



SAHLGRENSKA AKADEMIN
INSTITUTIONEN FÖR VÅRDVETENSKAP OCH HÄLSA

I MÖTET MED VÅLDSUTSATT PATIENTER

En kartläggning av strategier för vårdpersonal för
identifiering av kvinnor i våldsamma nära relationer

Emilia Asp och Susanna Ernvik

Examensarbete:	15 hp
Program och kurs:	Sjuksköterskeprogrammet, OM5250
Nivå:	Grundnivå
Termin/år:	Vårterminen/2017
Handledare:	Hilda Svensson
Examinator:	Angela Bång
	Institutionen för Vårdvetenskap och hälsa

Förord

Ett varmt tack riktas till Hilda Svensson vars handledning har varit ett stort stöd under dessa utmanande men utvecklande veckor. Hildas engagemang och kunskap har hjälpt oss i utformningen av litteraturstudien och i processen. Vi vill även tacka bibliotekarierna på Sahlgrenska akademins universitetsbibliotek för expertis vid sökning i databaser och ett fortsatt visat intresse under arbetets gång.

In order to understand

“Build
a bridge
of trust and caring
of openness and sharing

Listen to the words
listen to the silence
listen to the story
of the other

Join
in the dance
of a dialogue“

Sigríður Halldórsdóttir

Titel (svensk)	I mötet med våldsutsatta patienter - En kartläggning av strategier för vårdpersonal för identifieringen av kvinnor i våldsamma nära relationer
Titel (engelsk)	In the meeting with abused patients – A survey of strategies for health professionals in the identification of women in abusive intimate relationships
Examensarbete:	15 hp
Program och kurs:	Sjuksköterskeprogrammet, OM5250
Nivå:	Grundnivå
Termin/år:	Vårterminen/2017
Författare	Emilia Asp och Susanna Ernvik
Handledare:	Hilda Svensson
Examinator:	Angela Bång

Sammanfattning

Bakgrund. Våld mot kvinnor i nära relationer är en problematik som skapar konsekvenser på såväl individ- som samhällsnivå. Kvinnorna löper ökad risk för en rad allvarliga fysiska och psykiska konsekvenser till följd av våldsutsattheten, vilket i sin tur ökar kraven på sjukvård och samhällsresurser. Vårdens arbete med våldsutsatta kvinnor styrs av nationella lagar men påverkas också av många andra faktorer och barriärer. Identifieringen av dessa kvinnor bör vara en central del i vårdpersonalens arbete för att kvinnorna ska få den hjälp och det stöd de behöver. *Syfte.* Syftet med arbetet var att kartlägga vilka strategier som finns för vårdpersonal för identifiering av kvinnor i våldsamma nära relationer. *Metod.* Modellen för arbetet var en litteraturstudie och databaserna *PubMed* och *CINAHL* användes för sökning av artiklar. Elva artiklar granskades och inkluderades, varav två använde kvalitativ metod, tre kvantitativ metod och sex mixad metod. *Resultat.* Strategierna presenteras i fyra huvudteman respektive elva subteman: 1. förutsättningar; utbildning, träning och kunskap, organisationsnivå, multidisciplinärt samarbete och implementering av program/metod, 2. personcentrering; relation, egen tid med patienten och patientinformation, 3. vårdpersonalens egenskaper; erfarenhet och personliga faktorer, 4. screening; screeningmetoder och -verktyg. *Slutsats.* Det finns ett flertal strategier som möjliggör identifiering av våldsutsatta kvinnor. Implementering och tillämpning av dessa kan stödja vårdpersonalen, vilket sannolikt skulle kunna öka antalet identifierade kvinnor.

Nyckelord: Våld i nära relationer, vårdpersonal, identifiering, screening, strategier, kvinnor, personcentrering

Innehållsförteckning

Inledning.....	1
Bakgrund	1
Definitioner av begrepp	1
Bakomliggande orsaker	2
Individuella konsekvenser	2
Mötet med vården	3
Styrande lagar	3
Barriärer för identifieringen.....	4
Sigrídur Halldórsdóttírs teori om omvårdnad.....	5
Bron: professionell omvårdnad.....	5
Väggen: bristfällig professionell omvårdnad.....	5
Mottagare av omvårdnad	6
Problemformulering	6
Syfte	6
Forskningsfrågor.....	6
Metod	6
Vald metod	6
Urval	7
Sökprocess	7
Datamaterial.....	8
Kvalitetsgranskning	8
Dataanalys	9
Etiskt ställningstagande	9
Resultat.....	10
Inkluderade artiklar.....	10
Sammanfattning av artiklar	10
Förutsättningar.....	13
Utbildning, träning och kunskap.....	13
Organisationsnivå	14
Multidisciplinärt samarbete	15
Implementering av program/metod.....	15
Personcentrering	15
Relation	15
Egen tid med patienten.....	15

Patientinformation.....	15
Vårdpersonalens egenskaper	16
Personliga faktorer	16
Erfarenhet.....	16
Screening	16
Screeningmetoder	17
Självrapportering	17
Personligt möte.....	17
Screeningverktyg	17
WAST.....	17
CAS	17
Diskussion	18
Metoddiskussion.....	18
Resultatdiskussion	19
Slutsats	22
Implikationer för klinisk omvårdnad.....	22
Vidare forskning.....	23
Referenslista	24
Bilaga 1	
Bilaga 2	
Bilaga 3	
Bilaga 4	

Inledning

Våld kan förekomma i alla typer av relationer och förhållanden, där såväl män som kvinnor kan vara offer eller förövare. I nära relationer är det dock vanligare att män utsätter kvinnor för våld (Bradbury-Jones, Taylor, Kroll & Duncan, 2014 & Socialstyrelsen, 2016). Våld riktat mot män utförs ofta av en okänd gärningsman på allmän plats till skillnad från när kvinnor är våldsoffer, då det oftare handlar om en känd gärningsman som brukar våld i bekanta miljöer, t.ex. i hemmet eller på arbetsplatsen. Det är även vanligare att kvinnor utsätts för grövre våld. En svensk undersökning visar att det är tio gånger mer troligt att kvinnor som utsatts för partnervåld söker vård på grund av sina skador jämfört med män (Socialstyrelsen, 2016). En tredjedel av Europas kvinnor utsätts någon gång under sitt liv för våld i nära relationer (FRA – European Union Agency for Fundamental Rights, 2014 & Tan, O’Doherty & Hegarty, 2012). Detta är inte enbart ett brott mot FN:s deklaration om mänskliga rättigheter, utan även ett omfattande hälsoproblem som påtagligt påverkar kvinnors möjlighet att vara aktiv i samhället. Våld mot kvinnor är således ett hot mot den jämställdhet som det svenska samhället strävar mot (Socialstyrelsen, 2016).

Den generella förväntningen om att vårdpersonal besitter kunskap och har möjlighet att hantera olika situationer inom hälso- och sjukvården kan anses problematisk. Utbildningen kring våld i nära relationer upplevs bristande i sjuksköterskeutbildningen, vilket leder till svårigheter i att uppfylla dessa förväntningar. För att lyfta detta viktiga ämne och belysa vikten av en god kunskapsgrund för sjuksköterskan valdes detta forskningsområde.

Bakgrund

Förekomsten av våld mot kvinnor i nära relationer ser olika ut i världens länder. Det kan även skilja sig mellan olika regioner inom ett land eller t.o.m. mellan stadsdelar i samma stad (Heise & Kotsadam, 2015). WHO genomförde en kartläggning om förekomsten av våld mot kvinnor i tio av världens länder (2009) och kunde visa på att mellan 15–71 % av den kvinnliga populationen någon gång under sitt liv utsatts för våld (Bradbury-Jones et al., 2014). Förekomsten av sexuellt och fysiskt våld mot kvinnor efter 15 års ålder, i europeiska länder såsom Sverige, Tyskland, Ungern, Storbritannien, Frankrike och Bulgarien ligger mellan 20–29 % medan länder som Finland, Lettland och Danmark ligger runt 30–39 %. Irland, Polen, Grekland, Portugal och Italien ligger lägst på 10–19 %. En generellt markant ökning kan ses i alla länder då även förekomsten av psykiskt våld räknas in (FRA – European Union Agency for Fundamental Rights, 2014).

Definitioner av begrepp

Våld mot kvinnor delas ofta in i tre kategorier: fysiskt-, psykiskt- och sexuellt våld. Dessa olika kategorier innefattar olika benämningar av våld och en våldsamt relation kan ofta innefatta en kombination av flera (Socialstyrelsen, 2016).

Fysiskt våld kan innebära knuffar, slag, fysiskt begränsande handlingar, kvävning eller strypningsförsök, knivvåld eller brännskador men också dråp eller dråpförsök (FRA – European Union Agency for Fundamental Rights, 2014; Ramsay, Rutterford, Gregory, Dunne, Eldridge, Sharp & Feder, 2012 & Socialstyrelsen, 2016).

Psykiskt våld kan exempelvis innefatta kontrollerande beteende, förtryck, utpressning, förminskning, svartsjuka och skrämning (FRA – European Union Agency for Fundamental Rights, 2014 & Socialstyrelsen, 2016). Även känslomässigt kränkande beteende såsom hindrande till kontakt med familj och vänner, hot och förödmjukelse är exempel på psykiskt våld (Ramsay et al., 2012 & Socialstyrelsen, 2016). Finansiella begränsningar tas även upp som en möjlig separat indelning där arbete utanför hemmet förhindras, inkomst konfiskeras eller tillgång till pengar begränsas (Bradbury-Jones et al., 2014; Ramsay et al., 2012 & Socialstyrelsen, 2016).

Sexuellt våld omfattar våldtäkt, försök till våldtäkt, sexuella trakasserier i form av oönskad beröring, sexuella anspelningar, påträngande kommentarer om utseende, blottning, oönskat mottagande av sexuella bilder och meddelanden men också kränkande närmanden på internet (FRA – European Union Agency for Fundamental Rights, 2014 & Socialstyrelsen, 2016).

Den som brukar våld kan vara t.ex. en nuvarande eller tidigare partner, bekant, släkting, chef eller kollega (FRA – European Union Agency for Fundamental Rights, 2014). Socialstyrelsen (2016) förklarar begreppet närstående som någon som den utsatta har eller har haft en förtroendefull relation till, men de lägger även vikt vid att definitionen skiljer sig från fall till fall.

Bakomliggande orsaker

Orsaken till våld mot kvinnor i nära relationer är mångfacetterat. Ett perspektiv kan kopplas till djupt rotade samhälleliga könsrelaterade normer och hierarkiska system som formar relationen mellan män och kvinnor (Heise et al., 2015). Det kan även ses ur ett samhällsperspektiv; med koppling till socioekonomiska påverkansfaktorer, socialpsykologiskt perspektiv; med relationer i fokus, eller ur ett individualpsykologiskt perspektiv; med grunden i individuella faktorer. Våldets ursprung skulle också kunna förklaras med hierarkiska föreställningar om sexualitet, klass, nationalitet, ålder, maktordningar, känsla av förtryck eller utanförskap som präglar människors tillvaro. Det kan således finnas många olika bakomliggande aspekter som bör tas i beaktande för att försöka förstå våldets natur utifrån en helhetsbild (Socialstyrelsen, 2016).

Individuella konsekvenser

Våld i nära relationer kan få allvarliga konsekvenser för kvinnan i form av bl.a. psykisk ohälsa med ökad risk för posttraumatisk stress, ångest, depression, suicidalitet och missbruksbeteende (Iverson, Huang, Wells, Wright, Gerber & Wiltsey-Stirman, 2014; Ramsay et al., 2012 & Örmon, Sunnqvist, Bahtsevani & Levander, 2016). Det kan leda till fysiska konsekvenser i form av skador på muskulatur, skelett samt gastrointestinala funktioner eller för reproduktiv hälsa, i och med risken att vid sexuellt våld smittas av sexuellt överförbara infektioner (Dichter, Wagner, Goldberg & Iverson, 2015). Kvinnor som utsatts för våld föreligger en större risk för att utveckla kroniska smärttillstånd, hjärtsjukdomar och neurologiska symtom jämfört med de som inte utsätts (Ramsay et al., 2012).

