelationer.

Sjuksköterskor har en möjlighet att upptäcka våld i nära relationer i mötet med kvinnor och kan därför spela en stor roll för kvinnors välmående och möjliggöra livsavgörande skillnad. Våld mot kvinnor har uppmärksammats i media och är ett aktuellt problem som kan drabba vem som helst. Med ett stort mörkertal är det ett problem som behöver uppmärksammas mer inom vården. Av den anledningen valdes en litteraturfördjupning inom ämnet våld i nära relationer med fokus på vårdrelationen mellan den våldutsatta kvinnan och sjuksköterskan.

BAKGRUND

Våld i nära relationer har alltid funnits och är ett stort folkhälsoproblem. Synen på våld mot kvinnor har förändrats under 1900-talet. Från att ha under 30–70-talet sett alkoholism och psykologiska defekter som anledningen till våld till att idag klassa våld i nära relationer till brott som faller under allmänt åtal (Lundgren, 2012). Det innebär att polisen har skyldighet att utreda våld oavsett om anmälning inte har gjorts (Brottsförebyggande rådet, 2000).

År 1971 invigdes det första skyddade boendet för kvinnor som levde med misshandel av sina män. Idén om skyddande boenden där kvinnor kunde söka trygghet spred sig över världen och fler liknande boenden öppnades (Lawick, 2013).

VÅLDETS KONSEKVENSER PÅ KVINNANS HÄLSA

Våld i nära relationer är ett stort och allvarligt hälsoproblem (Heimer, Posse & Tønnesen, 2004) och inget annat samhälls- och vårdproblem har blivit så ignorerat och ouppmärksammat (Wendt & Enander, 2013). Våld som utövas mot kvinnor påverkar både hälsan och förmågan att ta hand om sig själv och familjen. En prevalensstudie om mäns våld mot kvinnor i Sverige (Lundgren, Heimer, Westerstrand & Kalliokoski, 2001) visar att kvinnor som utsätts för våld har sämre hälsa och konsumerar mer läkemedel. De konsekvenser som våldet för med sig är bland annat kronisk värk, magbesvär, högt blodtryck, depression, ångest och post-traumatiskt stressyndrom. Gynekologiska besvär som vaginala blödningar, infektioner, oregelbunden menstruation, kronisk bäckensmärta och bäckeninflammationer är också förekommande. Andra följder från våldet är sår, frakturer och hörselnedsättning (Krantz, 2004). Våldutsatta kvinnor funderar även i större utsträckning på att ta sitt liv, än icke våldutsatta kvinnor (Lundgren et al., 2001).

BARNENS UTSATTHET

Brottsförebyggande rådet (2014a) framhåller att det uppskattningsvis är minst 150 000 barn i Sverige som bor i hushåll där våld förekommer. Var femte kvinna uppgav år 2001 att hennes tidigare partner någon gång utsatt hennes barn för våld och var tjugonde kvinna uppgav att partnern i nuvarande relation utsatte hennes barn för våld (Wendt & Enander, 2013). Studier

från flera andra länder har också visat att män som utsätter sin partner för våld många gånger även utsätter barnet för våld. Det kan då handla om både fysiskt och psykiskt våld, men också om sexuella övergrepp (Näsman, Källström & Eriksson, 2008).

VÅLD I NÄRA RELATIONER - ETT VÅRDPROBLEM

Många kvinnor söker sig till hälso- och sjukvården med olika symtom som är kopplade till våldutsatthet. Trots rutiner, lagar och kunskaper lyckas inte vården upptäcka våld i nära relationer i tillräckligt stor utsträckning (Socialstyrelsen, 2014a). Kvinnor talar sällan om våldutsattheten när de söker vård och personal frågar inte. Att kvinnor inte berättar om våldet beror många gånger på att kvinnan själv tar på sig skulden för våldet och därför skäms över att prata om det. En anledning till att vårdpersonal inte frågar om våldutsattheten beror ofta på att kvinnor många gånger söker med diffusa symtom, vilket också ökar svårigheten för personal att misstänka våld i hemmet (Socialstyrelsen, 2014a, Wendt & Enander, 2013). Björck och Heimer (2003) beskriver fler hinder som gör att vårdpersonal inte frågar kvinnor om vålderfareheter. Dessa hinder kan bland annat vara tidsbrist, felaktiga stereotypa bilder av misshandlade kvinnor, rädsla för att förolämpa kvinnor, rädsla för eller motstånd mot att anklaga partnern samt brist på rutiner och kunnig personal.

Våldutsatta kvinnor blir ofta isolerade från närstående, arbetskamrater och vänner och därför är hälso- och sjukvården många gånger den enda kontakten kvinnan har med omgivningen. Hälso- och sjukvården är därför oerhört viktig (Wendt & Enander, 2013). Björck och Heimer (2003) framhäver att vårdpersonalen har kommunikationsansvaret. De menar att kvinnornas svårigheter till att avslöja våldet gör dem till tysta patienter och att kommunikationen därför vilar på sjukvårdspersonalens ansvar.

Inspektionen för vård och omsorg (IVO) har under 2012-2013 granskat kommuner, landsting och sjukvårdsregioner samt kvinnojourers arbete med våldutsatta kvinnor och barn i Sverige. Slutrapporten visar att det systematiska kvalitetsarbetet och kompetensen hos vårdpersonal behöver förbättras när det gäller arbetet med våldutsatta kvinnor och barn. Rapporten visar också att det finns stora skillnader mellan de granskade verksamheterna inom hälso- och sjukvården, vilket medföljer större risker för att vården blir ojämnlik (Inspektionen för vård och omsorg, 2014). Socialtjänsten (2014a) redogör för att det viktigt att öka kunskaperna hos vårdpersonal inom hälso- och sjukvården. Personal behöver ha kunskap om problematiken, om kvinnans behov av skydd, stöd och hjälp. Det är viktigt för att kvinnor skall få adekvat hjälp, rätt vård och hänvisning till rätt instans. Socialtjänstens vägledning och rekommendationer för att våldutsatthet skall upptäckas i vården är att vårdpersonal bör fråga om vålderfarehet, eftersom det kan underlätta för kvinnan att berätta om sin situation samt söka hjälp och stöd.

HÄLSO- OCH SJUKVÅRDENS ANSVAR

Hälso- och sjukvårdens mål är en god hälsa och vård på lika villkor samt vård för hela befolkningen. Kraven på god vård finns i andra och tredje paragrafen i hälso- och sjukvårdslagen 1982:763. Där står det bland annat att hälso- och sjukvården skall främja goda kontakter mellan patienten och vårdpersonalen samt att hälso- och sjukvården skall tillgodose patientens behov av kontinuitet och säkerhet i vården (HSL 1982:763). Socialstyrelsen (2014a) framhåller att det är viktigt att våldutsatta upptäcks i vården för att kunna få adekvat vård och stöd.

I socialstyrelsen föreskrifter och allmänna råd står det att om en vuxen visar symtom eller tecken som väcker misstanke om våldutsatthet, skall vårdgivaren se till att vårdpersonalen frågar den vuxne i enrum om orsaken till symtom eller tecken (SOSFS 2014:4). Hälso- och sjukvården har anmälningsskyldighet när man misstänker att ett barn, under 18 år, utsätts eller bevittnar våld i hemmet (SOSFS 2014:4). Anmälan görs till socialtjänsten enligt 14 kap. 1§ socialtjänstlagen (2001:453). Sekretesslagen får brytas vid tillfällena då barn under 18 år misstänks behandlas illa (Björck & Heimer, 2003).

DEFINITIONEN AV VÅLD

Förenta nationernas definierar mäns våld mot kvinnor i en deklARATION om *“avskaffande av våld mot kvinnor”* som antogs år 1993 (Johnsson-Latham, 2008). Där står det:

”varje könsrelaterad våldshandling som resulterar i fysisk, sexuell eller psykisk skada eller lidande för kvinnor, samt hot om sådana handlingar, tvång eller godtyckligt frihetsberövande, vare sig det sker i det offentliga eller privata livet”. (s. 21).

Socialstyrelsen (2014b) beskriver att våld i nära relationer kan vara fysisk, psykisk, sexuell, social eller materiell/ekonomisk utsatthet. Med fysiskt menar de knuffar, slag, sparkar eller att bli fasthållen. Psykiskt kan vara direkta eller indirekta hot, men kan också handla om förlöjligade. Våldtäkt och alla sexuella påtvingade handlingar räknas som sexuellt våld. Vidare framställer de att relationer också kan handla om social utsatthet som innebär frihetskränkningar som isolering från familj och vänner samt att inte få delta i sociala aktiviteter. Vid våld i nära relationer kan också materiellt/ekonomisk utsatthet ske.

VÅLDETS SAMHÄLLSKONSEKVENSER

Våld i nära relationer kostar samhället mycket pengar varje år. Socialstyrelsen (2014a) uppskattade år 2006 att samhällskostnaderna för våld i nära relationer uppgick till ca tre miljarder kronor per år. Av dessa stod hälso- och sjukvården för 38 miljoner kronor per år. Det finns dock utrymme för felberäkningar då många våldutsatta inte talar om orsaken till skadan eller symtomet då de söker vård (Wendt & Enander, 2013). Andra samhällsorgan och myndigheter som kostar är rättsväsendet, socialtjänsten, brottsofferjourer och försäkringskassan. En indirekt kostnad är den kostnad samhället får betala genom att kvinnan ofta blir sjukskriven eller får minskad arbetsförmåga och därför inte kan arbeta. Uppskattad kostnad för produktionsbortfallet på grund av sjukskrivningar är upptill 720 miljoner kronor per år. Kostnader som inte gick att mäta i socialstyrelsens rapport var de kostnader som krävs för barn som far illa, läkemedel, tandvård, psykiatriskvård eller de kostnader som lidande står för (Socialstyrelsen, 2006).

OMFATTNING NATIONELLT

Det är vanligare att kvinnor utsätts för misshandel i hemmet eller i arbetslivet jämfört med män (Brottsförebyggande rådet, 2014b). Den Nationella trygghetsundersökningen (2013) visar att kvinnor i högre grad utsätts för misshandel i hemmet än män (30 % jämfört med 6 %). Brottsförebyggande rådet (2009) betonar att debatten om våld mot kvinnor har ökat och varit mer intensiv de senaste åren och att en förväntad konsekvens av detta borde vara ett avtagande av mäns våld mot kvinnor, men istället ser man dock att anmälningarna av kvinnomisshandel ökat under en lång period (Brottsförebyggande rådet, 2014b). Det är troligt att dessa undersökningar har underskattade siffror då händelser som inte anses brottsliga eller tillräckligt allvarliga som örfil eller knuff räknas in (Wendt & Enander, 2013). År 2011 gjordes 27 972 polisanmälningar om fall av misshandel mot kvinnor som var över 18 år. Utav

dessa var 12 471 fall av misshandel i hemmet där en partner eller före detta partner hölls ansvarig (Wendt & Enander, 2013). År 2014 presenterade brottsförebyggande rådet en nationell kartläggning av brott i nära relationer under år 2012. Var femte person i Sverige har någon gång utsatts för brott i en nära relation år 2012. Psykiskt våld är vanligare än fysiskt våld. (Brottsförebyggande rådet, 2014a). En stor populationsbaserad studie gjordes 2001 och riktades till 10 000 kvinnor i åldern 18-64 år där våld mot kvinnor undersöktes i Sverige. Resultatet visade att 35 % av kvinnorna någon gång erfarit fysiskt och/eller sexuellt våld i en nära relation (Wendt & Enander, 2013).

OMFATTNING INTERNATIONELLT

Baserat på data från över 80 olika länder har WHO sammanställt att 30 % av världens kvinnor som varit i ett förhållande eller en relation upplevt våld, vilket innebär både fysiskt- och sexuellt våld. Utav alla de kvinnor som mördas världen över har 38 % mördats av en partner (WHO, 2013).

Våldets omfattning och variationer skiljer sig både inom och mellan länder vilket visar att våldet mot kvinnor inte är naturligt och inte heller ofrånkomligt (Wendt & Enander, 2013). Faktorer som kan spela in är till exempel svaga rättsliga konsekvenser för sexuellt våld, olika ideologier om manlig rätt och sexuell rätt samt vikten och tron om familjens heder. Detta påvisas bland annat i en rapport där 17 % av kvinnorna i Tanzania rapporterade sin första sexuella erfarenhet som påtvingad där motsvarande siffror för Peru var 24 % och för Bangladesh 30 % i samma rapport (WHO, 2013). Dock är det viktigt att vara medveten om att kvinnomisshandel förekommer inom alla samhällsklasser och är inte beroende på klassfrågor som inkomst, utbildning, etnisk bakgrund eller missbruk (Freivalds, 1997).

NORMALISERINGSPROCESSEN

Som hjälp till att förstå varför den våldutsatta kvinnan inte lämnar sin man används ofta en teoretisk modell som kallas för "*normaliseringsprocessen*". Normaliseringsprocessen är ett förlopp där våld tillslut blir en vardaglig och accepterade företeelse för kvinnan (Wendt & Enander, 2013). Normaliseringsprocessen innebär också att kvinnans perspektiv och gränser förskjuts med tiden och kan suddas ut. Först kan kvinnan se våldet som obegripligt men i senare stadiet av processen kan kvinnan acceptera våldet och anpassa sig efter det (Lundgren, 2012). Detta beror bland annat på att våldet inom relationen gradvis trappas upp i mindre steg. Mannen utför växelvis våldshandlingar med värme och tröst, vilket bidrar till att kvinnan ofta får hopp om att situationen skall förbättras och om att mannens beteende skall förändras (Wendt & Enander, 2013). Nordborg (2008) påpekar att det är känt att växlingar mellan våld och värme förstärker de känslomässiga banden. Författaren menar att överleva en kris tillsammans skapar starkare band och fler kriser leder därför till ytterligare känslor. Det är vanligt att kvinnor i senare skede av normaliseringsprocessen även försvarar sina partners agerande (Wendt & Enander, 2013). Det är inte heller ovanligt att kvinnan tillslut ser våldet som ett uttryck för kärlek, vilket beror på att gränsen mellan våld och kärlek suddas ut (Lundgren, 2012). Under normaliseringsprocessens gång skaffar sig mannen mer kontroll över kvinnan, vilket orsakar att kvinnan blir mer känslomässigt beroende av mannen. Mannen kan genom normaliseringsprocessen tillslut även få kvinnan att känna att hon är orsaken till våldet. Mannen sätter successivt fler gränser i kvinnans liv och tillslut isoleras kvinnan från omvärlden (Wendt & Enander, 2013).

UPPBROTTSPROCESSEN

Wendt och Enander (2013) menar att frågan om varför kvinnan lämnar mannen är mer omfattande än frågan om varför kvinnan inte lämnar mannen. De redogör vidare att det är när kvinnan lämnar mannen som våldet eskalerar och den farligaste perioden inträder. I denna period är det avgörande vilken form av stöttning kvinnan får från omgivningen för att hon skall klara av att göra sig fri från relationen. Det som vanligtvis gör att kvinnan ändå lämnar mannen är när hon "nått botten" och när det står mellan liv och död. Andra anledningar till att kvinnan lämnar mannen är starka rädslor om att bli dödad, rädsla för att närståendes trygghet skall utsättas för fara eller att mannen ska slå eventuella barn eller husdjur.

OMVÅRDNADSTEORETISK AKNYTNING

Sjuksköterskans kompetensbeskrivning förklarar varför sjuksköterskan har ett ansvar av att upptäcka, ge god omvårdnad och att hjälpa våldutsatta kvinnor. Hälso- och sjukvården skall främja goda kontakter mellan patient och vårdpersonal, vilket innebär att vårdrelationen har stor betydelse. I denna litteraturöversikt är därför dessa två områden utgångspunkter för att upptäcka, hjälpa och ge god omvårdnad till våldutsatta kvinnor.

Sjuksköterskans kompetensbeskrivning

Kompetensbeskrivningen är ett dokument från socialstyrelsen om rekommendationer som reglerar yrkeskunnande, förhållningssätt, kompetens och erfarenhet för professioner inom hälso- och sjukvård. Genom kompetensbeskrivningen tydliggör socialstyrelsen sjuksköterskans yrkesutövning och profession, detta bidrar till en bättre kvalitet och säkrare vård för patienten. Kompetensbeskrivningen innefattar tre delar som är sjuksköterskans huvudsakliga arbets- och kompetensområden. Dessa är: *Omvårdnadens teori och praktik, Forskning, utveckling och utbildning* samt *Ledarskap*. Sjuksköterskan styrs av helhetssyn och etiskt förhållningssätt vid arbete inom samtliga delar. Sjuksköterskan skall tillgodose patientens fysiska, psykiska, sociala, kulturella och andliga behov. Som sjuksköterska skall man också ha förmåga att främja hälsa och förebygga ohälsa. Detta innebär att förebygga och identifiera hälsorisker och att kunna motivera till förändrad livsstil, samt att se patientens resurser och förmågor till egenvård. Det framkommer än tydligare att sjuksköterskan skall ha kompetens för att hantera situationer där våld, hot om våld eller risk för skada föreligger. Sjuksköterskan ska ge patienten stöd, vägledning och aktivt arbeta för att främja hälsa och förebygga ohälsa. Det står också i kompetensbeskrivningen att sjuksköterskan skall kunna bemöta och kommunicera med patienter, närstående, personal och andra på ett respektfullt, lyhört och empatiskt sätt. Sjuksköterskan skall också kunna informera och undervisa patienter och närstående med hänsyn till tidpunkt, form och innehåll (Socialstyrelsen, 2005).

Vårdrelationen

Enligt hälso- och sjukvårdslagen skall sjukvården främja goda kontakter mellan vårdpersonal och patienten (HSL 1982:763). En god vårdkontakt kännetecknas av en vårdrelation som medför något gott och ett ökat välbefinnande hos patienten. Det är dock inte alla relationer som blir vårdande, utan kan till och med medföra ett lidande för patienten. En vårdrelation är något som uppstår mellan en vårdare och patient där vårdaren är den som ger hjälp och patienten den som söker hjälp. Vårdrelationen formas och påverkas av olika faktorer som bland annat är beroende av vilka som möts, män eller kvinnor, gamla eller unga (Snellman, 2009). Vårdrelationen påverkas också av vårdarens lust att hjälpa patienten samt av patientens initiativ och medverkan (Kasén, 2012). Andra faktorer som påverkar att ett möte blir gott är stress, tidsbrist och underbemanning som influeras från omgivande förhållanden och

bemötande. Vårdpersonalen besitter en speciell kompetens men den som söker sjukvård är alltid experten på sina egna upplevelser (Wendt och Enander, 2013). Patienter berättar att de vid goda möten kan uppleva bekräftelse från vårdaren och att deras känslor och upplevelser blir erkända (Snellman, 2009), samt att de blir bemötta med respekt och värdighet. Patienter berättar att en god vårdrelation kan bidra till upplevelse av välmående även om man lider (Kasén, 2012).

Snellman (2009) menar att en god vårdrelation kännetecknas av ömsesidighet, jämlikhet, acceptans och bekräftelse. Om vården skall kunna hjälpa patienten måste mötet ske med ömsesidighet. Vårdaren måste uppfylla patientens behov genom att göra sig bekant med patienten och patienten bör vara närvarande. Kasén (2012) framhåller att patienten också måste ta initiativ och medverka för att mötet skall bli gott. Det krävs att det finns ett samspel mellan patienten och sjuksköterskan för att de ska kunna mötas och skapa ett gemensamt intresse av att hjälpa patienten (Berg, 2006). Vårdkontakten bör också eftersträva acceptans mellan vårdaren och patienten, då relationen är ojämn mellan vårdare och patient. Detta beror på att patienten söker vård och därmed ofta är sårbar och sjuk och vårdaren besitter kunskap som är till för att hjälpa patienten. Med acceptans menas att man accepterar varandra som man är och i den situationen man befinner sig i. Bekräftelse menar att man erkänner personens potential (Snellman, 2009).

God kommunikation är en förutsättning för att kvinnan skall våga berätta om sin situation och det är även förutsättning för att skapa en god vårdrelation. En trygg miljö och en person som visar omsorg är ibland tillräckligt för att kvinnan som söker skall kunna berätta om sin situation. I kommunikationen räknas inte bara det som sägs utan även allt som uttrycks genom blick, ansiktsuttryck och hållning. Detta påverkar det budskap som sänds ut. Social och kulturell bakgrund påverkar hur kommunikationen formas i sitt sammanhang (Wendt & Enander, 2013).

Tanken med goda vårdrelationer är bland annat att vårdpersonal skall kunna möta patienten som han eller hon vill bli sedd. Detta innebär att vårdaren skall kunna möta patientens egen självbild, utan att påverkas av om man tycker om den eller inte. Det är dock viktigt att veta att självbilden kan innehålla självbedrägeri, vilket innebär att patienten inte är ärlig mot sig själv (Snellman, 2009).

En icke god vårdrelation kan istället öka lidandet för patienten. Den kan ge upplevelser som rädsla, maktlöshet, osäkerhet, svårigheter att koppla av och en känsla av att ingen bryr sig om en. Patienter menar att vårdaren vid icke goda relationer ser dem som objekt och inte som personer (Snellman, 2009), samt att de endast blir sedda om de kräver medicinska eller praktiska åtgärder (Kasén, 2012).

PROBLEMFORMULERING

Kvinnor som upplever våld i nära relationer uppsöker många gånger hälso- och sjukvården med diffusa besvär som är kopplade till våldutsattheten. Eftersom kvinnor sällan berättar om våldet och vårdpersonal inte frågar, blir våldet ouppmärksammat och minskar möjligheten för att kvinnorna ska få hjälp och stöd. Brist på rutiner, kunskap och rädsla hos vårdpersonal är stora problem som medför att våldet inte upptäcks och att den utsatta kvinnan återgår till en vardag med misshandel där hon riskerar ytterligare skador och ohälsa. Denna litteraturöversikt inriktar sig till att undersöka våldutsatta kvinnors upplevelse av mötet med sjuksköterskan samt hur sjuksköterskan kan främja vårdrelationen.

SYFTE

Syftet med denna litteraturstudie är att undersöka hur våldutsatta kvinnor kan uppmärksammas av sjuksköterskan samt hur sjuksköterskan kan främja vårdrelationen.

METOD

LITTERATURSÖKNING

Detta är en litteraturöversikt vilket innebär att befintlig forskning inom ett visst område har undersökts för att få en uppfattning om hur kunskapsläget kring området ser ut. Detta skapar också grunden till problemformuleringen. I analysen får det ingå kvalitativ och kvantitativ forskning (Friberg, 2006). Syftet med kvalitativa studier är att skapa en djupare förståelse för ett valt ämne där utgångspunkten är patientens upplevelse, erfarenheter eller behov. Ämnet kopplas sedan till ett vårdsammanhang eller en specifik patientgrupp, för att förstå ämnet och dess problematik. Kvantitativ forskning innebär att en sammanställning av bevis, såsom mätningar görs där bevisen analyseras och jämförs. Detta leder till ett resultat och en beskrivning eller en rekommendation för bästa utformning av hur en aktuell omvårdnadshandling på bästa sätt skall utföras (Segesten, 2006). För att svara på syftet beslutades att undersöka kvinnors upplevelser av vårdrelationer och därför valdes kvalitativ forskningsmetod som grund till denna litteraturöversikt.

Litteraturstudien startade med en problemformulering och ett syfte utformades. Sökbaserna Cinahl och Scopus användes sedan för att finna relevanta artiklar som berörde problemområdet. Databasen Pubmed testades också, men efter få funna användbara resultat valdes sökbasen bort. De första sökorden som användes fanns via svensk MeSH och kopplades samman med boolesk söklogik med operatoren "AND". Sökord användes i olika kombinationer, vilka var: *domestic violence, spouse abuse, experience, seeking help, quality, nurse and nursing*. För att skapa en första sököversikt användes ett helikopterperspektiv (Friberg, 2006). Rubriker lästes och vid intresse lästes även abstrakten. Efter att överskådligt studerat valda artiklar framkom ytterligare centrala sökord som ledde till en andra sökning för att utöka materialet. De nya sökorden var; *health care, intimate partner violence, disclosure, victim, communication and interventions*. Dessa sökord kombinerades också med tre gamla sökord: *nurse, domestic violence* och *experience*, vilket gav ytterligare användbart material.

URVAL

Inklusionskriterier

Valda artiklar omfattar kvinnor som levt eller lever med våldutsatthet från manliga partners, samt sjuksköterskors möte med våldutsatta kvinnor. När sökresultatet uppfattades för brett gjordes fler begränsningar, vilket underlättade urvalet av artiklar. En begränsning som användes vid samtliga sökningar var; *peer reviewed*. Andra begränsningar som användes vid olika sökord var; *language english, affilcountry Sweden and gender female*. Publikationsår för sökningarna valdes att begränsas från 2003-2014 (se bilaga 1). Sökningarna inkluderade till största del kvalitativa artiklar men även en artikel med en mixmetod av kvalitativ och kvantitativ forskning (McCloskey, Lichter, Williams, Gerber, Wittenberg, & Ganz, 2006) ut då de var relevanta för litteraturöversikten. Samtliga artiklar fanns via databaserna Scopus och Cinahl. Deltagare i studierna var över 18 år, artiklarna var alla godkända av en etisk kommitté och publicerade i vetenskapliga tidskrifter.