Känslomässiga reaktioner, såsom chock, känslor av skam, rädsla, sårbarhet och minskat självförtroende, är vanliga i samband med våld i nära relationer. Rädsla för hot om att utsättas för övergrepp kan leda till att kvinnor generellt begränsas i sin frihet, då de undviker vissa situationer eller platser. Detta blir ännu tydligare bland gruppen av kvinnor som har erfarenhet

av våld i nära relationer (FRA – Europeiska unionens byrå för grundläggande rättigheter, 2014).

Att bli utsatt för våld, oavsett form, kan ge allvarliga socioekonomiska konsekvenser för kvinnan genom bl.a. isolering, arbetslöshet, problematisk boendesituation, sjukskrivning eller ekonomiska problem. Våld i nära relationer kan således även klassas som ett folkhälsoproblem (Socialstyrelsen, 2016).

Mötet med vården

En sammanställning av litteratur visar på att förekomsten av våldsutsatta kvinnor är högre inom psykiatri-, gynekologi- och förlossningsvård i jämförelse med andra inriktningar inom slutenvård och primär- och kommunal vård (Örmon, Torstensson-Levander, Sunnqvist & Bahtsevani, 2014). Socialstyrelsen (2016) menar att alla sjukvårdens områden ska ha möjlighet och förutsättningar för att identifiera våld i nära relationer men att arbetet är särskilt aktuellt inom akutmottagningar, primärvård, barn-, ungdom- och vuxenpsykiatri, missbruks- och beroendevård, kvinnohälsovård, elevhälsan, ungdomsmottagningar samt geriatrisk vård.

Kvinnor som utsatts för våld berättar sällan om sin situation spontant utan att blivit tillfrågade (Ramsay et al., 2012). I många fall indoktrineras de som utsatts till att normalisera det våldsamma beteendet och förklarar sina symtom med en stressig eller otillfredsställande livssituation (Socialstyrelsen, 2016). Sjukvården har således en central roll i identifiering och screening av våldsutsatta kvinnor. Det är viktigt att i mötet med kvinnor kunna upptäcka risker för och tecken på övergrepp utan att vara dömande eller fördomsfull (Ramsay et al., 2012). För att kunna fylla denna centrala funktion krävs att vårdpersonal känner sig trygga i den professionella rollen och använder adekvata verktyg och screeningmetoder (Dichter et al., 2015). Det krävs också att vårdpersonalen känner sig förberedd, besitter tillräcklig och relevant kunskap samt har förmåga att hantera situationen om patienten skulle uppge att hon är utsatt för våld (Nyame, Howard, Feder & Trevillion, 2013). Organisatoriska förutsättningar såsom möjlighet till träning samt att få tillräcklig tid för varje patientbesök och arbetsuppgift blir därför avgörande (Ramsay et al., 2012).

Styrande lagar

I Europa finns det ett flertal gemensamma lagar och konventioner som ska fungera vägledande i det våldsbekämpande arbetet. Sedan 2014 följer Sverige *Istanbulkonventionen* som skapats för att bekämpa våld mot kvinnor och våld i hemmet. Konventionen omfattar bl.a. föreskrifter om våldsutsattas rätt till stödinsatser men också samhällsliga förebyggande funktioner (Socialstyrelsen, 2016).

Den svenska sjukvårdens ansvar i arbetet med våldsutsatta kvinnor styrs också av nationella lagar och författningar. Vårdgivaren har ansvar att fastställa och säkerställa rutiner för att utveckla och säkra kvaliteten i arbetet med människor som utsatts eller bevittnat våld (SOSFS 2014:4 8 kap. 1§). Socialstyrelsen tydliggör också vårdgivarens ansvar att möjliggöra samordningen mellan olika berörda verksamheter, myndigheter och organisationer, samtidigt som den våldsutsatta patientens behov av säkerhet och trygghet ska beaktas (SOSFS 2014:4 8 kap. 4§).

Vid misstanke om våldsutsatthet från en närstående har vårdpersonalen ansvar att, i enrum, fråga patienten om våld förekommer eller har förekommit i relationen. Personalen ska

undersöka om det finns barn i familjen och om så göra en anmälan till socialtjänsten enligt 14 kap. 1§ i Socialtjänstlagen (2001:453). Vårdpersonalen äger också ansvaret att ge information om patientens möjlighet till vård och stöd, från t.ex. socialtjänsten och frivilligorganisationer. Personalen bör även uppmärksamma och beakta patientens eventuella behov av vård till följd av såväl fysiskt som psykiskt våld, vilket ska dokumenteras i patientjournalen (SOSFS 2014:48 kap. 6§). Enligt patientlagen ska patientens önskemål och behov av kontinuitet, trygghet och säkerhet tillgodoses, exempelvis genom att en fast vårdkontakt utses (SFS 2014:821 6 kap. 1–2§). Inom hälso- och sjukvården föreligger sekretess för att skydda patienternas personliga uppgifter (SFS 2009:400). Enligt offentlighets- och sekretesslagen tillåts dock att vårdpersonal i undantagsfall får vidarebefordra uppgifter till en annan myndighet inom hälso- och sjukvård eller socialtjänst för att säkerställa god vård och omsorg (SFS 2009:400 26 kap. 1§).

Barriärer för identifieringen

En faktor som kan leda till att vårdpersonal inte lyckas identifiera våldsutsatta kvinnor kan vara frånvaro av rutinmässig screening eller vedertagna screeningverktyg. Det kan också handla om begränsande faktorer såsom tidsbrist, kunskapsbrist, bristande träning, rädsla för patientens respons samt närvaro av en tredje part, vilket kan vara avgörande i uppbyggandet av en förtroendefull relation mellan vårdpersonal och patient (Dichter et al., 2015 & Husso, Virkki, Notko, Holma, Laitila & Mäntysaari, 2012). Bristande motivation hos vårdpersonal, rädsla inför att starta en kedjereaktion av känslor hos patienten eller bristande självförtroende att kunna hantera situationen, kan vara andra anledningar till varför personalen undviker screening (Bradbury-Jones et al., 2014). Ytterligare hindrande faktorer som kan påverka identifieringen är att de symtom och tecken på att kvinnan blivit utsatt för våld kan vara diffusa och svårtolkade (Socialstyrelsen, 2016).

Enligt en studie av Nyame et al. (2013) där kunskap och attityd mot identifiering av partnervåld bland psykiatrisk vårdpersonal undersöktes, svarade endast 15 % att de rutinmässigt tillfrågade alla nya patienter om våldsutsatthet. Mer än hälften av sjuksköterskorna och läkarna som deltog i studien uppgav att de inte hade tillräcklig kunskap om den efterföljande processen efter identifiering av en patient som utsatts för partnervåld. Husso et al. (2012) menar att vårdpersonalen bl.a. upplever bristande kunskap om vilken yrkeskategori som bär det slutgiltiga ansvaret för identifieringen och uppföljningen, vilket leder till att de undviker att konfrontera patienten. Ramsay et al. (2012) menar att 90 % av sjuksköterskorna och läkarna inom primärvården i England har bristande kunskap kring vilka riktlinjer för identifikation och hantering av våld i nära relationer som finns på kliniken.

I många fall krävs det kontinuitet för att skapa en förtroendefull relation, där patienten känner sig trygg nog att berätta om eventuella erfarenheter av våld. Tidsbrist kan således hindra upptäckandet av våld, framförallt om vårdpersonal undviker att fråga på grund av stress och upplevd tidsbrist (Dichter et al., 2015 & Husso et al., 2012).

Vårdpersonals kunskap och förmåga till god kommunikation påverkar patientens känsla av trygghet, därmed interaktionen mellan patienten och personal. Bristande förmåga att aktivt lyssna, involvera patienten i beslut kring vården, förklara komplikationer eller hur behandlingar går till är faktorer som negativt påverkar interaktionen och samspelet, och minskar därmed möjligheten till identifikation (Tan et al., 2012).

Patientens upplevelse av ett bristande genuint intresse, fördomar eller negativ attityd från vårdpersonal kan bidra till att de väljer att inte berätta om sin våldsutsatthet (Tan et al., 2012). Ett fördomsfullt bemötande kan skapa förnekelse och otrygghet, som tillsammans med bristande möjlighet till avskildhet och integritet kan bli avgörande för identifieringen (Dichter et al., 2015 & Örmon et. al, 2016). Att vårdpersonal förminskar problemet eller kanske till och med anklagar kvinnan själv för att bära ansvaret för våldet kan göra att hon fortsatt undviker att söka hjälp och stöd av vården (Evans & Feder, 2016 & Örmon et al., 2014).

Sigríður Halldórsdóttírs teori om omvårdnad

Sigríður Halldórsdóttír är sjuksköterska, medicine doktor och yrkesverksam vid Akureyri universitetet på Island. Under 90-talet bedrev hon forskning kring patienters och sjuksköterskors upplevelser och erfarenheter av omvårdnad inom mödravård och onkologi, vilket genererade omvårdnadsteorin ”caring and uncaring encounters in nursing and health care” (Halldórsdóttír, 1996). I denna litteraturstudie benämns ”caring” och ”uncaring” som professionell respektive bristfällig professionell omvårdnad.

Teorin bygger på två metaforer; bron och väggen, där mötet mellan patienten och sjuksköterskan står i fokus. Halldórsdóttír (1996) menar att sjuksköterskans professionella omvårdnad, eller bristen på professionell omvårdnad, kan leda till känslor av egenmakt respektive missmod hos patienten.

Bron: professionell omvårdnad

Bron symboliserar en öppen kommunikationsväg mellan sjuksköterska och patient som i ett balanserat möte utvecklas till en professionell intimitet samtidigt som en professionell distans bibehålls (Halldórsdóttír, 1996).

Patientens välbefinnande främjas när sjuksköterskan framträder som kompetent och med intresse för patientens hälsa och välbefinnande. En god kompetens präglas av förmågan att skapa kontakt, stärka patientens egenmakt, ge adekvat undervisning samt utföra professionell omvårdnad med hänsyn till patientens integritet. Professionell omvårdnad innebär öppenhet, lyhördhet, genuint intresse för patienten tillsammans med respekt, ansvar, engagemang i en närvarande dialog. En kombination av sjuksköterskans kompetens och professionella omsorg kan då resultera i ett gott vårdande möte mellan patient och sjuksköterska, där patienten kan tala öppet om upplevelser, erfarenheter och känslor vilket gör att bron stärks (Halldórsdóttír, 1996).

Väggen: bristfällig professionell omvårdnad

Väggen symboliserar en bristfällig samhörighet mellan patient och sjuksköterska till följd av negativ eller utebliven kommunikation. När sjuksköterskans omvårdnad uppfattas som bristfällig blir mötet mellan patient och sjuksköterska ogynnsamt. Patienten kan uppfatta sjuksköterskans omvårdnad och kompetens som bristfällig då denne inte förmår att kommunicera effektivt, är initiativlös, brister i sin respekt för patienten och dennes behov samt förbiser patientens integritet i genomförandet av omvårdnadsmoment. Patientens bristande tillit till sjuksköterskans kompetens kan leda till ett ömsesidigt undvikande och väggen mellan dem blir mer framträdande. Den metaforiska väggen kan anta olika former med varierande betydelse beroende på hur det professionella vårdandet upplevs. Väggen hindrar patienten att tala öppet om upplevelser, tankar och önskningsar, vilket kan leda till att viktig information förblir outtalad (Halldórsdóttír, 1996).

Mottagare av omvårdnad

Patienten är mottagare av omvårdnad, oavsett om den upplevs bristfällig eller tillfredsställande, och utgör således en central del av Halldórsdóttírs teori (Halldórsdóttír, 1996). Tillfredsställande omvårdnad kan leda till att patienter i högre grad upplever fysiskt, psykiskt, spirituellt, socialt och samhälleligt stöd. Ett samband ses därmed mellan den professionella omvårdnaden och patientens hälsa (Bailey, 2011). Patientrollen är ofta associerad med ökad känslighet och sårbarhet, vilket i kombination med patientens inre och yttre sammanhang kan påverka hur omvårdnaden mottas. Det inre sammanhanget innefattar patientens upplevda behov, förväntningar, erfarenheter och självuppfattning medan det yttre sammanhanget relaterar till sjukhusmiljö, personalrotation, vårdpersonals attityd samt institutionens rutiner. Dessa sammanhang kan påverka patientens upplevelse av omvårdnadens kvalitet (Halldórsdóttír, 1996).

Problemformulering

Våld mot kvinnor i nära relationer är en problematik som skapar konsekvenser på såväl individ- som samhällsnivå. Kvinnorna löper ökad risk för en rad allvarliga fysiska och psykiska konsekvenser till följd av våldsutsattheten, vilket i sin tur ökar kraven på sjukvård och samhällsresurser. Det är därför viktigt att de, trots befintliga barriärer, identifieras och får den hjälp och det stöd de behöver. Identifieringen av våldsutsatta kvinnor är relevant inom vårdens samtliga områden och bör således vara ett prioriterat fokus i vårdpersonalens arbete.

Syfte

Syftet med studien var att kartlägga vilka strategier som finns för vårdpersonal för identifiering av kvinnor i våldsamma nära relationer.

Forskningsfrågor

- Vilka barriärer finns för användandet av strategier?
- Vad krävs för att vårdpersonalen ska identifiera utsatta kvinnor?
- Vad behövs för att strategierna ska kunna användas?

Metod

Vald metod

För att kartlägga kunskapsläget inom ett specifikt forskningsområde kan en systematisk litteraturstudie genomföras, vilket innebär en metodisk sökning i två eller flera databaser med efterföljande analys av de vetenskapliga artiklarna inom valt område (Segesten, 2012). Denna metod användes då syftet var att kartlägga vilka strategier som finns för vårdpersonal för identifiering av kvinnor i våldsamma nära relationer.

Urval

Databaserna *CINAHL* och *PubMed* användes för informationssökningen och genomfördes under perioden 170221–170228.

I den initiala sökningen användes fritext för att skapa en uppfattning om forskningsområdet. Några relevanta artiklar valdes ut och granskades för att identifiera relevanta ämnesord som skulle komma att användas i den efterföljande systematiska sökningen. Möjliga termer och ämnesord togs fram, diskuterades, trunkerades och explorerades efter behov med handledning av bibliotekarie från universitetsbibliotek. Söktermer med synonym betydelse, eller de vars innebörd i kombination kompletterade varandra, grupperades för att ge en så bred sökning som möjligt. Termerna i grupperna sattes samman med den booleska termen *OR*. Enligt Karlsson (2012) innebar denna booleska term att minst en av söktermerna fanns med i träffen. Grupperna separerades med den booleska termen *AND* för att någon term i samtliga grupper skulle inordnas i sökningen. Genom att använda trunkering, booleska termer och väl utarbetade söktermer ökade sökningens sensitivitet och träffsäkerhet samtidigt som bredden ansågs rimlig (Karlsson, 2012). För mer detaljer över sökningarna, v.g. se bilaga 1.

Utifrån litteraturstudiens syfte valdes inklusions- och exklusionskriterier, vilket är en förutsättning för en systematisk litteraturstudie av god kvalitet (Rosén, 2012). Dessa utgjordes av; studier skrivna på svenska eller engelska samt studiepopulation som utgjordes av vårdpersonal som arbetade med kvinnor i vuxen ålder. Litteraturstudiens primärpopulation var vårdpersonal och sekundärpopulation var kvinnor. Sökningen begränsades till publikationsår de senaste 5 åren då materialet skulle beskriva den aktuella kunskapsnivån inom problemområdet. Geografisk begränsning valdes inte då geografisk spridning ansågs önskvärt. I sökningen i *CINAHL* valdes begränsningarna *peer reviewed* och *research article*. Ytterligare begränsningar i sökningen undveks då detta ökade risken för bortfall av relevanta artiklar, således exkluderades artiklar som inte uppfyllde inklusionskriterierna manuellt (Karlsson, 2012).

Sökprocess

I databasen *CINAHL* användes *CINAHL Headings*. Ämnesorden *domestic violence*, *intimate partner violence* och *battered women* bildade en grupp då termernas innebörd var likartad. *Intimate partner violence* var en subkategori till *domestic violence*, men eftersom övriga subkategorier inte var av relevans utifrån syftet ansågs explorering av *domestic violence* inte vara lämplig.

Diagnosis, *health screening*, *truth disclosure*, *questionnaires* samt *clinical assessment tools* utgjorde nästa grupp. Termen *questionnaires* explorerades då det ansågs vara relevant utifrån syftet, vilket ledde till att även subkategorierna *open-ended questionnaires* och *structured questionnaires* inkluderades.

Program development, *quality improvement*, *attitude of health personnel* samt *professional knowledge* utgjorde den tredje gruppen. *Program development* och *attitude of health personnel* explorerades för att samtliga subkategorier skulle inkluderas i sökningen. Majoriteten av subkategorierna var av relevans, vilket motiverade exploreringen. Sökresultatet utgjordes av 45 relevanta artiklar.

I *PubMed* genomfördes initialt en preliminär sökning i fritext för att undersöka vilka *MESH*-termer tidigare studier använt. De *MESH*-termer som valdes var: *domestic violence*, *spouse abuse*, *intimate partner violence*, *battered women*, *disclosure*, *diagnosis*, *mass screening*, *perception*, *education*, *nurse's role*, *nurse-patient relations*, *nurses*, *attitude of health personnel*, *professional-patient relations*, *interpersonal relations*, *women* samt *female*. Ämnesorden *spouse abuse*, *battered women* och *intimate partner violence* utgjorde den första gruppen. *Nurse-patient relations*, *attitude of health personnel*, *professional-patient relations* och *interpersonal relations* skapade grupp två. Den tredje och sista gruppen utgjordes av ämnesorden *disclosure*, *mass screening* och *diagnosis*. Sökorden *women* och *female* valdes bort då dessa begränsade sökningen avsevärt och den slutgiltiga sökningen gav 130 relevanta artiklar.

Datamaterial

Ovan beskrivna sökningar gav totalt 175 potentiellt relevanta artiklar och ett första urval genomfördes baserat på valda inklusions- och exklusionskriterier, samt om de svarade mot arbetets syfte, i enlighet med Rosén (2012). Den initiala sökningen gav ett brett och relevant resultat varför ytterligare sökning ej ansågs nödvändigt (Karlsson, 2012).

Artiklarna exkluderades stegvis; primärt i genomgång av titlar och abstrakt och därefter i granskning av innehåll. I flödesschemat har dessa två steg sammanslagits, v.g. se figur 1.

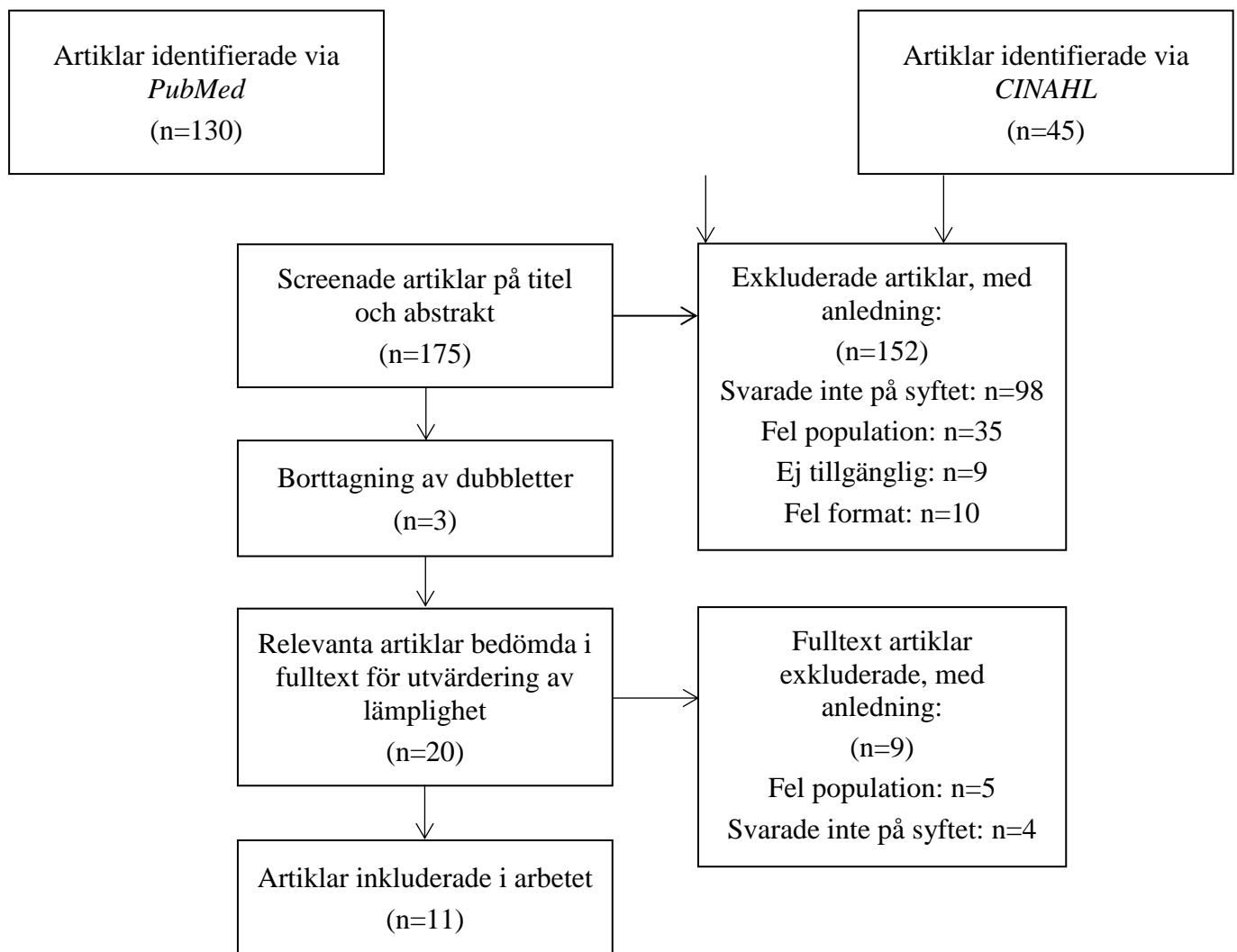
Initialt exkluderades artiklar utifrån relevans av titel och abstrakt (totalt n=127) av följande anledningar; ¹ svarade inte på syftet, exempelvis där fokus var att undersöka hinder för identifiering av våldsutsatta kvinnor eller efterföljande stöd och rehabilitering (n=81), ² fel primär- eller sekundärpopulation (n=30), ³ artiklar som inte var tillgängliga i fulltext (n=5), ⁴ fel format (n=6). Vid vidare granskning exkluderades ytterligare artiklar (n=25) enligt tidigare angivna exkluderingskriterier; ¹ fel sekundärpopulation (n=2), ² artiklar som inte svarade på syftet (n=15), ³ ej tillgängliga artiklar (n=4) eller ⁴ artiklar av fel format (n=4). När dubletter (n=3) exkluderats återstod 20 artiklar.