Exklusionskriterier

Då vi valt att fokusera på den våldutsatta kvinnan sorterades artiklar som handlade om barns påverkan av våld bort. Därför exkluderades alla studier som hade deltagare som var under 18 år. Vi valde även att exkludera studier som forskade kring våldets orsaker, då detta inte svarade på syftet.

KVALITETSGRANSKNING OCH ANALYS

Artiklar med abstrakt som berörde litteraturstudiens problemformulering studerades vidare genom att hela artikeln lästes i sin helhet och kvalitetsgranskades enligt Willman, Stoltz & Bahtsevani (2006) modell för bedömning av kvalitativa eller kvantitativa studier. Denna modell gav indikationer på om studien var av hög, medel eller låg kvalitet. De flesta valda artiklar i litteraturöversikten är av hög kvalitet men en av medelkvalité, då få antal deltagare slutförde studieprojektet (Bournell & Prosser, 2010).

Analysprocessen inleddes genom att alla artiklar lästes och bearbetades separat för att få en tydligare bild av innehållet. Därefter gjordes analyser av artikelresultaten för att finna likheter och meningsbärande enheter som sedan skapade olika teman.

RESULTAT

Olika perspektiv bearbetades och huvudteman som *sjuksköterskans perspektiv* och *patientens perspektiv* växte fram. Efter ytterligare bearbetning och analyser framkom också olika subteman.

PATIENTPERSPEKTIVET

I detta huvudtema ingår sex subteman, vilka är; *Bristande bemötande från vårdpersonal och korta vårdmöten, Information, sekretess, säkerhet, kontinuitet och uppföljning, Kvinnors föreställningar påverkar val av att avslöja våld, Kvinnor vill att vårdpersonal frågar om våld, Alla kvinnor är inte redo för att avslöja våld men kan ändå dra nytta av diskussion kring våld och, Bemötande och engagemang skiljer sig mellan olika yrkesgrupper.*

Bristande bemötande från vårdpersonal och korta vårdmöten

Kvinnor upplever många gånger bristande bemötande från hälso- och sjukvårdspersonal när de uppsöker hjälp. En dålig vårdrelation mellan den kvinnliga patienten och vårdpersonal är ett återkommande problem som bidrar till bristande hjälp till våldutsatta kvinnor. Ett dåligt bemötande som kvinnor ofta möter kännetecknas av likgiltighet, saknad av empati och tålmod samt ovänlig attityd från vårdpersonal (Pratt-Eriksson, Bergbom & Lyckhage, 2014). Denna typ av bemötande påverkar vårdrelationen negativt och minskar därmed kvinnors vilja till att avslöja våldutsattheten (Bacchus, Mezey & Bewley, 2003). En kvinnlig patient som vid upprepade tillfällen upplevt bristande bemötande från vårdpersonal menar att vårdmötena tillslut gjorde att hon trodde att våldet som hon utsattes för var berättigad. En annan kvinna berättar sin erfarenhet av bristande bemötande från vårdpersonal, då hon en gång fick stanna över natt på sjukhus. Trots att hon då var i stora behov av stöd och support var det ingen utav vårdpersonalen som tog sig tid att samtala med henne (Pratt-Eriksson et al., 2014). Vårdrelationen påverkas också negativt när kvinnor får känslor av att vårdpersonal bemöter dem som icke sanningsenliga och inte tar dem med allvar. En kvinna med utländsk bakgrund menar att hon känner sig speciellt ignorerad, vilket hon tror beror på att hon både är kvinna och invandrare (Pratt-Eriksson et al., 2014). En annan kvinna som flera gånger upplevt saknad av hjälp och empati inom sjukvården uttrycker:

“Often you really have to stamp your foot to get a little help or you have to be lying dead in the emergencyroom for them to help you! It’s important for healthcare workers to screen for violence, it’s important to find out how we feel” (Pratt-Eriksson et al., 2014, s. 4-5).

Flertalet kvinnor är överrens om att de flesta vårdmötena är korta (Bacchus et al., 2003) och sker hastigt, vilket försämrar förutsättningarna för att skapa goda vårdrelationer. De förklarar att korta och hastiga vårdmöten ofta leder till ett stressigt bemötande från vårdpersonal, vilket uppfattas som negativt. Kvinnorna menar också att de korta mötena ger en känsla av att de inte har någon kontroll över den vård de får och att de flera gånger får kämpa för att bli sedda och hörda (Othman, Goddard & Piterman, 2014). Vårdrelationen skulle kunna förstärkas om vårdpersonal gav mer tid till att sitta tysta, lyssna och invänta svar för att kunna föra ett vårdande samtal och en bra diskussion. (Hägglom & Möller, 2006).

Information, sekretess, säkerhet, kontinuitet och uppföljning

Kvinnor upplever också att det finns brister kring information och sekretess i hälso- och sjukvården. Kvinnor menar att informationsbristen leder till mer lidande för kvinnan, då de istället känner osäkerhet och förvirring (Othman et al., 2014). Informationsbrist gör också att många kvinnor tror att det genom våldavslöjande skall fattas beslut utan deras medgivande. Många kvinnor väljer därför att inte berätta om sin situation, eftersom de inte vill riskera att detta sker. De menar att avslöjande skulle kunna resultera i känslor av att förlora kontrollen över sin situation (Bacchus et al., 2003). Kvinnor uttrycker att de också sällan får någon information om vart de skall vända sig för mer hjälp och stöd (Bacchus et al., 2003). Brister i säkerhet och sekretess påverkar kvinnors avslöjande av våld samt mottaglighet för olika interventioner inom hälso- och sjukvården (Chang, Cluss, Ranieri, Hawker, Buranosky, Dado & Scholle, 2005). Flera kvinnor upplever att sekretessen är som mest hotad när de får frågor om våld samtidigt som partnern är med och att de vid sådana tillfällen väljer att inte avslöja våldutsattheten (Bacchus et al., 2003, Rhodes, Frankel, Levinthal, Prenoveau, Bailey, Levinson, 2007). Kvinnor bekräftar att vårdrelationen skulle kunna förstärkas om mötet sker i en säker miljö där kvinnan kan känna sig trygg i att avslöja hur skadorna uppkommit (Hägglom & Möller, 2006). En kvinna berättar om ett tillfälle när våldpersonal frågade kvinnan om våld när mannen var närvarande. Efter att vårdpersonalen ställt frågan vände han sig sedan till kvinnans man och frågade på ett skämtsamt sätt: *“Now, is she giving you any trouble?”* (Rhodes et al., 2007, s. 622,).

Bristen på uppföljning (Pratt-Eriksson et al., 2014) och kontinuitet till våldutsatta kvinnor är också ett problem som påverkar om kvinnor är villiga att avslöja sin våldutsatthet (Taylor, Bradbury-Jones, Kroll & Duncan, 2013, Bacchus et al., 2003). Brist på kontinuitet uppfattas också som ett hinder för att upprätta en god och förtroendefull vårdrelation (Bacchus et al., 2003). Kvinnor upplever att de finns stora brister i kontinuiteten då de ofta får träffa olika vårdpersonal när de söker sig till hälso- och sjukvården. De menar att vårdrelationen skulle kunna förstärkas om kontinuiteten var bättre i vården, genom att de får träffa samma vårdpersonal minst två gånger ökar chanserna till avslöjandet av våldet (Taylor et al., 2013). Många kvinnor är tveksamma till uppföljande telefonsamtal från vårdpersonal. Delvis kan uppföljningen upplevas som positivt, då det ger en känsla av att någon bryr sig om dem och är oroliga för dem. Till största del upplevs telefonsamtal dock negativt då det utsätter kvinnans sekretess och säkerhet. En kvinna berättar om sin oro relaterat till uppföljande telefonsamtal:

“Unless they live in an abusive situation they don’t know the many ways that can go wrong and how it can just completely screw you up.

You don't know who is listening on the phone. You don't know who will redial the number to see which number you have dialed, which number was the last incoming call. It's too risky". (Chang et al., 2005, s. 7).

Kvinnors föreställningar påverkar val av att avslöja våld

Många kvinnor väljer att inte prata om våldutsattheten då de tror att våld är en privat sak som de bör lösa på egen hand. Andra faktorer som gör att kvinnan inte gärna talar om våld är att många är rädda för att dra skam över familjen och mannen. Kvinnor som är uppväxta med våld kan uppleva det som normalt och endast det som svårt när de får blödande skador. Många kvinnor tar också ofta själva på sig skulden för våldet och väljer därför att inte avslöja det. Andra har hopp och tror att våldet kommer upphöra med tiden (Othman, Goddard & Piterman, 2014). Kvinnor visar ofta en stark vilja att hålla ihop familjen för barnens skull, då de är rädda för att separera barnen från fadern. Detta är därför en anledning till att inte avslöja våldet och att stanna i förhållandet. En kvinna förklarar: *"I just keep quiet. I have to think about my children too."* (Othman et al., 2014, s.1503).

Kvinnor vill att vårdpersonal frågar om våld

Våldutsatta kvinnor är eniga om att vårdpersonalen bör ta upp ämnet och att fråga om våld, då kvinnan själv sällan gör det. Trots det är det få kvinnor som varit med om att frågan om våldutsatthet har ställts (Taylor et al., 2013, Ben Natan, Ben Ari, Bader & Hallak, 2011). Flera kvinnor är positiva till frågor om våld och vill att vårdpersonal skall fråga. De menar att de upplever en besvikelse då frågan inte ställs (Othman et al., 2014, Ben Natan et al., 2011) och förstår inte varför det är svårt för personal att ställa frågan. De förklarar att vårdpersonal bör vara vana vid dåliga besked och svåra situationer (Taylor et al., 2013). Flera kvinnor hävdar också att de hade känt sig mer bekväma med att avslöja våldet om frågan hade ställts eller om vårdpersonal tagit upp ämnet först (McCloskey et al., 2006, Pratt-Eriksson et al., 2014). Det minskar känslan av skam och rädsla som annars kan påverka kvinnan genom att avstå från att avslöja våldet (Bacchus et al., 2003, Othman et al., 2014). När vårdpersonalen ställer frågan bekräftas kvinnans problem och genom att visa genuint intresse kan vårdpersonalen stärka en vårdrelation (Othman et al., 2014). Frågor som *"hur är det hemma?"* och *"vill du prata?"* är bra inledningsord för att kvinnorna skall känna sig bekräftade och våga öppna upp sig. Att ha ögonkontakt och förklara varför man ställer frågor kring våld är också faktorer som våldutsatta kvinnor menar att de skulle uppskatta (Hägglom & Möller, 2006). De kvinnliga patienterna förklarar att direkta frågor kring våldet ibland kan upplevas enklare att svara på än allt för öppna frågor (Bacchus et al., 2003). Det bästa är om vårdpersonalen inte frågar om våld ur ett diagnostiskt syfte och för att identifiera våldutsattheten, utan i stället med syfte för att öka medvetenheten om problemet och informera om alternativ och resurser. (Chang et al., 2005).

Alla kvinnor är inte redo för att avslöja våld men kan ändå dra nytta av diskussion kring våld

Även om vårdpersonal skapar goda förutsättningar för en vårdrelation och frågar om våld är det inte alltid kvinnor väljer att avslöja våldet. Dock menar de flesta kvinnor att de ändå känner att de kan dra nytta av diskussionen om våld med vårdpersonal. Kvinnorna menar att denna sort av samtal kan hjälpa dem att flytta från ett tillstånd av förnekelse och isolering till ett tillstånd där de är mer benägna att överväga hjälp och förändring till sin situation (Chang et al., 2005).

Flera kvinnor berättar att den våldutsatta situationen de lever i gör att de är olika mottagliga för att samtala kring våldutsatthet med vårdpersonal. En kvinna uttryckte:

“I wasn’t anywhere near ready for group [counseling]. I needed time to sort things out or for things to get so bad that I would just do anything. I was still fact-gathering.” (Chang et al., 2005, s.5).

Andra typer av intervention med mer inriktad information kan kvinnor vara mer mottagliga för. Sådana interventioner är information på exempelvis affischer och flygblad i väntrum och på toaletter. Affischer på toaletter är mest uppskattat då de upplever total sekretess, anonymitet och kan läsas i fred. Våldutsatta kvinnor befinner sig dock alltid i en unik situation och därför är mottagligheten för olika typer av intentioner individuell. Det framkommer att kvinnor av den anledningen upplever att det är bra med olika alternativ av interventioner (Chang et al., 2005). Studier visar att goda samtal kring våldutsatthet ökar sannolikheten för bättre mottaglighet av andra typer av interventioner med fler insatser. Användning av fler insatser ökar också möjligheterna för att kvinnan skall lämna den våldutsatta relationen och på så sätt erhålla ett bättre hälsotillstånd. Detta är dock beroende av hur vårdpersonalen informerar, reagerar och svarar på patientens avslöjande av våld (McCloskey et al., 2006).

Bemötande och engagemang skiljer sig mellan olika yrkesgrupper

Kvinnor upplever skillnader i bemötandet från olika yrkesgrupper (Taylor et al., 2013) och studier visar att det finns stora attitydskillnader kring ämnet våld mellan läkare och sjuksköterskor (Ben Natan et al., 2011). I en studie av Bacchus et al. (2003) upplever kvinnor stort missnöje i bemötandet från läkare, efter att ha vågat avslöja sin våldutsatthet. De menar att de inte fick någon hjälp från läkaren. En av kvinnorna förklarar att hon blev rekommenderad vila och semester som hjälp. Istället beskriver de att kontakten med sjuksköterskor från barnvårdcentraler upplevs som mindre formell än med läkare och att de tillhandhåller mer tid, hjälp och stöd. De upplever även att sjuksköterskor från barnvårdcentraler visar större intresse för deras bästa (Bacchus et al., 2003). Annan studie visar att det är vanligare att läkare har mer förutfattade meningar om våld, då läkare i större utsträckning rapporterar att våldet är kvinnans eget fel, att det finns viktigare frågor än våld mot kvinnor samt att de inte har tillräcklig tid för att bedömning av våld (Ben Natan et al., 2011).

SJUKSKÖTERSANS PERSPEKTIV

I detta huvudtema ingår fyra subteman, vilka är: *Vårdmötet påverkas av emotionella känslor hos sjuksköterskan, Bristande rutiner hos vårdpersonal och inom hälso- och sjukvården, Träning i hantering av vårdproblemet behövs och Screening är bra men inte tillräckligt.*

Vårdmötet påverkas av emotionella känslor hos sjuksköterskan

Sjuksköterskor beskriver att erfarenheter är en av de viktigaste faktorerna i att möta våldutsatta kvinnor. Det är sällan sjuksköterskor talar eller frågar om våldet. Vårdpersonal menar att detta kan bero på de emotionella känslorna som väcks hos sjuksköterskan i mötet med våldutsatta kvinnor (Hägglom & Möller, 2006). Mötet med den våldutsatta kvinnan orsakar många gånger frustration, ångest och psykisk stress för sjuksköterskor. Sjuksköterskor känner ofta fasa inför mötet med kvinnor som drabbats av kraftiga fysiska skador då de känner dåligt samvete av att endast finna tid till att behandla de fysiska skadorna men inte de psykiska (Hägglom & Möller, 2006). De menar att psykiska åkommorna och våldavslöjandet är en process som kräver mycket tid som inte finns (Taylor et al., 2013). Att också observera de fysiska skadorna och de emotionella smärtorna som våldutsatta kvinnor lider av kan få sjuksköterskor att känna påfrestande känslor

“the woman came abused and being beaten almost every day; and that poor lady is bleeding inside...when the patient came in here she dies...it affects me very badly...she’s gone in a terrible way...” (van der Wath, van Wyk, & Janse van Rensburg, 2013, s.2246).

Sjuksköterskans minnen och tidigare erfarenheter kan också påverka de känslor och reaktioner som kan uppkomma inför mötet med våldutsatta kvinnor. Om sjuksköterskan tidigare bevittnat liknande händelser i arbetet eller privat kan dessa minnen återupplevas som mentala bilder och emotionella upplevelser. Detta kan orsaka känslor som depression, sorg, rädsla, chock, vrede och därmed leda att situationen blir mer svårhanterlig. Det kan också leda till att sjuksköterskan upplever ökad stress, vilket i sin tur kan påverka vårdrelationen (van der Wath et al., 2013).

Sjuksköterskor tycker att det är svårt att ta upp ämnet och fråga om våldutsatthet. De beskriver sin oro och menar att det är skrämmande då de känner rädslor för att inte kunna mäta med svaret på frågan (Taylor et al., 2013). De menar att svårigheterna kring att fråga om våld också kan bero på bristande självkänsla hos vårdpersonal, vilket kan leda till att de inte litar på sin förmåga att omhänderta och hjälpa kvinnan. Flertal vårdpersonal uttrycker också svårigheter med att hålla tillbaka känslor då kvinnor berättar om de incidenter de varit med om. De menar att detta blir ännu svårare då de samtidigt skall vara professionella och kunna visa empati utan att bli för involverade känslomässigt (Taylor et al., 2013).

Den känslomässiga bördan som upplevs i mötet med våldutsatta kvinnor kan ge så pass mycket känslor, tankar, oro och funderingar att många sjuksköterskor väljer att “stänga av” sina känslor för att orka med. Emotionell avskildhet kan då leda till att patienter upplever sjuksköterskan som känslökall vilket påverkar mötet och relationen mellan vårdare och patient (van der Wath et al., 2013).

Bristande rutiner hos vårdpersonal och inom hälso- och sjukvården

Brist på rutiner är stor inom vården och visar sig bland annat när personal har svårigheter att känna igen tecken av misshandel. De visar sig också då vårdpersonal gör riskabla bedömningar av säkerhet och sekretess eller när vårdpersonal är försedda med otillräcklig information (Rhodes et al., 2007). Sjuksköterskor upplever att de får improvisera fram lösningar och försöka trösta kvinnor, utan att egentligen veta hur de ska handla i situationen. Sjuksköterskor beskriver även att det finns bristande rutiner i att upptäcka våldutsatthet och att de får gå på “känsla” för att upptäcka drabbade kvinnor (Häggbloom & Möller, 2006). I Storbritannien är det endast 27 % av hälsomyndigheterna, 29 % av National Health Service och 9 % av primärvårdspersonal som kan rapportera att det hade ett grundläggande handlingsprogram för att bemöta våldutsatta kvinnor (Bacchus et al., 2003).

Studier visar att sjuksköterskan kan uppleva svårigheter i mötet med den våldutsatta kvinnan, trots befintliga rutiner. Flertalet sjuksköterskor som arbetar på sjukhus, där det finns rutiner kring att fråga om våldutsatthet, uttrycker att det är olika svårt att fråga beroende på vilken samhällsklass kvinnan kommer ifrån. Vissa tycker att kvinnor från lägre samhällsklasser är lättare att fråga, men alla är samtidigt eniga om att alla kvinnor skall behandlas lika och att alla skall bli tillfrågade. Studien visar trots detta att flertalet vårdpersonal avstår från att fråga så länge de inte finns bevis på att ett barn far illa (Taylor et al., 2013).

Träning i hantering av vårdproblemet behövs

För att öka samtal kring våld krävs kunskap och träning på hur man möter våldutsatta kvinnor på ett effektivt och säkert sätt (Bacchus et al., 2003). Vårdpersonal förklarar att de har okunskap om den policy som finns för att upptäcka och hjälpa våldutsatta kvinnor. Hälften utav av befintlig vårdpersonal på en akutmottagning med 61 anställda svarar att de känner sig osäkra på de rutiner som finns, samt vilka skyldigheter de har i mötet med våldutsatta kvinnor. Träning till vårdpersonal visar ge bättre kunskap och förutsättningar till att skapa stärkare vårdrelation mellan våldutsatta kvinnor och vårdpersonal. Efter träning uppger 95 % av samma vårdpersonal att de har förbättrade kunskaper om den policy som finns för att upptäcka och hjälpa våldutsatta kvinnor. Självsäkerheten hos vårdpersonal samt kunskaper om skyldigheter och vart dessa kvinnor kan hänvisas ökas också med hjälp av träning. Vårdpersonal ger också bättre bemötande och vård till våldutsatta kvinnor efter genomförd träning (Boursnell & Prosser, 2010). Utbildning genom rollspel ökar kommunikationsfärdigheter i att möta kvinnor som utsätts för våld. Det är viktigt att i olika typer av miljöer kunna skapa förtroendefulla vårdrelationer, eftersom det är en avgörande betydelse för att underlätta patientens avslöjande om misshandel eller våldserfarenhet.

Screening är bra men inte tillräckligt

För att upptäcka våldutsatta kvinnor har screening blivit en allt vanligare metod (Ben Natan et al., 2011). På en vårdcentral och ett sjukhus i Amerika frågar vårdpersonal om våld i hemmet på ett rutinmässigt sätt tillsammans med frågor om t.ex. rökning, alkoholvanor eller droganvändning. I vårdmötet med kvinnor ska personalen även kunna känna av och vara lyhörd för patientens ledtrådar och tecken på våld, vilket kan vara någon form av psykosocialt bekymmer eller stress (Rhodes et al., 2007). Vårdpersonal är eniga om att psykisk ohälsa många gånger är kopplat till våld, vilket innebär att man bör vara extra observant på dessa patienter (Taylor et al., 2013). Sjuksköterskor menar att det dock finns svårigheter med screening då många känner okunskap i hur de skall hantera våld i nära relationer. Sjuksköterskor med längre erfarenhet visar sig vara mer bekväma med att screena och bemöta våld (Ben Natan et al., 2011).

Screening är dock inte alltid är en optimal kommunikations strategi. En studie visar att kvinnor, som fyllt i enkät att de var i riskzon för våld, inte alltid avslöjar detta i mötet med vårdpersonal senare. Detta anses bero på beteendet och bemötandet från vårdpersonal. Samma studie visar att våldavslöjandet är större när vårdpersonalen använder öppna frågor som inledning till ämnet och minst en följd fråga. Genom öppna frågor är det lättare att tillhandahålla personcentrerad vård och risken för att frågan ställs på ett allt för rutinmässigt sätt minskar. De flesta kvinnor upplever att screening av våld är hjälpfullt och lämpligt, men att det är viktigt att frågorna är väl formulerade och inte riskerar att bli förolämpande (Rhodes et al., 2007).

DISKUSSION

METODDISKUSSION

Avsikten med denna litteraturoversikt var att undersöka hur våldutsatta kvinnor kan uppmärksammas av sjuksköterskan med fokus på vårdrelationen. Utifrån syftet valdes kvalitativa artiklar som kunde beskriva känslor, bemötande, upplevelser och förståelse hos både kvinnor och vårdpersonal. Till att börja med granskade vi kvantitativa artiklar som dock senare sorterades bort då de inte var relevanta till syftet. Därmed är alla valda artiklar av kvalitativmetod och en utav mixmetod, vilket innebär att artikeln både är kvalitativ och

kvantitativ (McCloskey et al., 2006). Denna artikel valdes då den både innehöll intervjuer och enkäter som stärkte resultatet samt att artikeln även styrkte tidigare valda artiklars resultat. Genom att ha både tabeller och intervjuer blev resultatet i mixmetod artikeln tydligt och väl disponerad. I artikelsökningen fann vi inte fler mixmetod artiklar, vilket tyder på att de inte finns i samma omfattning som kvalitativa eller kvantitativa artiklar. Sökningar resulterade i kvalitativa artiklar som bedömdes vara av hög kvalitet utom en som var av medel kvalitet. Artiklen av Bournnell & Prosser (2010) bedömdes till medelkvalité, eftersom få antal sjuksköterskor slutförde projektet, vilket till största del berodde på att många hann byta arbetsplats innan projektet var klart.

Alla artiklar som användes är från databaserna Cinhal och Scopus, då vi fokuserade på kvalitativa artiklar. Pubmed testades också men efter få lämpliga resultat valdes databasen bort. Svenska MeSH användes för att få relevanta sökord. Initialt var det svårt att hitta relevanta artiklar som belyste våldutsatta kvinnors upplevelse av vårdmöten. Det var betydligt enklare att hitta artiklar som belyste sjuksköterskors upplevelser samt vad olika sjukhus gjorde för att upptäcka våldutsatta kvinnor. Genom analys av de första funna artiklarna framkom nya och fler relevanta sökord som kombinerades inför en ny sökning. Detta gjorde att vi fick en mer inriktad och specifik sökning. Intressanta abstrakt och rubriker fanns i båda sökningarna, en stor del fick väljas bort då vi inte hade åtkomst till full textversion. Slutligen valdes fem artiklar som beskrev kvinnans upplevelse, fem artiklar som beskrev sjuksköterskans upplevelse och en artikel som studerade både kvinnan och sjuksköterskans upplevelser (Rhodes et al., 2007). Alla artiklar granskades utifrån William et al., (2006) granskningsmetod som var ett bra stöd för att undersöka artiklarnas kvalitéer.