Vid mer ingående granskning av artiklar kan information upptäckas som minskar dess relevans för arbetet men som inte framgick i titel eller abstrakt (Rosén, 2012). Detta resulterade i att ytterligare 9 artiklar exkluderades av följande anledningar; ¹ fel primärpopulation (n=5) samt ² att studien inte svarade på syftet (n=4). Artiklarnas kvalitet och relevans diskuterades mellan författarna och ett slutgiltigt urval togs fram (n=11) i enlighet med Rosén (2012). De exkluderade artiklarna ansågs dock hålla partiell relevans som referenslitteratur och inkluderas således i arbetets bakgrund och diskussion.

Kvalitetsgranskning

Röda Korsets granskningsmall (2005) användes för granskning av samtliga vetenskapliga artiklar. Granskningsmallen ansågs vara adekvat i bedömningen av de valda artiklarnas kvalitet och relevans för litteraturstudien då den var överskådlig med utförliga granskningsmoment. Mallen var tillämpbar på såväl kvalitativa som kvantitativa studier, vilket var en styrka vid granskning av studier med mixad metod. De framtagna artiklarna granskades i detalj av två oberoende granskare (Rosén, 2012). Artikelgranskningen diskuterades och ledde till en slutgiltig bedömning av kvaliteten via konsensus. Artiklarnas kvalitet sammanfattades i hög, medelhög eller låg kvalitet. För mer information om de inkluderade artiklarna v.g. se bilaga 4.

Figur 1. Flödesschema



Dataanalys

I enlighet med Friberg (2012) lästes samtliga artiklar igenom flertalet gånger för att skapa en helhetsbild över innehåll och kontext samt för att identifiera data som ansågs relevant för litteraturstudien. Genom datareduktion identifierades variabler med relevans för aktuellt syfte. Relevant data tematiserades varpå de sammanfattades under teman och subteman. Respektive artikels syfte, resultat samt utfall av kvalitetsgranskning extraherades och sammanfattades i ett kort stycke, i enlighet med Liberati et al. (2009). En tabell skapades för att ge en överskådlig bild över resultatet, v.g. se tabell 1 (Rosén, 2012).

Etiskt ställningstagande

I forskningsprojekt bör ett etiskt förhållningssätt vara centralt där principer avseende information, autonomi, samtycke och konfidentialitet beaktas. Studiedeltagarna ska själva få bestämma om och hur länge de önskar delta utan att behöva motivera eventuell avslutad medverkan (Kjellström, 2012).

Majoriteten av artiklarna som inkluderades i litteraturstudien redogjorde för etiskt godkännande (n=9). De artiklar (n=2) som inte redogjorde för etiskt godkännande var dock publicerade i tidskrifter där detta krävs. I vissa av de inkluderade artiklarna förde författarna etiska resonemang, exempelvis kring avidentifiering av deltagarna eller huruvida information om studien gavs i enrum. I vissa studier diskuterades etiska aspekter såsom deltagarnas skriftliga godkännande eller möjlighet att granska intervjudata i efterhand.

Resultat

Inkluderade artiklar

Elva relevanta artiklar valdes ut ur den systematiska litteratursökningen. Studier genomfördes i USA (n=3), Storbritannien (n=1), Canada (n=3), Finland (n=1), Italien (n=1), Nya Zeeland (n=1) samt Indien (n=1) och publicerades mellan år 2012–2016. Av dessa studier använde två kvalitativ metod genom semistrukturerade intervjuer, tre använde kvantitativ metod (enkät n=2, retroaktiv analys n=1) och sex använde sig av mixad metod (enkät och intervju n=5, enkät och induktiv innehållsanalys n=1). Populationsstorlek i de kvalitativa studierna varierade från n=9 till n=15, de kvantitativa mellan n=80 till n=708 och studierna med mixad metod mellan n=47 till n=931. Studierna genomfördes inom akutsjukvård (n=2), obstetrisk vård (n=4), ortopedi (n=2), primärvård (n=1) samt blandade specialistområden (n=2).

Sammanfattning av artiklar

Ambuel, Hamberger, Guse, Melzer-Lange, Phelan och Kistner (2013) undersökte hur väl modellen *Healthcare Can Change from Within (HCCW)* implementerades och vilken påverkan den hade i arbetet på tre vårdcentraler samt en akutmottagning. Enkäter besvarades av vårdpersonal innan (n=147) respektive efter (n=97) programmets implementering avseende arbete kring våld i nära relationer. *HCCW* förbättrade identifiering och vård av våldsutsatta patienter både på individuell men också organisatorisk nivå. Kvaliteten på artikeln ansågs vara medelhög då studien var väl grundad på tidigare forskning och diskussion fördes kring studiens begränsningar och eventuella förbättringar. Forskarna diskuterade också orsaker till varför programmet implementerades med varierande framgång på de olika avdelningarna. Samtliga avdelningar godkände sitt deltagande i studien under tre års tid men övriga etiska resonemang saknas. Artikelns publicerades dock i en tidskrift där samtliga artiklar genomgått en etisk granskning.

I Baird, Salmon och White (2013) utvärderade barnmorskor (n=58) utfallet av implementering av screeningprogram genom kvantitativa frågeformulär och kvalitativa fokusgruppsintervjuer. Resultatet visade en ökning i kunskapen att handskas med ett positivt svar, samarbete med andra instanser samt antalet tillfällen att fråga om utsatthet. Vissa hinder i identifikationen av kvinnor i våldsamma nära relationer hade överkommit, t.ex. bristande organisatoriskt stöd, kunskapsbrist och oro, medan andra hinder, såsom språkbarriärer eller att kvinnan sällskapades av sin partner, kvarstod. Självkänslan hos barnmorskor ökade, liksom antalet tillfällen då det var naturligt för vårdpersonalen att fråga om våldsutsatthet. Artikelns kvalitet bedömdes som medelhög då den förde ett etiskt resonemang, hade etiskt godkännande samt hade hög svarsfrekvens (81 %). Validiteten ökade genom att dataanalysen genomfördes av två oberoende forskare. Kvaliteten sänktes något på grund av att studiens

urval var svagt beskrivet, diskussionen var kortfattad och forskarna inte kunde verifiera sina resultat mot annan forskning.

Beynon, Gutmanis, Tutty, Wathen och MacMillan (2012) är en del av en större studie. Denna del av studien genomfördes för att undersöka vårdpersonals (n=769) uppfattning om hinder och stödjande strategier för identifiering av våldsutsatta kvinnor. Nio kategorier av hinder identifierades, t.ex. tidsbrist, bristande utbildning/träning, språkliga och kulturella hinder, närvarande partner, brist på resurser i form av bl.a. patientens kontaktnät och samhällsstöd, brist på avskilt utrymme samt begränsad yrkesmässig kunskap kring multidisciplinära samarbeten. Åtta strategier togs fram som kan främja identifieringen av våldsutsatta kvinnor bl.a. samhällsresurser/professionellt stöd, professionella verktyg och riktlinjer, material för patientutbildning, rutinmässig screening samt professionell och personlig erfarenhet. Artikeln bedömdes ha hög kvalitet då dataanalysen utfördes av en forskare och resultaten granskades sedan av en oberoende forskare. Forskarna förde en tydlig diskussion kring svagheter och styrkor samt stärkte resultatet med andra studier som visade på samma resultat. Studien hade låg svarsfrekvens bland läkarna (32,8 %) vilket förklarades med begränsningar i datainsamlingsmetoden. Studien var etiskt godkänd.

Genom att använda sig av mixad metod jämförde Chang, Dado, Schussler, Hawker, Holland, Burke och Cluss (2012) antalet identifierade våldsutsatta kvinnor genom datoriserad självrapportering med de som identifierats i personligt möte med vårdpersonal. Deltagare (n=250) och vårdpersonal (n=52) rekryterades. De flesta våldsutsatta kvinnorna identifierades genom både datoriserad självrapportering och i personligt möte. En kombination av de båda screeningmetoderna ansågs kunna identifiera fler våldsutsatta kvinnor. Artikeln ansågs ha hög kvalitet då styrkor och svagheter i studien beskrevs väl. Författarna diskuterade studiens begränsade replikerbarhet då screeningfrågorna vid personligt möte inte standardiserats. Svarsfrekvensen var hög (97 %) och kvinnornas anonymitet beaktades väl. Studien var etiskt godkänd.

Syftet med den kvantitativa studien av Fincher, VanderEnde, Colbert, Houry, Smith och Yount (2015) var att jämföra antalet identifierade våldsutsatta kvinnor genom personligt möte och datoriserad självrapportering bland afroamerikanska kvinnor (n=704) på barn- och mödravårdscentraler i USA. Studien syftade också till att undersöka huruvida vårdpersonalens etniska ursprung påverkade identifieringen. Personligt möte identifierade fler kvinnor än datoriserad självrapportering och vårdpersonalens etnicitet påverkade inte antalet identifierade fall. Artikeln ansågs ha hög kvalitet då utförlig diskussion kring begränsningar i populationsurval och metod fördes. Artikeln var etiskt godkänd och författarbiografier inkluderades, vilket ökade trovärdigheten.

Leppäkoski och Paavilainen (2012) avsåg att skapa en modell med hjälp av mixad metod för identifiering och ingripande för fysiskt våldsutsatta kvinnor på en akutmottagning. Deltagarna (n=515) svarade på enkäter och deltog i semistrukturerade intervjuer. Modellen utvecklades utifrån studiens resultat men också från tidigare studiers resultat. Modellen innefattade utbildning för vårdpersonal samt metoder för organisatoriska förändringar som gynnar identifieringen, med grund i kunskap om faktorer som påverkar identifieringen positivt eller negativt. Artikeln bedömdes hålla medelhög kvalitet. Information till deltagarna gavs både muntligt och skriftligt och författarna hanterade sin förförståelse genom öppna frågor. Enkäterna och intervjuerna pilottestades, vilket stärkte studiens reliabilitet, men inklusions-

och exklusionskriterier angavs inte, vilket var en svaghet i studien, och att artikelns struktur var svår att följa.

Mauri, Nespoli, Persico och Zobbi (2015) genomförde en kvalitativ studie med semistrukturerade intervjuer för att undersöka barnmorskors (n=15) uppfattning av sin yrkesroll och attityder i samband med screening av partnervåld mot kvinnor. Endast två barnmorskor hade tränats i våldsidentifiering och arbetet försvårades av tidsbrist, kulturell tabu i form av fördomar, skam och rädsla samt bristande utbildning. Identifieringen underlättades genom akademisk utbildning, klinisk erfarenhet och multidisciplinärt samarbete i vården. Artikelns kvalitet bedömdes som hög då resonemang kring reliabilitet och datamättnad fördes. Forskarna analyserade datan oberoende av varandra för att sedan diskutera och sammanföra resultatet. De beskrev även studiebegränsningar i urvalet av deltagare. Deltagarna gavs möjligheten att granska resultatet och studien var godkänd av etisk kommitté. Författarna förkunnade ingen intressekonflikt.

Ritchie, Nelson, Wills och Jones (2013) studerade arbetet på en akutmottagning med syftet att avgöra huruvida enbart undervisning av vårdpersonal eller undervisning i kombination med införande av dokumentationsmallen *Family Violence Identification Form (FVIF)* effektiviserade identifieringen av kvinnor utsatta för våld i nära relationer. Patientjournaler studerades retroaktivt (n=80) genom kvantitativ metod för att utvärdera processens olika steg. Enbart utbildning förbättrade inte identifieringen, men utbildning kombinerat med *FVIF* visade sig ha god inverkan på antalet identifierade fall och personalens inställning till identifiering. Artikeln ansågs ha medelhög kvalitet. Undervisningen och implementeringen av *FVIF* redovisades otydligt, vilket sänkte artikelns kvalitet. Kvaliteten höjdes genom tydlig redovisning av hur processen bedömts samt att den var etiskt godkänd.