De flesta av artiklarna publicerades under de senaste åren och ingen artikel var publicerad före år 2003. Artiklar som var publicerade före 2003 exkluderades, vilket gav litteraturstudien forskning som tydligare ger en aktuell bild av vårdproblemet. Då litteraturstudiens bakgrund beskriver att våld i nära relationer är ett vårdproblem både nationellt och internationellt (Brottsförebyggande rådet, 2014b, Wendt & Enander, 2013, Brottsförebyggande rådet, 2009, Nationella trygghetsundersökningen, 2013, WHO, 2013) valdes studier utifrån olika länder, vilket gav ett bredare resultat. De länderna som studierna är utförda i är; Sverige, Finland, Storbritannien/Skottland., Malaysia, Amerika, Australien, Syd Afrika och Israel (Se bilaga 2).

Det framkom tidigt i litteraturöversikten att det finns mycket forskning inom området och med fokus på upplevelser av att söka vård och hur våldutsatta kvinnor kan uppmärksammas. Att använda litteraturbaserad modell var därför en lämplig metod för att få fram väsentlig forskning om vårt problemområde. Genom denna modell skapas en översikt över kunskapsläget inom ett visst fält på ett strukturerat sätt. (Friberg, 2006).

Utifrån forskningsområdet där kvinnor oftast är i en utsatt position valdes artiklar där det tydligt framkom att de var etiskt godkända och tog hänsyn till kvinnors sekretess och säkerhet. Alla kvinnor var välinformerade med studiens mål och upplägg samt att de kunde delta utan tvång om att fullfölja studien. Med tanke på dessa säkerhetsåtgärder anses det etiskt försvarbart att utföra studier med våldutsatta kvinnor. Dessa kvinnor är ofta villiga att bidra med sina erfarenheter för att förändra vården med vilja att hjälpa andra i samma situation som dem.

RESULTATDISKUSSION

Hur sjuksköterskan kan främja vårdrelationen

I analysen framkom kvinnans positiva och negativa upplevelser av vårdrelationen, vilket belyser hur sjuksköterskan kan främja vårdrelationen. Flera studier visar att kvinnor upplever bristande bemötande från vårdpersonal i form av saknad av empati, tålamod, förståelse och ovänlig attityd (Pratt-Eriksson et al., 2014, Bacchus et al., 2003, Häggbom & Möller, 2006). Detta leder bland annat till ökat lidande i form av osäkerhet, förvirring och tron om att våldet är berättigat (Othman et al., 2014, Pratt-Eriksson et al., 2014). Detta är tydliga tecken på en icke-god vårdrelation och styrker tidigare resultat av Snellmans (2009) förklaringar till negativa känslor som ökar lidandet för patienten efter ett sådant vårdmöte. En positiv upplevelse av vårdrelationen visar i analysen att kvinnor är mer benägna att tala om den våldutsatta situationen, vilket är en förutsättning för att kvinnan ska få hjälp (Häggblom & Möller, 2006, Bacchus et al., 2003, Chang et al., 2005, Othman et al., 2014). Med ett positivt första möte där patienten blir bekräftad och sedd ökar chanserna för att kvinnan får ökat förtroende för vårdpersonalen

Genom att ta reda på kvinnans negativa upplevelser av vårdrelationer tror vi att sjuksköterskan kan få kunskap om hur arbetet skall genomföras för att främja goda vårdrelationer. I kompetensbeskrivningen för sjuksköterskor i Sverige står det att sjuksköterskan skall kunna bemöta patienter på ett empatiskt och respektfullt sätt (Socialstyrelsen, 2005). Trots tydlig kompetensbeskrivning visar analysen att vårdpersonal i Sverige (Pratt-Eriksson et al., 2014) och andra länder har ett bristande bemötande i vårdrelationen (Bacchus et al., 2003, Othman et al., 2014, Ben Natan et al., 2011). Vi anser att sjuksköterskor i Sverige och världen över bör bli mer medvetna om deras ansvar gällande att bemöta våldutsatta kvinnor och kan på så sätt leda till fler våldavslöjanden. Analysen visar vidare att bemötande och engagemang skiljer sig åt i olika yrkesgrupper. Läkare har sämre bemötande och mer förutfattade meningar än sjuksköterskor (Taylor et al., 2013, Ben Natan et al., 2011, Bacchus et al., 2003). Vi anser att det därför är viktigt att alla professioner är medvetna om vikten av goda vårdrelationer för att kvinnan skall få hjälp och stöd.

Direkt rådgivning från vårdpersonal till våldutsatta kvinnor framkommer inte någon studie. Vi tror att detta beror på att kvinnan är i större behov av samtal än vad vårdpersonal kan bidra med vid ett första möte där rådgivning om att kvinnan skall lämna sin make kan uppfattas som mycket kränkande. En studie i analysen visar att flera kvinnor inte förstod att de blev utsatta för våld (Othman et al., 2014), dessa kvinnor behöver först komma till insikt om sin situation innan de kan nå uppbrottsprocessen. Därför blir hänvisning till kvinnocenter etc. ett lämpligare alternativ till kvinnor som är i behov av samtal och stöd, vilket var en stor del av sjuksköterskans ansvar enligt studier (Bournell & Prosser, 2010, Ben Natan et al., 2011).

Information och sekretess – två viktiga faktorer

I analysen visar studier att faktorer som information, sekretess, säkerhet, kontinuitet och uppföljning kan påverka om en vårdrelation blir god eller inte (Othman et al., 2014, Bacchus et al., 2003, Chang et al., 2005, Taylor et al., 2013, Pratt-Eriksson et al., 2014). Sjuksköterskan har en stor roll, eftersom hon har ett ansvar inom alla dessa områden (Socialstyrelsen, 2005). Information och sekretess är två viktiga faktorer som i flera studier är ett återkommande problem i vårdmötet med våldutsatta kvinnor (Chang et al., 2005, Bacchus et al., 2003, Rhodes et al., 2007). En studie visar att informationsbristen ledde till att kvinnor behöll felaktiga förutfattade tankar om vad som skall hända vid våldavslöjande, exempelvis att det skulle ske beslutsfattande utan kvinnornas medgivande. Informationen brast även när

flera kvinnor inte fick någon upplysning om vart de kunde vända sig för ytterligare hjälp och stöd (Bacchus et al., 2003).

En av slutsatserna i denna litteraturöversikt är att informationsgivningen bör förbättras från vårdpersonal till den utsatta kvinnan. Vi tror att genom information till patienten kan riskerna för missförstånd elimineras och öka förutsättningarna för god kommunikation. I Sverige har även sjuksköterskor, enligt kompetensbeskrivningen, ett ansvar av att kunna informera patienter med hänsyn till tidpunkt, form och innehåll (Socialstyrelsen, 2005). Trots kompetensbeskrivning är informationsbristen fortfarande ett problem i vårdmötet med våldutsatta kvinnor (Pratt-Eriksson et al., 2014). Vi tror att detta kan bero på bristande rutiner och kunskap på arbetsplatsen.

Analysen visar att sekretess är ett problem framför allt då kvinnans partner är närvarande vid mötet mellan kvinnan och vårdpersonal (Bacchus et al., 2003, Rhodes et al., 2007). I en studie frågade en vårdpersonal en kvinna om våldutsatthet och efter det vände sig till hennes partner och på ett skämtsamt sätt ställde en följdfråga: *“Now, is she giving you any trouble?”* (Rhodes et al., 2007, s. 622). Detta visar på brist i sekretesshanteringen men också okunskap kring vikten av att ta problemet på allvar. Bristfällig sekretess visar sig också genom att kvinnor inte upplever miljön trygg nog för avslöjande av orsaker till skadorna (Hägglom & Möller, 2006). Sekretess är viktigt för att man ska känna sig trygg och våga prata om sin våldutsatthet. Därför bör mötet med kvinnan ske i ett privat rum där enskilda samtal kan äga rum. Enligt författning skall dessutom vårdpersonal fråga kvinnan i enrum om orsak när hon visar tecken eller symtom på våldutsatthet (SOSFS 2014:4). All vårdpersonal inom hälso- och sjukvården i Sverige omfattas av offentlighets- och sekretesslagen (OSL, 2009:400). Utifrån våra studieresultat anser vi att sekretessen är hotad och att den bör tas på största allvar, då sjuksköterskor enligt lag har ansvar för att sekretessen följs (OSL, 2009:400). Kompetensbeskrivningen för sjuksköterskor i Sverige framhåller att sjuksköterskor skall ha ett etiskt förhållningssätt till patienter (Socialstyrelsen, 2005). Det är varken etiskt försvarbart eller professionellt att ställa frågor om våldutsatthet till kvinnor då förövaren är i samma rum.

Normaliseringsprocessens påverkan på kvinnorna

I tidigare beskrivning förklaras att normaliseringsprocessen påverkar kvinnans perspektiv och gränser förskjuts och suddas ut med tiden. Processen gör också att kvinnan med tiden får en skev bild över var kärlek innebär (Lundgren, 2012). I analysen kan normaliseringsprocessen förklara kvinnors olika mottaglighet för samtal kring våld, samt om kvinnan är redo för att avslöja våldutsattheten. Forskningen visar att de flesta kvinnor, på olika sätt, kan dra nytta av samtal om våld. Samtalet kan hjälpa kvinnan att flyttas från förnekelsen och isoleringen (Chang et al., 2005) som normaliseringsprocessen kan leda till (Lundgren, 2012, Wendt & Enander, 2013). Troligtvis kan samtal bryta normaliseringsprocessens onda mönster och påverka kvinnan till att överväga hjälp. Därför är det viktigt att all vårdpersonal samtalar om våld med kvinnliga patienter, även om de inte väljer att avslöja våldet.

Att ha kunskap om kvinnans mottaglighet för olika typer av interventioner är också betydelsefullt. Att ha kunskap om att affischer på toaletter kan påverka kvinnans tankegångar till om den relation de lever i verkligen är sund, är ett steg i rätt riktning (Chang et al., 2005). Därför är affischer på toaletter och i andra miljöer ett bra informationssätt för att stoppa normaliseringsprocessens onda spiral.

En studie i analysen visar att kvinnor har föreställningar om att våldutsattheten är en privat sak som inte bör delas med sjukvårdspersonal. Andra kvinnor är rädda för att dra skam över mannen och tar dessutom själva på sig skulden för våldet. Olika föreställningar och rädslor

hos kvinnan påverkar alltså valet av våldavslöjande (Othman et al., 2014). Tidigare redogörs hur normaliseringsprocessen kan vara en förklaring till att kvinnan själv känner skuld inför våldet och på så sätt skäms över att prata om det (Wendt & Enander, 2013). I analysen kan normaliseringsprocessen även vara en förklaring varför kvinnor i studien upplever våldet normalt, då kvinnans gränser förskjuts med tiden och de lär sig acceptera våldet (Lundgren, 2012). Många kvinnor i tidigare resultat (Wendts & Enander, 2013) menar att de även har hopp om att våldet skall upphöra och normaliseringsprocessens förklaring till detta är att mannens växelvisa handlingar av värme och tröst är en bidragande orsak. Sjuksköterskan måste ha kunskap om normaliseringsprocessen för att lättare kunna förstå kvinnan, samt för att minska de fördomar som kan finnas hos vårdpersonal. Om sjuksköterskan har kunskap om de gränser och perspektiv som kan ha förskjutits i takt med normaliseringsprocessen så kan det också öka sjuksköterskans förståelse för kvinnan, vilket leder till bättre vårdrelation och bemötande.

Utbildning och träning ger resultat

De flesta studierna i analysen visar att vårdpersonalen ofta känner osäkerhet i mötet med våldutsatta kvinnor (Hägglom & Möller, 2006, van der Wath et al., 2013, Taylor et al., 2013). Osäkerheten grundas med stor sannolikhet i en okunskap kring ämnet och erfarenhet i att möta kvinnor i dessa situationer. Brist på rutiner på vårdenheten gör att personalen inte kan utveckla kunskap och erfarenheter inom arbetet (Socialstyrelsen, 2002). Socialstyrelsen (2014a) framhåller att en anledning till att sjukvården inte samtalar eller ställer frågor om våldutsatthet beror på just otillräcklig kunskap. Socialtjänstens rekommendationer är därför att man skall erbjuda personal utbildning i våld i nära relationer. En studie visar att okunskap hos vårdpersonal också kan leda till förutfattade meningar kring kvinnans situation (Ben natan et al., 2011).