I en observationsstudie av Sohani, Shannon, Busse, Tikacz, Sancheti, Shende och Bhandari (2013) jämfördes screeningverktygen *Women Abuse Screening Tool (WAST)* och *Composite Abuse Scale (CAS)* på 47 kvinnor genom en mixad metod. Vårdpersonal (n=4) intervjuades för att belysa om verktygen var användbara inom indisk traumavård eller inte. 30 % av studiedeltagarna identifierades som utsatta för partnervåld genom *WAST* och motsvarande siffra genom *CAS* var 40 %. Resultatet visade även att fler fall identifierades genom självrapportering än via personligt möte. Vårdpersonalen uppgav att screeningens utformning inte var i enlighet med indisk kultur; bl.a. förhållningssätt till privatliv, och att screeningverktygen skulle behöva anpassas efter de olika vårdkontexter som de skulle användas i. Artikelns kvalitet bedömdes vara hög då diskussion kring styrkor och svagheter fördes samt att studien hade en hög svarsfrekvens (96 %). Forskarna beskrev hur de hanterat sin förståelse och förkunnade att intressekonflikt inte förekommit. Etiskt resonemang fördes samt etiskt godkännande fanns.

Sprague, Madden, Dosanjh, Petrisor, Schemitsch och Bhandari (2012) jämförde i sin kvantitativa tvärsnittsstudie tre screeningverktyg med varandra; *WAST*, *Partner Violence Screen (PVS)*, och direkta frågor enligt mall. Studiedeltagarna (n=282) screenades genom samtliga verktyg och 35,6 % av kvinnorna (n=74) identifierades som våldsutsatta. De flesta identifierades genom samtliga screeningverktyg, men då vissa kvinnor identifierades enbart genom ett eller två belystes vikten av att använda en kombination av de tre verktygen för att öka identifieringen. Direkta frågor identifierade fler kvinnor än *WAST* respektive *PVS*. Artikeln ansågs ha hög kvalitet då författarna motiverade sina val av verktyg väl och

diskuterade svagheter och styrkor i jämförelse mellan dem. Studiens resultat stärktes med tidigare forskning inom området och studien var etiskt granskad.

Williston och Lafreniere (2013) genomförde intervjuer för att undersöka vårdpersonals (n=9) upplevelse av identifiering av partnervåld samt hantering av efterföljande process. Att fråga om våldsutsatthet var som början på en lång resa, vilket kunde hindra personalen att fråga då de inte visste vilka konsekvenser frågan bar med sig. Verktyg som kunde stödja vårdpersonalen i identifieringen var t.ex. att möta patienten där hon var, sätta sig in i hennes situation, påminnas att vårdpersonal inte behövde ha färdiga lösningar eller konkret handlingsplan samt att hänvisa vidare till andra instanser. Artikelns kvalitet bedömdes som hög. Författarna förde ett resonemang kring vald datainsamlingsmetod och deltagarna gavs möjlighet att granska transkriberingen, vilket ökade trovärdigheten. Val av urvalsmetod diskuterades inte vilket sänkte kvaliteten något, dock hanterade författarna sina förförståelser väl och redogjorde för studiens överförbarhet inom olika vårdkontext. Studien var etiskt godkänd.

Förutsättningar

Det finns förutsättningar på flera plan för att identifiering ska möjliggöras. Utbildning och träning kan öka kunskapen likväl som organisatoriskt stöd, multidisciplinärt samarbete och implementering av program eller metod är av betydelse.

Utbildning, träning och kunskap

Att screena för våld i nära relationer kräver träning. Genom konferenser, kurser och specialistutbildning inom området kan personalens kunskap och färdighet i identifieringen stärkas (Ambuel et al., 2013; Leppäkoski et al., 2012 & Mauri et al., 2015). Utbildningen kan även bestå av bl.a. skriftligt undervisningsmaterial, litteratur, övning på verkliga scenarion, rollspel, diskussion mellan kollegor, möjlighet att utöva nya färdigheter i handledning med erfaren personal, samtal med kvinnor som tagit sig ur våldsamma förhållanden eller besök på kvinnohem (Beynon et al., 2012). Förbättring av utbildningen på grundutbildningsnivå är relevant för att ge all personal samma grundkunskaper i identifiering och hantering av partnervåld (Mauri et al., 2015). Det krävs även en ökad kunskap om journaldokumentation kring våld i nära relationer för att öka kvaliteten på identifieringen (Ritchie et al., 2013).

Leppäkoski et al. (2012) belyser vikten av vårdpersonals kunskap om symtom och tecken på våldsutsatthet. Vävnadsskada och hematom är exempel på fysiska skador som är vanliga vid våld i nära relationer, även psykiska symtom såsom stress kan vara tecken på våldsutsatthet. Personalen bör genom uppmärksamhet och lyhördhet skapa förståelse om kvinnans förklaring till symtomen och tecknens uppkomst, men också insikt om att den inte alltid är förenlig med verkligheten (Leppäkoski et al., 2012).

Temat	Subtemat	Författare (år)
Förutsättningar	<i>Utbildning, träning och kunskap</i>	Ambuel et al. (2013), Mauri et al. (2015), Leppäkoski et al. (2012), Ritchie et al. (2013)
	<i>Organisationsnivå</i>	Leppäkoski et al. (2013), Ambuel et al. (2013), Beynon et al. (2012)
	<i>Multidisciplinärt samarbete</i>	Ambuel et al. (2013), Beynon et al. (2012), Leppäkoski et al. (2012), Mauri et al. (2015)
	<i>Implementering av program/metod</i>	Baird et al. (2013)
Personcentrering	<i>Relation</i>	Mauri et al. (2015), Williston et al. (2013)
	<i>Egen tid med patienten</i>	Baird et al. (2013), Mauri et al. (2015)
	<i>Patientinformation</i>	Ambuel et al. (2013), Baird et al. (2013), Beynon et al. (2012)
Vårdpersonalens egenskaper	<i>Personliga faktorer</i>	Baird et al. (2013), Beynon et al. (2012), Leppäkoski et al. (2012), Mauri et al. (2015), Williston et al. (2013)
	<i>Erfarenhet</i>	Beynon et al. (2012), Mauri et al. (2015)
Screening	<i>Screeningmetoder</i>	Chang et al. (2012), Fincher et al. (2015), Sprague et al. (2012)
	<i>Screeningverktyg</i>	Sohani et al. (2013)

Tabell 1. Resultattabell. Strategier identifierade i inkluderade artiklar, sorterade under tema respektive subtema.

Organisationsnivå

Organisatoriskt stöd krävs för att vårdpersonal ska ha möjlighet och förutsättningar för att kunna prioritera och avsätta tid för identifiering. Implementering av riktlinjer och verktyg skapar vägledning i arbetet och personalen skulle på så sätt kunna identifiera fler våldsutsatta kvinnor (Ambuel et al., 2013; Beynon et al., 2012 & Leppäkoski et al., 2013). Organisatoriskt stöd i form av personalmöten, men också utrymme för att kunna rådfråga kollegor i olika situationer behövs för att öka tryggheten vid identifiering (Beynon et al., 2012 & Leppäkoski et al., 2012). Arbetsgivaren bär ansvaret att erbjuda och frigöra tid för personalen att få träning och utbildning i arbetet (Beynon et al., 2012).

Multidisciplinärt samarbete

En resurs i arbetet med våldsutsatta kvinnor är samarbetet mellan olika professioner. Samarbete är betydande både för identifiering men också i hantering av den efterföljande processen kring våldsutsattheten för såväl vårdpersonal som den enskilda patienten. En ensam vårdpersonal kan inte på egen hand ansvara för ett fullständigt omhändertagande av en kvinna i en våldsutsatt situation, utan det krävs teamarbete och att hon blir refererad till rätt profession, t.ex. psykolog eller socialarbetare (Ambuel et al., 2013; Beynon et al., 2012; Leppäkoski et al., 2012 & Mauri et al., 2015). En förteckning över aktuella professioner som arbetar med omhändertagande av våldsutsatta kvinnor kan bidra till att personalen får bättre kännedom om refereringen (Beynon et al., 2012).

Implementering av program/metod

Genom en organisatorisk implementering av screeningmetoder, med krav att vårdpersonal screenar rutinmässigt, ger ökade möjligheter till identifiering av våldsutsatta kvinnor. Även rutinmässiga frågor kring psykisk hälsa och patientens välmående skapar en naturlig ingång för personalen att fråga om våldsutsatthet (Baird et al., 2013).

Personcentrering

Likt många andra områden inom hälso- och sjukvården kan ett personcentrerat arbetssätt vara en strategi för att kunna ge god vård. Relationen mellan vårdpersonal och patient liksom tidstillgång och tid med patienten i enrum är av betydelse. Patientens och samhällets tillgång till information kan öka medvetenheten och möjligheten till identifiering.

Relation

Relationen mellan vårdpersonal och patient är avgörande för huruvida identifiering av våldsutsatthet är möjlig eller inte. Kontinuitet i patientmötet är en strategi som möjliggör identifiering då symtom och tecken på våld kan upptäckas, men också genom att samspelet i den eventuella nära relationen kvinnan befinner sig i kan observeras. En förtroendeingivande och stärkande miljö där kvinnan känner sig trygg att berätta om sin utsatthet är grundläggande för identifieringen ska kunna ske (Mauri et al., 2015). För att skapa en god relation till patienten krävs det att vårdpersonalen tar utgångspunkt i patienten själv och ser hela processen som ett partnerskap dem emellan (Williston et al., 2013).

Egen tid med patienten

Utöver en god relation till patienten är det också en förutsättning att det finns tillräckligt med tid och kontinuitet för att möjliggöra förtroendefulla samtal kring våld (Mauri et al., 2015). Vårdpersonalens förmåga att skapa fler tillfällen samt organisatoriska faktorer påverkar antalet tillfällen då personalen har möjlighet att identifiera våldsutsatta kvinnor. En strategi för att möjliggöra samtal i enrum då en partner är närvarande är att medvetet placera mätinstrument, t.ex. våg eller blodtrycksmätare, i avskilda rum. Vårdpersonalen kan även följa med eller visa kvinnan till toaletten då hon ska lämna urinprov för att i det korta tillfället hinna fråga. Vårdpersonalen kan även be kvinnan att sätta en prick på muggen för urinprov om hon önskar samtala om partnervåld i enrum (Baird et al., 2013).

Patientinformation

Information bör ges till kvinnan i enrum utan närvaro och inflytande av eventuell medföljande partner. Genom att sätta upp informationsmaterial om partnervåld, exempelvis broschyrer och affischer, i väntrum och på toaletter kan kvinnan själv ta kontakt med vårdpersonalen om hon önskar prata om ämnet. Det är även av betydelse att informationen

finns att tillgå på ett språk som kvinnan kan förstå, t.ex. genom att skriva flygblad på olika språk (Ambuel et al., 2013 & Baird et al., 2013). Användning av översättningsprogram, tolk, telefontolk eller anhörig som talar ett gemensamt språk med vårdpersonalen ses som möjliga strategier (Baird et al., 2013).

En samhällelig medvetenhet kring förekomsten av partnervåld anses underlätta identifieringen av utsatta individer. Medvetenheten kan öka genom bl.a. reklam och annonser i TV, radio, sociala medier och tidningar, som påvisar att de utsatta kvinnorna inte själva bär skulden för utsattheten samt informerar om tillgängligt stöd. Även allmän kännedom i kombination med gemensamma forum, möten eller skolundervisning kan bidra till en ökad medvetenhet (Beynon et al., 2012).

Vårdpersonalens egenskaper

Vårdpersonalens personliga faktorer och erfarenhet inom området kan stärka patientens känsla av trygghet, vilket kan möjliggöra identifieringen av våldsutsatta kvinnor.

Personliga faktorer

En grundläggande faktor som möjliggör identifieringen är att personalen frångår sin komfortzon och angriper problemet från olika vinklar. Personalens medvetenhet och förmåga att frånga egna rädslor och åsikter kan möjliggöra att de istället kan anta patientens perspektiv (Williston et al., 2013). Centrala egenskaper hos vårdpersonalen är att vara empatisk, finkänslig, en aktiv lyssnare och att visa intresse inför kvinnans situation så hon känner sig förstådd och trygg (Leppäkoski, et al., 2012; Mauri et al., 2015 & Williston et al., 2013). Vårdpersonalen tvingas frånga den typiska rollen som problemlösare vid medicinska sjukdomar för att istället fokusera på kvinnans psykiska hälsa och stärka hennes autonoma beslutsfattande (Williston et al., 2013). Vårdpersonalens tillit till den egna förmågan i att våga fråga om våld är avgörande för identifieringen. Personliga strategier som hjälper personalen att hantera identifieringen är t.ex. att diskutera upplevelser med kollegor samt att finna stöd i egna nära relationer (Baird et al., 2013).

Erfarenhet

Klinisk erfarenhet kan hjälpa vårdpersonal att skapa förståelse för olika situationer och subtila tecken på våld, de kan lära sig tillvägagångssätt att samtala med kvinnorna och utforska deras historia (Mauri et al., 2015). Personlig livserfarenhet kan också vara en tillgång då det ökar vårdpersonalens trygghet, kunskap om det organisatoriska systemet kring partnervåld samt att det motiverar personalen att stötta och stärka kvinnan. Personliga erfarenheter gör det lättare för personalen att identifiera kvinnor som upplever en liknande situation samt att sätta sig in i kvinnans situation (Beynon et al., 2012).

Screening

Screeningen av våld i nära relationer kan utformas på olika sätt, t.ex. genom användning av olika metoder och/eller verktyg. Rutinmässig användning av screeningverktyg påminner vårdpersonalen om förekomsten av våld, vilket uppmanar dem att möta den utsatta patienten (Mauri et al., 2015). För att få en helhetsbild av patientens risk att utsättas för våld kan frågor ställas angående exempelvis rädsla att komma hem eller att möta den närstående, om vapen finns i hushållet, drog- och alkoholmissbruk och förekomst av hot (Ritchie et al., 2013).

Screeningmetoder

Metoder för screening kan vara självrapportering och personligt möte mellan patient och vårdpersonal. Självrapportering lämpar sig bättre för vissa kvinnor medan personligt möte lämpar sig bättre för andra, vilket motiverar användandet av de olika metoderna. En kombination av olika screeningmetoder vid identifiering ökar således antalet identifierade kvinnor som utsatts eller är utsatta för våld i nära relationer (Chang et al., 2012; Fincher et al., 2015 & Sprague et al., 2012).

Självrapportering

Självrapportering sker genom specifika frågor som patienten besvarar med förutbestämda svarsalternativ, t.ex. ja eller nej. Detta gör att kvinnan inte tvingas vidareutveckla svaren om hon inte önskar. Metoden upplevs således okomplicerad och icke-dömande då eventuell direkt respons från vårdpersonalen inte är möjlig. Datoriserad självrapportering är särskilt användbar för identifiering av psykiskt våldsutsatta kvinnor (Chang et al., 2012).

Personligt möte

I ett personligt möte mellan vårdpersonal och patient kan emotionellt stöd erhållas, dessutom vet patienten vem som är mottagare av berättelsen vilket således kan bidra till att patienten känner ökad säkerhet. Vid personligt möte kan frågorna anpassas till den individuella patienten genom t.ex. att använda andra ord och formuleringar så det blir begripligt för kvinnan i fråga. Kvinnans villighet att avslöja eventuell våldsutsatthet i ett personligt möte stärks när relationen mellan vårdpersonal och patient präglas av trygghet och kontinuitet (Chang et al., 2012).

Screeningverktyg

WAST

En möjlig strategi för vårdpersonalen att identifiera våldsutsatta kvinnor är att använda screeningverktyget *WAST*, som är ett frågeformulär med åtta frågor avseende fysiskt, psykiskt och sexuellt våld. *WAST* låter kvinnan bl.a. svara på hur den nuvarande nära relationen ser ut, hur bråk reds ut och om hon känner sig rädd för sin partner, med svarsalternativen: ingen spänning/ingen problematik/aldrig, delvis spänning/delvis problematik/ibland eller stor spänning/stor problematik/ofta. Verktyget kan användas i såväl personligt möte med kvinnan som genom självrapportering (Sohani et al., 2013).

CAS

CAS är ett screeningverktyg som kan användas för identifiering av våld i nära relationer. Verktyget är ett frågeformulär som kan användas genom självrapportering men även i personligt möte mellan vårdpersonal och patient. *CAS* innefattar frågor kring känslomässigt och fysiskt våld, utsatthet för trakasserier samt om en kombination av allvarligt våld förekommer med svarsalternativen: aldrig, enstaka tillfälle, månadsvis, veckovis och dagligen (Sohani et al., 2013).

Diskussion

Metoddiskussion

CINAHL och *PubMed* är databaser som anses vara lämpliga för sökning bland artiklar inom det medicinska och vårdvetenskapliga forskningsområdet, vilket motiverade valet av databaser i denna litteraturstudie (Karlsson, 2012). Vid genomgång av relevanta artiklar identifierades lämpliga söktermer som kunde användas i den systematiska sökningen. Genom användning av *MESH*-termer och *CINAHL Headings* erhöles artiklar vars innehåll granskats och indexerats till dessa söktermer, vilket stärkte träffsäkerheten i sökningarna. Då vissa relevanta söktermer inte självständigt ansågs kunna ge ett relevant sökresultat grupperades alla termer och särskildes med den booleska termen *OR*. Vissa söktermer trunckerades för att bredda sökningen ytterligare, vilket är av värde då en systematisk sökning genomförs (Karlsson, 2012). En balans mellan bredd och träffsäkerhet eftersträvades i sökningen för att få ett lämpligt antal relevanta artiklar. Sökningens precision ökade genom gruppering av söktermer och den booleska termen *AND*. Bibliotekariers expertis nyttjades för att kvaliteten på den systematiska sökningen skulle öka.

Tidsbegränsningen på fem år stärker litteraturstudiens aktualitet då den senaste forskningen granskats. Vid undersökning av de relevanta artiklarnas primärkällor visade det sig att ett flertal artiklar kunde ses som användbara i relation till litteraturstudiens syfte, men då aktuell forskning eftersöktes användes inte dessa artiklar. Geografisk begränsning undveks för att olika länders strategier för identifiering av våldsutsatta kvinnor skulle inkluderas i kartläggningen och således inkluderades också studier som utförts på olika vårdavdelningar. Genom denna breda inkludering identifierades en variation av möjliga strategier. Vissa svårigheter uppstod dock då förutsättningar för användande av strategier och synen på våld i nära relationer varierar mellan vårdavdelningar och olika delar av världen. Användbarheten av samtliga strategier som kartlagts i denna litteraturstudie beror således på kontexten där de implementeras.

Den systematiska sökningen i *PubMed* ansågs relevant trots det stora antalet sökresultat då sökstrategin var väl utformad. Det omfattande sökresultatet innefattade samtliga relevanta artiklar och således behövde inte kompletterande sökningar genomföras. Metoden visade sig vara tidskrävande men adekvat med avseende på sökresultatets relevans. Artiklar vars innehåll inte bedömdes vara aktuellt utifrån litteraturstudiens syfte eller inklusionskriterier exkluderades stegvis för att relevanta artiklar inte skulle förbises.

Litteraturstudiens inklusions- och exklusionskriterier valdes utifrån aktuellt syfte. Val av primär- och sekundärpopulation motiverades med att litteraturstudien hade för avsikt att undersöka strategier för vårdpersonal i kontakt med kvinnor i vuxen ålder. Litteraturstudiens resultat skulle ges ytterligare en dimension om den också innefattat artiklar vars fokus låg i att studera de våldsutsattas perspektiv på identifieringen, detta var dock inte möjligt p.g.a. begränsad tidstillgång.

Då en omvårdnadsteori används som referensram i en systematisk litteraturstudie kan teorins kliniska betydelse diskuteras och förstås. I studier då en omvårdnadsteori inte används som referensram kan författarnas personliga kunskaper och erfarenheter istället utgöra referensramen, vilket inte är eftersträvänsvärt då det finns en risk för integration av misstag och fördomar (Jørgensen, 2012). Den omvårdnadsteori som användes som referensram ansågs

spegla problemområdet, vilket motiverade valet av teori. Omvårdnadsteorins metaforer; bron och väggen, kan ses som de strategier och barriärer som föreligger i identifiering av våldsutsatta kvinnor. Referensramen gav således både en inramning för litteraturstudien men också ytterligare en dimension av klinisk betydelse.

En styrka i kvalitetsgranskningen var att två granskare, oberoende av varandra, granskade artiklarna i enlighet med Rosén (2012). Kvaliteten diskuterades mellan granskarna och bedömdes utifrån vald granskningsmall. Samtliga inkluderade artiklar ansågs vara av hög eller medelhög kvalitet, vilket stärkte litteraturstudiens totala kvalitet.

Vid datareduktion och tematisering av artiklarnas resultat konstaterades svårigheter i sammanställning av artiklarna. Då syftet var att kartlägga möjliga strategier inkluderades studier utförda med olika fokus; exempelvis studier kring personalutbildning, screeningmetoder och -verktyg, vilket ledde till en stor variation bland artiklarna. Artiklar med kvalitativ alternativt kvantitativ metod presenteras på olika sätt vilket skapar svårigheter i att utföra en exakt jämförelse mellan artiklarna (Friberg, 2012). Detta försvårade analysen och möjligheterna till enhetlig sammanställning av resultatet.

En systematisk litteraturstudies resultat visar på en abstraktion av verkligheten (Friberg, 2012). Det finns således ingen garanti för att litteraturstudiens resultat behandlar samtliga strategier som finns för identifiering av våldsutsatta kvinnor. Kartläggningen av strategier påverkas av vård- och geografisk kontext, då synen på och arbetet med våld i nära relationer kan se olika ut.

Resultatdiskussion

Resultatet visade att det finns åtskilliga strategier för vårdpersonalen att tillgå vid screening av kvinnor som utsätts för våld i nära relationer. För att strategierna ska bli implementerbara krävs dock att de sätts i relation till vilka förutsättningar som krävs och de barriärer som föreligger.