Utifrån förutfattade meningar, okunskap, osäkerhet och liten erfarenhet av att hjälpa våldutsatta kvinnor blir bemötandet påverkat (Ben Natan., et al 2011, Pratt-Eriksson et al., 2014, Taylor et al., 2013, Bournnell & Posser, 2010). Förutfattade meningar kan leda till att kvinnor upplever att de möts som icke sanningsenliga (Pratt-Eriksson et al., 2014). Okunskap, osäkerhet och liten erfarenhet kan leda till att sjuksköterskor inte ställer frågor om våld, då de inte vet vad de skulle göra med svaret (Taylor et al., 2013) eller vart de skall hänvisa kvinnorna (Bournnell & Posser, 2010).

Bournnell & Posser (2010) visar tydliga förbättringar i att upptäcka och stödja utsatta kvinnor efter att vårdpersonal fått utbildning och träning. Näst intill all personal som deltog i studien upplevde efter genomförd träning att de erhållit tillräcklig kunskap för att möta våldutsatta kvinnor. Ökat självsäkerhet, kunskap, förbättrat bemötande och därmed förbättrad vård var ett positivt resultat av genomförd utbildning. En av studierna fokuserade på utbildningsmetod genom rollspel som visade sig ge vårdpersonalen ökade kommunikations färdigheter i att möta våldutsatta kvinnor (Rhodes et al., 2007). I analysen framgår också att våldutsatta kvinnor anser att kommunikation är viktig då exempelvis inledningsord och ögonkontakt är faktorer som påverkar kvinnans val av att avslöja våld (Hägglom & Möller, 2006, Bacchus et al., 2003).

Att sjukvårdpersonal har okunskap om våld i nära relationer och i att möta våldutsatta kvinnor styrker vårt anseende om att sjuksköterskeutbildningen har för lite utbildning i våld i nära relationer. Vi tror att mer utbildning och träning behövs i yrkesförberedande utbildningar och på arbetsplatser för att vårdpersonal skall få mer kunskap som förhoppningsvis resulterar i ökad trygghet i att våga ställa frågor och prata om våld, samt minskade fördomar. Träning i

kommunikativa handlingar anses också vara bra, då det i en studie gett goda resultat (Rhodes et al., 2007). Björck och Heimer, (2003) poängterar det att sjuksköterskan har kommunikationsansvaret. Sjuksköterskor i Sverige skall även enligt kompetensbeskrivningen kommunicera med patienter på ett respektfullt, lyhört och empatiskt sätt (Socialtjänsten, 2005) och skall enligt lag främja goda kontakter mellan patient och vårdpersonal (HSL 1982:763). Vi anser därför att träning i kommunikation är viktigt och tror att träning kan öka möjligheterna för sjuksköterskan att kunna främja vårdrelationen. Framtida träning bör erbjudas till all vårdpersonal och bör fokusera på att förbättra kommunikationen, bemötandet och respons till våldavslöjanden.

Rutiner på arbetsplatsen måste förbättras

Analysen visar att en av anledningarna till att vårdpersonal inte frågar om våld beror på att de inte vet vad de skall göra med svaret och vart de skall hänvisa kvinnorna (Taylor et al., 2013). Socialstyrelsen (2014a) beskriver att flera sjuksköterskor efterlyser tydliga rutiner som hjälp till beredskap för att hantera svaret. I Socialstyrelsens allmänna råd och föreskrifter (SOSFS 2014) står det att vårdgivaren ansvarar för att fastställa rutiner som behövs för att utveckla och säkra kvaliteten i arbetet med våldutsatta. Det är alltså verksamhetschefens ansvar att se till så att det finns rutiner inom arbetsplatsen för att möta våldutsatta kvinnor samt att hantera svåra svar. Det är också viktigt då det i sjuksköterskans kompetensbeskrivning står skrivet att sjuksköterskan skall kunna ge stöd och vägledning (Socialstyrelsen, 2005). Vår förhoppning är att denna nya författning (SOSFS 2014) kommer göra att det finns tydligare rutiner kring att möta våldutsatta kvinnor, vilket i sin tur ökar chanserna till att sjuksköterskan skall kunna främja goda vårdrelationer. Förhoppningsvis kommer fler länder att utarbetar författningar som hjälp till att förbättra vården för våldutsatta kvinnor.

Screening blir allt vanligare

Screening är en allt vanligare metod som används för att upptäcka våldutsatta kvinnor. Med hjälp av screening kan man identifiera våldutsatta kvinnor, vilket ökar möjligheterna för att skapa en vårdrelation då det kan öppna upp för samtal kring våld. Genom screening kan vårdpersonalens medvetenhet om våldutsatta kvinnor ökas och därmed höja personalens lyhördhet för tecken på våldutsatta kvinnor (Socialstyrelsen, 2002). En studie i analysen framhäver att kvinnor ofta är positiva till screening (Ben Natan et al., 2011). Socialstyrelsen skriver att det också finns evidens på att kvinnor erhåller förbättrad hälsa genom att upptäcka våldutsattheten. I Sverige har socialstyrelsen tagit fram rekommendationer för att fråga om våldutsatthet på ett rutinmässigt sätt inom mödravården, vuxen psykiatri samt barn och ungdomspsykiatri (Socialstyrelsen, 2014a). Vi tycker att det är bra att screening blir en allt vanligare metod i Sverige då det ger bättre hälsa och då många kvinnor upplever screening positivt. Därför hoppas vi att fler länder börjar använda screening som ett instrument för att upptäcka och hjälpa våldutsatta kvinnor. Resultatet i denna litteraturoversikt kan därför stärka att screening borde införas på fler ställen än endast i mödravården och psykiatri, då tidigare resultat visar att kvinnor exempelvis kan söka för magbesvär på vårdcentraler (Krantz, 2004).

Vikten av samtal och handledning på arbetsplatsen

I analysen visar forskning att mötet med den våldutsatta kvinnan väcker mycket emotionella känslor hos sjuksköterskan som påverkar vårdrelationen och mötet (Hägglom & Möller, 2006, Taylor et al., 2013, van der Wath et al., 2013). De sjuksköterskor som har egna erfarenheter av våldutsatthet påverkas extra mycket av mötet med våldutsatta kvinnor. Sjuksköterskor menar att de måste stänga av sina känslor för att klara av att möta kvinnorna

och att det istället gör dem till känslökalla (van der Wath et al., 2013), vilket kan vara en förklaring till alla de negativa upplevelser som kvinnor har mött i hälso- och sjukvården.

Socialstyrelsen (2002) bekräftar att mötet med den våldutsatta kvinnan väcker starka känslor hos vårdpersonal. Därför menar socialstyrelsen att möjligheter till samtal, reflektion och handledning är viktiga förutsättningar för att kunna bemöta våldutsatta kvinnor på ett bra sätt. Stabilitet och ett välfungerande samarbete i arbetsgruppen är andra faktorer som också anses vara viktiga för att kunna bearbeta och samtala kring möten med våldutsatta kvinnor och därmed minska de starka emotionella känslorna.

Vi tror att samtal i grupper på arbetsplatser kan vara till hjälp för att kunna hantera och bemöta våldutsatta kvinnor. Detta kan också minska risker för att personal skall behöva känna att de måste stänga av sina känslor för att klara av situationen och ökar istället chanserna för att sjuksköterskan skall kunna främja vårdrelationen.

SLUTSATS

Bemötandet och vårdrelationen mellan sjuksköterskor och våldutsatta kvinnor är ett stort problem världen över. Vårdrelationen kan främjas genom att sjuksköterskan tar reda på hur kvinnor upplever bemötandet och hur de önskar att bli bemötta. Sjuksköterskor och andra professioner inom vården bör bli mer medvetna om vikten av att främja goda vårdrelationer. Bättre rutiner och kunskaper på arbetsplatsen kan förbättra informationen och sekretessen till våldutsatta kvinnor, vilket är viktigt för att kvinnor skall få en möjlighet till säkerhet vid våldavslövande samt fortsatt hjälp och hänvisning. Kvinnor önskar att bli tillfrågade om våldutsatthet men vårdpersonal anser att frågan är svår att ställa, därför är utbildning väsentligt för framtida vård till våldutsatta kvinnor. Genom utbildning om normaliseringsprocessen och uppbrottsprocessen till vårdpersonal, kan förståelsen för kvinnans komplexa situation ökas. Detta kan i sin tur också minska de förutfattade meningarna och istället öka förutsättningarna för goda vårdrelationer. Genom utbildning, träning, screening, samtal och handledning kan sjuksköterskor lättare uppmärksamma, hjälpa och stödja våldutsatta kvinnor. På så sätt behöver inte våldutsatta kvinnor längre bli åsidosatta i vården utan få den hjälp de behöver. Vi anser att det behövs vidare forskning kring vad sjuksköterskan behöver för att ge ett gott bemötande, exempelvis hur handledning och stöttning kan främja bättre vårdrelationer till våldutsatta kvinnor.

REFERENSER

Bacchus, L., Mezey, G., & Bewley, S. (2003). Experiences of seeking help from health professionals in a sample of women who experienced domestic violence. *Health & Social Care in the Community, 11*(1) 10-18.

Ben Natan, M., Ben Ari, G., Bader, T., & Hallak, M. (2012). Universal screening for domestic violence in a department of obstetrics and gynaecology: a patient and carer perspective. *International Nursing Review, 59*(1), 108-114. doi: 10.1111/j.1466-7657.2011.00931.x

Berg, L. (2006). Vårdande relation i dagliga möten: en studie av samspelet mellan patienter med långvarig sjukdom och sjuksköterskor i medicinsk vård. (Dissertation/Thesis), Institutionen för vårdvetenskap och hälsa, Sahlgrenska Akademin, Göteborgs Universitet, Göteborg.

Björck, A., & Heimer, G. (2003). Hälso- och sjukvårdens ansvar. Heimer & Posse (Red). *Våldutsatta kvinnor - samhällets ansvar* (s. 51-96). Lund: Studentlitteratur AB.

Bournsnel, M., & Prosser, S. (2010). Increasing identification of domestic violence in Emergency departments: a collaborative contribution to increasing the quality of practice of emergency nurses. *Contemporary Nurse: A Journal for the Australian Nursing Profession, 35*(1), 35-46. doi: 10.5172/conu.2010.35.1.035

Brottsförebyggande rådet. (2000). *Grov kvinnofridskräkning - En kartläggning*. Stockholm: BRÅ

Brottsförebyggande rådet. (2009). *Våld mot kvinnor och män i nära relationer - Våldets karaktär och offrens erfarenheter av kontakter med rättsväsendet*. Stockholm: BRÅ

Brottsförebyggande rådet. (2014a). *Brott i nära relationer - En nationell kartläggning*. Stockholm: BRÅ

Brottsförebyggande rådet. (2014b). *Misshandel mot kvinnor*. Hämtad 2014-11-20, från: <https://www.bra.se/bra/brott-och-statistik/kvinnomisshandel.html>

Chang, J. C., Cluss, P. A., Ranieri, L., Hawker, L., Buranosky, R., Dado, D., . . . Scholle, S. H. (2005). Health care interventions for intimate partner violence: what women want. *Women's Health Issues, 15*(1), 21-30.

- Freivalds, L. (1997). Inledning. Olsson & Wiklund (Red). *Våld mot kvinnor* (s. 7-13). Stockholm: BRÅ.
- Friberg, F. (2006). Att göra en litteratur översikt. Friberg (Red). *Dags för uppsats: Vägledning för litteraturbaserade examensarbeten*. Lund: Studentlitteratur.
- Heimer, G., Posse, B., & Tønnesen, E. (2004). Våld i nära relationer - våldets ansvar. Hovelius & Johansson (Red). *Kropp och genus i medicinen* (s.421-428). Lund: Studentlitteratur AB
- HSL 1982:763. *Hälso- och sjukvårdslag*. Stockholm: Socialdepartementet
- Hägglom, A. M. E., & Möller, A. R. (2006). On a life-saving mission: Nurses' willingness to encounter with intimate partner abuse. *Qualitative Health Research*, 16(8), 1075-1090.
- Inspektionen för vård och omsorg. (2014). *Våldsutsatta kvinnor och barn som bevittnat våld - Slutrapport från en nationell tillsyn 2012–2013*. Stockholm: Inspektionen för vård och omsorg
- Johnsson-Latham, G. (2008). Att förstå mäns våld mot kvinnor. Heimer & Sandberg (Red). *Våldsutsatta kvinnor - samhällets ansvar* (s.41-61). Lund: Studentlitteratur AB.
- Kasén, A. (2012). 'Patient' och 'Sjuksköterska' i en vårdande relation. Wiklund Gustin & Bergbom (Red). *Vårdvetenskapliga begrepp i teori och praktik* (s.99-111). Lund: Studentlitteratur AB.
- Krantz, G. (2004). Våldets ohälsa. Hovelius & Johansson (Red). *Kropp och genus i medicinen* (s.429-437). Lund: Studentlitteratur AB.
- Lawick, J. (2013). *Våld i nära relationer*. Lund: Studentlitteratur AB.
- Lundgren, E. (2012). *Våldets normaliseringsprocess och andra våldsförståelser*. Växjö: Roks
- Lundgren, E., Heimer, G., Westerstrand, J., & Kalliokoski, A-M. (2001). *Slagen dam. Mäns våld mot kvinnor i jämställda Sverige – en omfångsundersökning*. Umeå: Åströms tryckeri AB
- McCloskey, L. A., Lichter, E., Williams, C., Gerber, M., Wittenberg, E., & Ganz, M. (2006). Assessing intimate partner violence in health care settings leads to women's receipt of interventions and improved health. *Public Health Reports*, 121(4), 435-444.
- Nationella trygghetsundersökningen. (2013). *Om utsatthet, otrygghet och förtroende*. Stockholm: BRÅ
- Nordborg, G. (2008). Våld i vardagen. Heimer & Sandberg (Red). *Våldsutsatta kvinnor - samhällets ansvar* (s.63-87). Lund: Studentlitteratur AB.