På en organisatorisk nivå visar resultatet att vårdgivaren har ett stort ansvar i arbetet att möjliggöra screening på arbetsplatsen för att den enskilda vårdpersonalen ska kunna identifiera våldsutsatta kvinnor. Organisatoriska förutsättningar i form av bl.a. multidisciplinärt samarbete, riktlinjer och implementering av screeningprogram ansågs relevanta (Ambuel et al., 2013; Baird et al., 2013; Beynon et al., 2012; Leppäkoski et al., 2013 & Mauri et al., 2015). När de organisatoriska strategierna inte fungerar optimalt skapas istället hinder för identifieringen. Begränsat stöd från arbetsgivare, tidsbrist, bristande användning av screeningverktyg, riktlinjer och icke fungerande multidisciplinärt samarbete är således möjliga konsekvenser när de strategier som redogjorts för i resultatet inte fungerar. Likaså skapar hög arbetsbelastning, stressig arbetsmiljö och begränsad tid för omvårdnad hinder för att strategierna ska kunna implementeras. Detta kan upplevas problematiskt och ställer stora krav på organisationen och vårdpersonalen. Utvecklingen kräver engagemang och drivkraft vilket inte är en självklarhet. Ramsay et al. (2012) är enig med litteraturstudiens resultat och menar att användningen av PM i kombination med andra viktiga organisatoriska komponenter kan förbättra arbetet med våldsutsatta kvinnor. Husso et al. (2012) menar att organisatoriskt stöd är en avgörande komponent i vårdens ansvarstagande gentemot våldsutsatta kvinnor och att nya perspektiv behövs för att utveckla en god vård och fungerande arbetssätt för vårdpersonalen. Halldórsdóttir (1996) menar att vårdpersonal behöver stöd för att upprätthålla en professionell omvårdnad. Uteblivet organisatoriskt stöd

kan leda till bristfällig professionell omvårdnad då vårdpersonalen inte förmår visa respekt, ta initiativ och engagera sig i patientens situation. Professionell omvårdnad och ett fungerande arbete med våld i nära relationer går således hand i hand avseende vårdpersonalens behov av organisatoriskt stöd t.ex. i form av vägledning, personalmöten och utbildning.

För att vägleda såväl den svenska sjukvården i stort men också den enskilda vårdpersonalen finns lagar som styr arbetet med våldsutsatta kvinnor (SOSFS 2001:453; SOSFS 2014:4 & SFS 2014:821). Lagarna ger en övergripande bild över vad arbetet med våldsutsatta kvinnor ska sträva mot. En stor del av ansvaret, som ligger hos organisationen, arbetsgivaren och den enskilda vårdpersonalen, är att utifrån gällande lagar utforma en välfungerande verksamhet som understödjer identifieringen av våldsutsatta kvinnor (Socialstyrelsen, 2016).

De inkluderade artiklarna enades i att utbildning och praktisk träning är en central strategi för att öka vårdpersonalens kunskap om och trygghet vid screening (Ambuel et al., 2013; Leppäkoski et al., 2012 & Mauri et al., 2015). Detta är något som stärks av Ramsay et al. (2012) som menar att förbättringar kring utbildning och praktisk träning i sjukvårdsutbildningarnas läroplaner skulle leda till ökad kunskap, praktisk färdighet och förbättrad inställning till arbetet med våld i nära relationer. Evans et al. (2016), LaPlante, Gopalan och Glance (2016) och Nyame et al. (2013) är också eniga om att utbildning och praktisk träning lägger grunden för god yrkesmässig kompetens i ämnet. Vårdpersonal behöver kunskap kring professionell omvårdnad. Personalutbildning i vilka faktorer som påverkar den professionella omvårdnaden positivt och tillämpning av den förvärvade kunskapen gör att vårdpersonal kan uppfattas som mer kompetent och förtroendeingivande (Halldórsdóttir, 1996). Utbildning i våld i nära relationer är, liksom utbildning i professionell omvårdnad, strategier som påverkar identifieringen av våldsutsatta kvinnor positivt. För att möjliggöra utbildning och således öka vårdpersonalens kunskap behöver arbetsuppgifterna omprioriteras. Detta kan leda till att brister i det övriga arbetet uppstår och det krävs därför en organisatorisk anpassning inför implementering av strategier.

Enligt de inkluderade artiklarna ses det personcentrerade arbetet som en möjliggörande strategi för att vårdpersonal ska kunna identifiera våldsutsatta kvinnor (Baird et al., 2013; Mauri et al., 2015 & Williston et al., 2013). För att kunna applicera ett arbetssätt som strävar mot personcentrering krävs det att vårdpersonalen har de förutsättningar som krävs. Vårdpersonalens erfarenheter och personliga faktorer visade sig vara av betydelse för screeningen (Baird et al., 2013; Beynon et al., 2012; Leppäkoski et al., 2012; Mauri et al., 2015 & Williston et al., 2013). Halldórsdóttir (1996) menar att vårdpersonal behöver öva sig i professionell omvårdnad då förmågan att möta patienter med professionell lyhördhet, respekt och engagemang utvecklas i takt med ökad erfarenhet. Likaså är patientens tillgång till information en del i det personcentrerade arbetet (Ambuel et al., 2013; Baird et al., 2013 & Beynon et al., 2012). Arbetet med att screena våldsutsatta kvinnor är komplext med stor känslomässig investering då de utsatta kvinnornas berättelser kan vara svåra att ta till sig. Känslor av otillräcklighet och bristande uppfyllelse av yrkesrollen kan uppstå då arbetet inte fungerar optimalt, vilket även kan leda till att känslorna påverkar vårdpersonalens privatliv. Gripande berättelser och en genuin omtanke för patienten kan göra att vårdpersonalen har svårt att distansera sig från arbetet utanför arbetstid.

Många av de egenskaper som är väsentliga för en professionell omvårdnad har också visat sig påverka arbetet med våld i nära relationer positivt. Empati, öppenhet, initiativtagande, finkänslighet och intresse för patienten är exempel på dessa egenskaper (Halldórsdóttir, 1996;

Leppäkoski et al., 2012; Mauri et al., 2015 & Williston et al., 2013). Det finns dock ett flertal faktorer som kan framstå som en vägg i samband med identifiering och möte med våldsutsatta kvinnor. Enligt Halldórsdóttír (1996) är samspelet och kommunikationen mellan vårdpersonal och patient avgörande för kvinnans upplevelse. Kvinnor som delger sina upplevelser av våldsutsatthet riskerar att känna sig förringade och skuldbelagda, vilket är en indikation på bristfällig professionell omvårdnad (Örmon et al., 2014). En professionell omvårdnad präglas istället av en kommunikation där patienten känner sig bekräftad av vårdpersonalen tack vare dennes förmåga till aktivt lyssnande och att se på kvinnans situation med allvar (Halldórsdóttír, 1996 & Örmon et al., 2014).

Det kan finnas organisatoriska barriärer, exempelvis begränsad tillgång till kvinnlig personal, såväl som patientens personliga faktorer eller vårdpersonalens bristande förståelse för kvinnan, vilka resulterar i att relationen mellan vårdpersonalen och patienten försämras och identifieringen av partnervåld påverkas (Iverson et al., 2014). Relationen mellan vårdpersonalen och patienten är viktig i alla olika vårdkontext. Det finns dock ett särskilt behov bland de patienter som utsatts för våld då arbetet med våldsutsatta kvinnor förutsätter skapandet av en god relation baserat på respekt, bekräftelse, integritet och kvinnans säkerhet (Tan et al., 2012).

Tillgången till personlig och samhällelig information visade sig vara en strategi som påverkar identifieringen av våldsutsatta kvinnor (Ambuel et al., 2013; Baird et al., 2013 & Beynon et al., 2012). Det kan förekomma en bristande situationsmedvetenhet hos utsatta kvinnor som leder till att de själva inte identifierar upplevelsen som våldsrelaterad. I vissa fall kan vårdpersonalen identifiera en kvinna som utsatts för våld i en nära relation medan kvinnan inte delar den uppfattningen. På samma sätt kan vårdpersonal med bristande kunskap och erfarenhet ha svårighet att identifiera kvinnan som utsatt medan kvinnan själv upplever motsatsen (Bradbury-Jones et al., 2014). Bristande kunskap i samhället leder till att stigmatiseringen kring våldsutsattheten ökar och kvinnornas situation försvåras ytterligare. Detta stärker beläggen för att patientinformation och samhällsutbildning är av stor betydelse för identifiering av denna patientgrupp och att vårdpersonal har möjlighet att sprida den informationen. Halldórsdóttír (1996) menar att god kommunikation och delgivning av nödvändig patientinformation är ett kännetecken på professionell omvårdnad.

Tillgången till tolk underlättar normalt sett informationsutbytet mellan vårdpersonalen och patienten, dock finns en annan aspekt i kontexten kring våldsamma relationer. Baird et al. (2013) menar att tolkningen som utförs av en familjemedlem eller partner, i kvinnans fall kan riskera vara samma person som den som utför våldet. Möjligheten till informationsöverföring blir således begränsad då kvinnan är under inflytande av den som utsätter henne för våld. I dessa situationer krävs det att vårdpersonalen hittar kreativa lösningar och att det finns möjlighet till förberedelse med professionell tolk innan mötet med patienten.

Rutinmässigt användande av screeningverktyg och olika metoder att screena kvinnor ses som möjliga strategier för identifiering. Screeningen kan ske på olika sätt, bl.a. genom självrapportering eller personligt möte och med hjälp av olika screeningverktyg (Chang et al., 2012; Fincher et al., 2015; Mauri et al., 2015; Ritchie et al., 2013; Sohani et al., 2013 & Sprague et al., 2012). Det finns olika riktlinjer i olika länder för vilka patientgrupper och åldrar som ska screenas, dock finns det inga generella riktlinjer från WHO som stödjer implementeringen av rutinmässig screening. Screeningen anses inte skada kvinnorna vilket ändå kan motivera användandet (Iskandar et al., 2015). Rutinmässig screening kan leda till att

fler kvinnor som utsätts för våld i nära relationer identifieras och får möjligheten till adekvat vård och stöd. När screeningen ses ur kvinnans perspektiv är det av vikt att hon i samband med processen erbjuds stöd, uppföljning, att integriteten beaktas samt att hon får information om de samhällsresurser som finns att tillgå (Iverson et al., 2014). Det är viktigt att ha i åtanke att screeningverktyget inte kan användas som ett facit. Det krävs en förståelse och ett kritiskt förhållningssätt till verktyget då gränsen mellan utsatt och inte utsatt i verkligheten inte är lika konkret. För att kunna tillgodose den utsatta kvinnans behov krävs det att personalen vet hur de ska hantera situationen samt att de har kunskap om sitt ansvar och var kvinnan kan hänvisas för ytterligare stöd. Det finns en risk att vårdpersonal upplever den rutinmässiga screeningen som en orealistisk arbetsbelastning, vilket kan resultera i att arbetsuppgiften inte utförs. Vid implementering av riktlinjer kring rutinmässig screening krävs således justeringar i andra arbetsuppgifter och tidsmässig tillgång. Enligt Iverson et al. (2014) och LaPlante et al. (2016) är vårdpersonal, trots flertalet barriärer, generellt positivt inställda till rutinmässig screening för partnervåld.

En fördel med personligt möte som screeningmetod är att patienten kan känna ett emotionellt stöd från vårdpersonalen (Chang et al., 2012). Vårdpersonalens goda bemötande, aktiva lyssnande och förståelse kring kvinnans situation ger henne en ökad känsla av trygghet, vilket är en bro för identifiering (Halldórsdóttir, 1996). Huruvida Halldórsdóttirs teori om professionell respektive bristande professionell omvårdnad är tillämpbar när vårdpersonal och patient inte möts personligen är oklart. Det kan således vara problematiskt att anta att samtliga faktorer som påverkar professionell omvårdnad i personligt möte även påverkar vid självrapportering.

Slutsats

Det finns ett flertal strategier som möjliggör identifiering av kvinnor utsatta för våld i nära relationer. Förutsättningar, personcentrering, vårdpersonalens egenskaper och screening är strategier som inkluderar personalutbildning, multidisciplinärt samarbete, patientinformation och användning av screeningverktyg. Implementering och tillämpning av dessa strategier kan stödja vårdpersonalen, vilket sannolikt skulle kunna öka antalet identifierade våldsutsatta kvinnor.

Implikationer för klinisk omvårdnad

Betydelsen av att tillämpa beskrivna strategier i den kliniska omvårdnaden är stor och kan vara avgörande för hur välfungerande identifieringen är. Vid tillämpning bör anpassning utefter olika vårdkontext och sammanhang göras. Implementeringen av vissa strategier kan vara mer eller mindre relevant utifrån typ av vårdavdelning och patientkategori och således behöver inte samtliga strategier tillämpas på alla vårdavdelningar. Såväl den enskilde vårdpersonalen som organisationen i stort berörs och det är därför viktigt att samtliga parter inom verksamheten strävar mot en välfungerande rutin för identifiering av våldsutsatta kvinnor.

Vidare forskning

Litteraturstudien ger en övergripande bild över strategier som kan användas för identifieringen av våldsutsatta kvinnor. Vid kartläggningen av forskningsområdet identifierades dock aspekter som är i behov av vidare forskning. För att generera en bättre förståelse för betydelsen av rutinmässig screening skulle studier där implementering av rutinmässig screening och utvärdering av dess effekt vara av värde. Vid litteratursökningen upptäcktes ett fåtal artiklar som fokuserade på upplevelsen av screening bland kvinnor inom psykiatrisk vård. De visade att dessa kvinnor upplevde ett bristande bemötande från vårdpersonalen i att våldsutsattheten förminskades och att fokus huvudsakligen lades på deras psykiska tillstånd. Inom denna vårdkontext skulle vidare forskning kring vilka metoder som är bäst lämpade samt hur screeningen skulle kunna anpassas utifrån individer med olika psykiska tillstånd vara av intresse. En återkommande barriär i arbetet med screening var bristen på kunskap om processen efter identifieringen. Därför skulle vidare forskning kunna genomföras för att generera en konkret bild av vilken kunskap som skulle behövas samt hur vårdpersonalen skulle kunna stärkas i den efterföljande processen.

Referenslista

- Ambuel, B., Hamberger, L., Guse, C., Melzer-Lange, M., Phelan, M., & Kistner, A. (2013). Healthcare Can Change from Within: Sustained Improvement in the Healthcare Response to Intimate Partner Violence. *Journal Of Family Violence, 28*(8), 833-847. doi:10.1007/s10896-013-9550-9
- Bailey, D. N. (2011). Framing client care using Halldorsdottir's theory of caring and uncaring behaviors within nursing and healthcare. *International Journal For Human Caring, 15*(4), 54-66.
- Baird, K., Salmon, D., & White, P. (2013). A five year follow-up study of the Bristol pregnancy domestic violence programme to promote routine enquiry. *Midwifery, 29*(8), 1003-1010. doi:10.1016/j.midw.2013.01.007
- Beynon, C. E., Gutmanis, I. A., Tutty, L. M., Wathen, C. N., & MacMillan, H. L. (2012). Why physicians and nurses ask (or don't) about partner violence: a qualitative analysis. *BMC Public Health, 12*, 473. doi:10.1186/1471-2458-12-473
- Bradbury-Jones, C., Taylor, J., Kroll, T., & Duncan, F. (2014). Domestic abuse awareness and recognition among primary healthcare professionals and abused women: a qualitative investigation. *Journal Of Clinical Nursing, 23*(21/22), 3057-3068. doi:10.1111/jocn.12534
- Chang, J. C., Dado, D., Schussler, S., Hawker, L., Holland, C. L., Burke, J. G., & Cluss, P. A. (2012). In person versus computer screening for intimate partner violence among pregnant patients. *Patient Educ Couns, 88*(3), 443-448. doi:10.1016/j.pec.2012.06.021
- Dichter, M. E., Wagner, C., Goldberg, E. B., & Iverson, K. M. (2015). Intimate Partner Violence Detection and Care in the Veterans Health Administration: Patient and Provider Perspectives. *Women's Health Issues, 25*(5), 555-560. doi:10.1016/j.whi.2015.06.006
- Evans, M. A., & Feder, G. S. (2016). Help-seeking amongst women survivors of domestic violence: a qualitative study of pathways towards formal and informal support. *Health Expectations: An International Journal of Public Participation in Health Care and Health Policy, 19*(1), 62-73. doi:10.1111/hex.12330
- Fincher, D., VanderEnde, K., Colbert, K., Houry, D., Smith, L. S., & Yount, K. M. (2015). Effect of Face-to-Face Interview Versus Computer-Assisted Self-Interview on Disclosure of Intimate Partner Violence Among African American Women in WIC Clinics. *Journal of Interpersonal Violence, 30*(5), 818-838. doi:10.1177/0886260514536280

- FRA – European Union Agency for Fundamental Rights. (2014). *Violence against women: an EU-wide survey. Main results*. Luxembourg: Publications Office of the European Union.
- FRA – Europeiska unionens byrå för grundläggande rättigheter. (2014). *Våld mot kvinnor: en undersökning omfattande hela EU. Resultat i korthet*. Luxemburg: Europeiska unionens byrå för grundläggande rättigheter.
- Friberg, F. (2012). Att göra en litteraturoversikt. I F. Friberg (Red.), *Dags för uppsats – vägledning för litteraturbaserade examensarbeten* (s. 133-143). Lund: Studentlitteratur.
- Halldórsdóttir, S. (1996). *Caring and Uncaring Encounters in Nursing and Health Care – Developing a Theory*. (Doctoral dissertation, Linköping University Medical Dissertations, 493.) Linköping.
- Heise, L. L., & Kotsadam, A. (2015). Cross-national and multilevel correlates of partner violence: an analysis of data from population-based surveys. *The Lancet Global Health*, 3(6), e332-e340. doi:10.1016/S2214-109X(15)00013-3
- Husso, M., Virkki, T., Notko, M., Holma, J., Laitila, A., & Mäntysaari, M. (2012). Making sense of domestic violence intervention in professional health care. *Health & Social Care In The Community*, 20(4), 347-355. doi:10.1111/j.1365-2524.2011.01034.x
- Iverson, K. M., Huang, K., Wells, S. Y., Wright, J. D., Gerber, M. R., & Wiltsey-Stirman, S. (2014). Women veterans' preferences for intimate partner violence screening and response procedures within the Veterans Health Administration. *Research in Nursing & Health*, 37(4), 302-311. doi:10.1002/nur.21602
- Jørgensen, B. B. (2012). Omvårdnadsteori som referensram. I B. B. Jørgensen & V. Ö. Steinfeldt (Red.), *Omvårdnadsteori som referensram i forskning och utveckling* (s. 57-75). Stockholm: Liber AB.
- Karlsson, E. K. (2012). Informationssökning. I M. Henricson (Red.), *Vetenskaplig teori och metod, från idé till examination inom omvårdnad* (s. 95-113). Lund: Studentlitteratur.
- Kjellström, S. (2012). Forskningsetik. I M. Henricson (Red.), *Vetenskaplig teori och metod, från idé till examination inom omvårdnad* (s. 70-92). Lund: Studentlitteratur.
- LaPlante, L. M., Gopalan, P., & Glance, J. (2016). Addressing Intimate Partner Violence: Reducing Barriers and Improving Residents' Attitudes, Knowledge, and Practices. *Acad Psychiatry*, 40(5), 825-828. doi:10.1007/s40596-016-0529-8
- Leppäkoski, T., & Paavilainen, E. (2012). Triangulation as a method to create a preliminary

model to identify and intervene in intimate partner violence. *Applied Nursing Research*, 25(3), 171-180. doi:10.1016/j.apnr.2011.03.002

Liberati, A., Altman, D. G., Tetzlaff, J., Mulrow, C., Gotzsche, P. C., Ioannidis, J. P., ... Moher, D. (2009). The PRISMA statement for reporting systematic reviews and meta-analyses of studies that evaluate healthcare interventions: explanation and elaboration. *Bmj*, 399, b2700. doi: 10.1136/bmj.b2700

Mauri, E. M., Nespoli, A., Persico, G., & Zobbi, V. F. (2015). Domestic violence during pregnancy: Midwives' experiences. *Midwifery*, 31(5), 498-504. doi:10.1016/j.midw.2015.02.002

Nyame, S., Howard, L. M., Feder, G., & Trevillion, K. (2013). A survey of mental health professionals' knowledge, attitudes and preparedness to respond to domestic violence†. *Journal Of Mental Health*, 22(6), 536-543. doi:10.3109/09638237.2013.841871

Ramsay, J., Rutterford, C., Gregory, A., Dunne, D., Eldridge, S., Sharp, D., & Feder, G. (2012). Domestic violence: knowledge, attitudes, and clinical practice of selected UK primary healthcare clinicians. *The British Journal of General Practice*, 62(602), e647–e655. doi:10.3399/bjgp12X654623

Ritchie, M., Nelson, K., Wills, R., & Jones, L. (2013). Does Training and Documentation Improve Emergency Department Assessments of Domestic Violence Victims?. *Journal Of Family Violence*, 28(5), 471-477. doi:10.1007/s10896-013-9514-0

Rosén, M. (2012). Systematisk litteraturoversikt. I M. Henricson (Red.), *Vetenskaplig teori och metod, från idé till examination inom omvårdnad* (s. 429-444). Lund: Studentlitteratur.

Röda Korsets Högskola. (2005). *Mall för granskning av vetenskapliga artiklar*. Hämtad 2012-03-16, från http://www.utbildning.gu.se/digitalAssets/1366/1366320_apalathunden-2012.pdf

Segesten, K. (2012). Att välja ämne och modell för sitt examensarbete. I F. Friberg (Red.), *Dags för uppsats – vägledning för litteraturbaserade examensarbeten* (s. 97-100). Lund: Studentlitteratur.

SFS 2009:400. *Offentlighets- och sekretesslagen*. Stockholm: Justitiedepartementet L6.

SFS 2014:821. *Patientlagen*. Stockholm: Socialdepartementet.

Socialstyrelsen. (2016). *Våld. Handbok om socialtjänstens och hälso- sjukvårdens arbete med våld i nära relationer*. Hämtad 2017-03-16, från <http://www.socialstyrelsen.se/publikationer2016/2016-6-37/Sidor/default.aspx>

- Sohani, Z., Shannon, H., Busse, J. W., Tikacz, D., Sancheti, P., Shende, M., & Bhandari, M. (2013). Feasibility of Screening for Intimate Partner Violence at Orthopedic Trauma Hospitals in India. *Journal Of Interpersonal Violence, 28*(7), 1455-1475. doi:10.1177/0886260512468244
- Sprague, S., Madden, K., Dosanjh, S., Petrisor, B., Schemitsch, E. H., & Bhandari, M. (2012). Screening for Intimate Partner Violence in Orthopedic Patients. *Journal of Interpersonal Violence, 27*(5), 881-898. doi:10.1177/0886260511423246
- SOSFS 2001:453. *Socialtjänstlagen*. Stockholm: Socialdepartementet.
- SOSFS 2014:4. *Föreskrifter och allmänna råd om våld i nära relationer*. Stockholm: Socialdepartementet.
- Tan, E., O'Doherty, L., & Hegarty, K. (2012). GPs' communication skills A study into women's comfort to disclose intimate partner violence. *Australian Family Physician, 41*, 513-517.
- Williston, C. J., & Lafreniere, K. D. (2013). "Holy Cow, Does That Ever Open Up a Can of Worms": Health Care Providers' Experiences of Inquiring About Intimate Partner Violence. *Health Care For Women International, 34*(9), 814-831. doi:10.1080/07399332.2013.794460
- Örmon, K., Sunnqvist, C., Bahtsevani, C., & Levander, M. T. (2016). Disclosure of abuse among female patients within general psychiatric care - a cross sectional study. *BMC Psychiatry, 16*, 79. doi:10.1186/s12888-016-0789-6
- Örmon, K., Torstensson-Levander, M., Sunnqvist, C., & Bahtsevani, C. (2014). The duality of suffering and trust: abused women's experiences of general psychiatric care - an interview study. *Journal Of Clinical Nursing, 23*(15/16), 2303-2312. doi:10.1111/jocn.12512

Bilaga 1. Översikt sökningar

Datum	Databas	