Näsman, E., Källström, C., Eriksson, M., (2008). Perspektiv på barns röster om våld. Eriksson, Källström Cater, Dakhlkild-Öhman, Näsman, (Red). *Barnens röster om våld - att tolka och förstå* (s.7-25). Malmö: Gleerups Utbildning AB.

OSL (2009:400). *Offentlighets- och sekretesslag*. Stockholm: Utbildningsdepartementet

Othman, S., Goddard, C., & Piterman, L. (2014). Victims' Barriers to Discussing Domestic Violence in Clinical Consultations: A Qualitative Enquiry. *Journal of Interpersonal Violence*, 29(8), 1497-1513. doi: 10.1177/0886260513507136

Pratt-Eriksson, D., Bergbom, I., & Lyckhage, E. D. (2014). Don't ask don't tell: Battered women living in Sweden encounter with healthcare personnel and their experience of the care given. *International Journal of Qualitative Studies on Health and Well-being*, 9(1).

Rhodes, K. V., Frankel, R. M., Levinthal, N., Prenoveau, E., Bailey, J., & Levinson, W. (2007). Improving patient care. "You're not a victim of domestic violence, are you?" Provider-patient communication about domestic violence. *Annals of Internal Medicine*, 147(9), 620-627.

Segesten, K. (2006). Att välja modell för sitt examensarbete. Friberg (Red). *Dags för uppsats: Vägledning för litteraturbaserade examensarbeten* (s.85-88) . Lund: Studentlitteratur.

Snellman, I. (2009). Vårdrelationer - en filosofisk belysning. Friberg & Öhlén (Red). *Omvårdnadens grunder - perspektiv och förhållningssätt* (s.439-462). Lund: Studentlitteratur

Socialstyrelsen (2002). *Tack för att ni frågar - Screening om våld mot kvinnor*. Stockholm: Socialstyrelsen

Socialstyrelsen (2005). *Kompetensbeskrivning för legitimerad sjuksköterska*. Stockholm: Socialstyrelsen

Socialstyrelsen (2006) *Kostnader för våld mot kvinnor - en samhällsekonomisk analys*. Hämtad 2014-11-16, från: <http://www.socialstyrelsen.se/publikationer2006/2006-131-34>

Socialstyrelsen (2014a). *Att vilja se, vilja veta och att våga fråga - Vägledning för att öka förutsättningarna att upptäcka våldsutsatthet*. Sockholm: Socialstyrelsen

Socialstyrelsen (2014b). *Definition av våld och utsatthet i nära relationer*. Hämtad: 2014-11-06, från: <http://www.socialstyrelsen.se/valds-ochbrottsrelateradefragor/valdinararelationer/valdsutovare/definition>

SOSFS 2014:4. Våld i nära relationer. Stockholm: Utbildningsdepartementet

Taylor, J., Bradbury-Jones, C., Kroll, T., Duncan, F., (2013). Health professionals' beliefs about domestic abuse and the issue of disclosure: a critical incident technique study. *Health and social care in the community*, 21(5). 489-499. doi: 10.1111/hsc.12037

van der Wath, A., van Wyk, N., & Janse van Rensburg, E. (2013). Emergency nurses' experiences of caring for survivors of intimate partner violence. *Journal of Advanced*

Nursing, 69(10), 2242-2252. doi: 10.1111/jan.12099

Wendt, E., & Enander, V. (2013). *Övergiven eller stöttad? Våldutsatta kvinnors erfarenheter av bemötande inom hälso- och sjukvården*. Visby: A-A books on demand.

WHO. (2013). *Violence against women*. Hämtad 2014-11-10 från <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs239/en/>

Willman, A., Stoltz, P., & Bahtsevani, C. (2006) *Evidensbaserad omvårdnad. En bro mellan forskning och klinisk verksamhet*. Lund: Studentlitteratur

WHO (2013) *Global and regional estimates of violence against women: prevalence and health effects of intimate partner violence and non-partner sexual violence*. Italy: World health organization

BILAGA 1.

SÖKSCHEMA

Datum, Databas	Sökord	Begränsningar	Antal träffar	Lästa abstrakt	Granskade artiklar	Valda artiklar
2014-11-18 Cinahl	Domestic violence AND Nurse AND quality	2006-2014 Peer Reviewed	10	5	1	Bournsnel, M., & Prosser, S. (2010)
2014-11-19 Scopus	Spouse abuse AND experience AND nursing	2004-2014 English Affilcountry Sweden	4	4	2	Pratt-Eriksson, D., Bergbom, I., & Lyckhage, E. D. (2014). Häggbloom, A., & Möller, A. (2006)
2014-11-19 Cinahl	Seeking help AND Domestic violence AND experience	2003-2014 <u>Peer Reviewed</u>	23	6	2	Bacchus, L., Mezey, G., & Bewley, S. (2003) Othman, S., Goddard, C., & Piterman, L. (2014)
2014-11-26 Scopus	Health care AND intimate partner violence AND interventions	2004-2014 Gender: Female Age: adult: 19-44 years	33	5	2	Chang, J. C., Cluss, P. A., Ranieri, L., Hawker, L., Buranosky, R., Dado, D., ... Scholle, S. H. (2005). McCloskey, L. A., Lichter, E., Williams, C., Gerber, M., Wittenberg, E., & Ganz, M. (2006).
2014-11-26 Cinahl	Intimate partner violence AND nurse AND experience	2006-2014 Peer reviewed Gender: Female English	14	6	3	Ben Natan, M., Ben Ari, G., Bader, T., & Hallak, M. (2012). van der Wath, A., van Wyk, N., & Janse van Rensburg, E. (2013).
2014-11-27 Scopus	Domestic violence AND beliefs AND disclosure	2004-2014	18	4	1	Taylor, J., Bradbury-Jones, C., Kroll, T., Duncan, F. (2013).
2014-11-27 Cinahl	Domestiv violence AND victim AND communication	2003-2014 Peer Reviewed	6	2	1	Rhodes, K., Frankel, R., Levinthal, N., Prenoveau, E., Bailey, J., Levinson, W., (2007)

Artikelsammanfattning

	Artikel	Syfte	Metod/Urval	Resultat	Kvalité
1)Titel:	Don't ask don't tell: Battered women living in Sweden encounter with healthcare personnel and their experience of the care given.	Att få en djupare förståelse av kvinnors levda erfarenheter av våld i nära relationer och deras möten med vårdpersonal, socialarbetare och polis.	Studien är en deskriptiv och explorativ analys som använt sig av hermeneutisk metod för att tolka insamlad data. Data samlades in via kvalitativa intervjuer från 12 kvinnor som ombads att berätta om sina erfarenheter om våld i nära relationer och deras möten med bland annat hälso- och sjukvården, under 45-60 minuters samtal. En av inklusionskriterierna var att kvinnorna skulle vara eller ha varit utsatta för våld från en samboende eller tidigare partner eller make. Kvinnornas ålder varierade mellan 23-56 år med en medianålder på 28 år.	Resultatet visar att: <ul style="list-style-type: none"> • Bristande hjälp, förståelse och dåligt bemötande från vårdpersonal • Hastiga och snabba möten med vårdpersonal • Brist information, uppföljning och medvetenhet hos vårdpersonal 	Hög
Författare:	Pratt-Eriksson, D., Bergbom, I., & Lyckhage, E.				
Tidskrift:	International Journal of qualitative studies on health and well-being				
Årtal:	2014				
Land:	Sweden				
2) Titel:	On a life-saving mission: Nurses' willingness to encounter with intimate partner abuse	Att utforska sjuksköterskors uppfattning om stödandet till misshandlade kvinnor, deras erfarenheter av fenomenet våld mot kvinnor i omvårdnadssituationer och sjuksköterskans roll som vårdgivare till dessa kvinnor	Kvalitativ metod användes och baserades på grounded theory. Det var tio sjuksköterskor som deltog i studien, alla arbetade på olika avdelningar inom hälso- och sjukvård i Finland. Av de som deltog hade sex sjuksköterskor även deltagit i seminarium om våld i samband med arbetet. Fakta som ålder, utbildning, position och erfarenhet samlades in. Data insamlades med hjälp av intervjuer som varade mellan 30- till 90 minuter, inspelningarna transkriberades. Intervjuerna baserades på 4 frågor och uppnådde mättnad.	Resultatet visar att: <ul style="list-style-type: none"> • Kompetens och erfarenhet de viktigaste faktorerna för gott bemötande • Sjuksköterskans känslor som uppkommer vid mötet med våldutsatta kvinnor. • Sjuksköterskor upplevde sig inte vara tillräckligt utrustade för att bemöta våldutsatta kvinnor. • Brist på rutin, instruktioner och övervakning ledde till improviserade handlingar • Sjuksköterskor som själva 	Hög
Författare:	Hägglom, A., & Möller, A.				
Tidskrift:	Qualitative Health Reserarch				
Årtal:	2006				
Land:	Finland				

				upplevt våld och var där med extra utsatta.	
3)Titel:	Experiences of seeking help from health professionals in a sample of women who experienced domestic violence	Syftet med studien var att undersöka nuvarande och tidigare psykisk hälsa hos kvinnor som upplevt våld i hemmet och att beskriva deras erfarenheter av att söka hjälp från vårdpersonal	Semi- strukturerade intervjuer gjordes med 16 kvinnor som alla upplevt våld under de senaste 12 månaderna. Tio av dessa 16 utsattes för våld under dåvarande graviditet. De flesta kvinnorna utsattes av en partner men en av en nära familjemedlem. Intervjun var mellan två till tre timmar och var inspelade men kunde också skrivas ner om kvinnan hellre ville det. "Coding" användes för att strukturera intervjuerna, codin och re-coding gjordes tills uppgifterna nått mättnad.	Resultatet visar att: <ul style="list-style-type: none"> • Gav insikt omvåldutsatta kvinnors upplevelse av bemötande av läkare och annan vårdpersonal som arbetar på BVC och på akuten. • Mötet upplevdes för kort för att ta upp ämnet. Brist på kontinuitet i vården. • Kvinnor kände rädsla för att beslut skulle tas utan deras medgivande. • Få som sökte på akuten blev frågade om våld. De upplevde bristande sekretess då maken ofta var med vid frågor kring våld. 	Hög
Författare:	Bacchus, L., Mezey, G., & Bewley, S.				
Tidskrift:	Health and social care in the community				
Årtal:	2003				
Land:	Storbritannien				
4)Titel:	Victims' barriers to discussing domestic violence in clinical consultations: A qualitative enquiry	Denna studie syftade till att undersöka de hinder som kvinnor upplever vid vårdsökande.	Intervjuer gjordes med tio kvinnor som fått tillfälligt boende på kvinnojour. Alla intervjuer var inspelade och utförda av samma person. Kvinnorna fick frågor om hur de hade upplevt att söka hjälp och deras erfarenhet av vårdpersonaens bemötande. Audio-inspelade intervjuerna transkriberades ordagrant, kodat försteförfattare all data. Ett slumpmässigt urval av data kodades och kontrollerades.	Resultatet visar att: <ul style="list-style-type: none"> • Största orsaken till att inte söka vård var tron om att våld mellan partner är parets ensak. • Kvinnor var rädda att dra skam över familjen • Kvinnor tog på sig skulden för våld. • Kvinnor som var uppväxta med våld ansåg det därför normalt. • Kvinnorna var övertygade om att våldet skulle upphöra med tiden. 	Hög
Författare:	Othman, S., Goddard, C., & Piterman, L.				
Tidskrift:	Journal of interpersonal violence				
Årtal:	2014				
Land:	Malaysia				
5)Titel:	Health care interventions for intimate partner	Syftet var att beskriva vad kvinnor vill ha för interventioner från hälso- och sjukvården och för att	Studien är kvalitativ och har använt sig av individuella semistrukturerade intervjuer, pil-sortering och grounded	Resultatet visar att: <ul style="list-style-type: none"> • Informationsinsatser som 	Hög

<p>Författare:</p> <p>Chang, J. C., Cluss, P. A., Ranieri, L., Hawker, L., Buranosky, R., Dado, D., . . . Scholle, S.H.</p> <p>Tidskrift:</p> <p>Women´s health issues</p> <p>Årtal:</p> <p>2005</p> <p>Land:</p> <p>America</p>	<p>violence: What women want</p> <p>förstå varför vissa ingrepp ansågs mer användbara eller mindre användbara.</p>	<p>theory för att samla in och analysera data. Intervjuerna varade i 30-90 minuter och samlades in från 21st kvinnor som ombads att berätta om deras erfarenheter kring interventioner som erbjudits inom hälso- och sjukvården. Under intervjun fick kvinnorna, enligt pil-sortering, betygsätta föreslagna interventioner för att ta reda på om en intervention ansågs vara aktuell. Samtalen pågick under 30-90 minuter och bandinspelades. En inklusionskriterie var att kvinnorna skulle ha utsatts för fysisk, psykiskt eller sexuellt våld från en nära relationer någon gång under sin livstid. Kvinnornas ålder varierade mellan 22-62 år med en medianålder på 44.2 år.</p>	<p>tillät anonymitet upplevdes positivt.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Rådgivning från hälso- och sjukvården upplevdes positivt om vårdpersonalen gav rådgivning ur ett informativt syfte. • Inventioner som var negativa var de som riskerade att utmana säkerheten och sekretessen och hos deltagarna. 	
<p>6)Titel:</p> <p>Increasing identification of domestic violence in emegency departments: A collaborative contribution to increasing the quality of practice of emergency nurses</p> <p>Författare:</p> <p>Bournnell, M., & Prosser, S.</p> <p>Tidskrift:</p> <p>Contemporat Nurse</p> <p>Årtal:</p> <p>2010</p> <p>Land:</p> <p>Australien</p>	<p>Syftet med projektet var att förbättra personalens medvetenhet om våld i hemmet och uppmuntra praktisk utveckling för sjuksköterskor på akuten samt att öka sjuksköterskors förmåga att identifiera kvinnor och barn vars symtom kan vara relaterade till dessa frågor.</p>	<p>Sjuksköterskor fick träning för att identifiera och hantera våld i nära relationer. Personalen fick åtta tränings tillfällen som varade 45-60 min. De fick också ett verktyg, "en karta" för att lättare upptäcka våldutsatta kvinnor. Ett base-line test gjordes för självrapporterande kunskapsnivå angående deras ansvar som vårdpersonal att identifiera och reagera på våld i nära relationer. Samma test gjordes en månad senare samt 6 månader senare. Verktöget tillät deltagarna att betygsätta känslor/upplevelser av sina kunskaper i förhållande till våld. Deltagarna var 49 stycken från början, 22 deltog efter en månad och 19 efter sex månader. Bortfall förklaras med att personal sa upp sig m.m. Ytterligare uppgifter samlades in från fokusgrupp och filrevisjoner som analyserades med hjälp av tematisk diskursanalys.</p>	<p>Resultatet visar att:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Effekten av träning till vårdpersonal för att öka kunskap och erbjuda hjälp till våldutsatta kvinnor var positiv. • Gav bättre bemötande och vård. 	<p>Medel</p>
<p>7)Titel:</p> <p>Emergency nurses' experiences of caring for survivors intimate partner violence</p> <p>Författare:</p>	<p>Syftet var att rapportera en studie av akut-sjuksköterskors upplevelser av att ta hand om överlevande av våld i parrelationer.</p>	<p>En beskrivande fenomenologisk undersökning grundad i Husserlians filosofi användes. De fenomenologiska minskningarna tillämpades i hela datainsamlingen och analysen. Under 2010 har konkreta beskrivningar erhållits från intervjuer med 11 sjuksköterskor som arbetade inom akut enheter av två offentliga sjukhus i</p>	<p>Resultatet visar att:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Sjuksköterskans emotionella börda av att möta våldutsatta kvinnor. • Tidigare erfarenhet av våld 	<p>Hög</p>

<p>Tidskrift:</p> <p>Årtal:</p> <p>Land:</p>	<p>van der Wath, A., van Wyk, N., & Janse van Rensburg, E.</p> <p>Journal of advanced nursing</p> <p>2013</p> <p>Syd Afrika</p>		<p>Sydafrika. För att få fram en beskrivning av det väsentliga analyserades data genom att söka efter upplevelsen av att ge vård och omsorg till överlevande av våld i parrelationer. Ålder var 25-50. Två var manliga sjuksköterskor. Intervjuer som var inspelade varade mellan 45-70 minuter.</p>	<p>(både inom arbetet och privat) kan väcka negativa känslor i möten med våldutsatta kvinnor.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Många sjuksköterskor upplevde mer stress och oro i samband med dessa situationer. • För att orka tvingas sjuksköterskor att trycka undan känslorna och upplever sig istället känsloloka. 	
<p>8)Titel:</p> <p>Författare:</p> <p>Tidskrift:</p> <p>Årtal:</p> <p>Land:</p>	<p>Universal screening for domestic violence in a department of obstetrics and gynaecology: a patient and carer perspective</p> <p>Ben Natan, M., Ben Ari, G., Bader, T., & Hallak, M.</p> <p>International Nursing Review</p> <p>2011</p> <p>Israel</p>	<p>Denna studie syftar till att undersöka effekten av kunskap och rutiner på avdelning samt attityder hos läkare och sjuksköterskor utifrån identifiering av kvinnor som utsatts för våld i hemmet, liksom patienternas attityder/upplevelse kring screeningprocessen. Studien undersöker också patienternas attityder till screeningprocessen</p>	<p>Denna tvärsnittsstudie undersökte effekten av nivån av kunskap, avdelnings rutin, och attityder hos 133 läkare och sjuksköterskor. Data insamlades genom frågeformulär och intervjuer med fokus på screening av kvinnor som utsatts för våld. Slumpmässiga provtagningar gjordes för att rekrytera 100 före detta kvinnliga patienter. Dessa kvinnor hade varit inskrivna på sjukhus. Från början var de 5301 kvinnor. Utav dem valdes 150 som kontaktades men endast 100 av dem valde att vara med. All data försäkrades vara anonym.</p>	<p>Resultatet visar att:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Mycket få kvinnor hade blivit tillfrågade om våld (screening) • De flesta kvinnor var positiva till screening och såg de som en nödvändig åtgärd. • Få vårdpersonal upplevde att de fått utbildning inom området. • Stora skillnader i attityd kring våld visade sig mellan läkare och sjuksköterskor där med också i hantering kring våldutsatta kvinnor. 	Hög
<p>9) Titel</p> <p>Författare:</p>	<p>Assessing intimate partner violence in health care settings leads to women's receipt of interventions and improved health</p> <p>McCloskey, L. A.,</p>	<p>Syftet med studien var att kartlägga flera viktiga delar av interventioner med hjälp av tre hypoteser. 1) Om att kvinnor är mer benägna att använda en intervention efter att de informerats av vårdpersonal. 2) Om de kvinnor, som fått hjälp genom interventioner, är mer benägna att lämna den våldutsatta relationen. 3) Om kvinnor som valt att lämna relationen har bättre hälsa än de kvinnor som lever kvar i en våldutsatt relation.</p>	<p>Studien är en mixmetod av kvalitativ och kvantitativ forskning. Resultatet har samlats in med hjälp av intervjuer och enkäter. Intervjuerna varade i två timmar och samlades in från 132 kvinnor som varit utsatta för våld från en manlig partner de senaste 12 månaderna. Kvinnorna rekryterades genom enkätundersökning från olika mottagningar i Boston samt genom affischer som placerats ut på härberge för kvinnor och på sjukhus.</p>	<p>Resultatet visar att:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Information och diskussion kring partnervåld med vårdpersonal är relaterat till kvinnors användning dra nytta av interventioner ex advokat. • Kvinnor som får 	Hög

Tidskrift:	Lichter, E., Williams, C., Gerber, M., Wittenberg, E. and Ganz, M.			<p>interventioner är mer benägna att lämna sin partner.</p> <ul style="list-style-type: none"> • En avslutad våldutsatt relation är relaterat till bättre hälsa 	
Årtal:	Public Health Reports				
Land:	2006				
	Amerika				
10) Titel	Health professionals' beliefs about domestic abuse and the issue of disclosure: A critical incident technique study	<p>Syftet var att utforska förhållandet mellan vårdpersonalens föreställningar om våld i hemmet och våldutsatta kvinnor.</p> <p>Utifrån dessa frågor:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Vad är vårdpersonal föreställningar om orsaken till våld och konsekvenser av våld i hemmet. - Hur kan vårdpersonalens föreställningar om våld forma handlingar och bemötande mot kvinnor som utsatts för våld. - Vad är synen på kvinnor som utsatts för våld och personalens syn på avslöjande av våld i nära relationer. 	<p>Metoden utfördes i två faser. Första var intervjuer med vårdpersonal och den andra faser var fokusgrupp med kvinnor som utsatts för våld i nära relationer. Individuella intervjuer gjordes med vårdpersonal för att fånga om deras erfarenheter. Delar av det materialet användes och togs med i fokusgruppen. "Critical incident technique" användes i förhören med vårdpersonalen, alla intervjuer spelades in och transkripterades.</p> <p><u>FAS 1.</u> 29 deltagare var med, från olika yrkesgrupper (barnmorskor, sjuksköterskor och allmänläkare.) Sammanlagt var dessa 29 med om 101 incident där våld var inblandat. Intervjuerna gjordes utifrån frågor som sedan jämfördes med andra med tanke på olika yrkesgrupper.</p> <p><u>FAS 2.</u> 14 kvinnor deltog, de delades upp i tre grupper. Två av grupperna hade endast vita kvinnor en hade endast asiatiska kvinnor. Genom diskussioner i fokusgrupper kunde kvinnorna diskutera öppet om vårdpersonalens bemötande.</p>	<p>Resultatet visar att:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Kvinnor och vårdpersonal har inte alltid samma uppfattning gällande våld, konsekvenser, bemötande och avslöjande av våld. • Bemötande påverkas utifrån vilken förutfattad mening personalen har om våld i nära relationer. • Personalen har en större påverkan känslomässigt än vad kvinnor kan förstå vilket ger en förvrängd bild av bemötande av vårdpersonalen. • De var skillnader i bemötande beroende på yrkesgrupp. 	Hög
Författare:	Taylor, J., Bradbury-Jones, C., Kroll, T., Duncan, F.				
Tidskrift:	Health and social care				
Årtal:	2013				
Land:	Storbritannien/ Skottland				
11)Titel	Improving patient care. "You're not a victim of domestic violence, are you?" Provider-patient communication about domestic violence	<p>Syftet var att beskriva kommunikationen mellan vårdpersonal på akutenhet och kvinnliga patienter som utsatts för våld.</p>	<p>Utav 871 inspelningar fanns 293 där screening av våld i nära relation gjorts. En randomiserad, kontrollerad studie genomfördes av ett självadministrerat datorbaserat verktyg för hälsoriskbedömning, vilket genererade hälsorekommendationer för patienter och uppmärksammade läkare på en mängd potentiella hälsorisker, inklusive våld i hemmet. Studien gjordes på två olika ställen, en vårdcentral och ett sjukhus. Deltagande kvinnor var mellan 18-65 år och godkände alla villkor för studien. Deltagande vårdpersonal var 40 läkare och fyra sjuksköterskor.</p>	<p>Resultatet visar att:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Det har betydelse hur frågan om våld ställs med hjälp av screening. • Screening är en bra metod men behöver optimeras. • Empati och lyhördhet var viktigt för möjligt avslöjande. • Träning med hjälp av 	Hög
Författare:	Rhodes, K., Frankel, R., Levinthal, N., Prenoveau,				

<p>Tidskrift:</p> <p>Årtal:</p> <p>Land:</p>	<p>E., Bailey, J., Levinson, W.</p> <p>Annals of Internal Medicine</p> <p>2007</p> <p>USA</p>		<p>Innan starten av datainsamling, fick vårdpersonalen en timmes föreläsning, en 30-minuters video, bruksanvisning om att bedöma säkerheten, övning i att dokumentera och ge remisser relaterade till våld i hemmet.</p>	<p>rollspel resulterade i bättre bemötande och gav mer kunskap i att hjälpa våldutsatta kvinnor.</p>	
--	---	--	--	--	--

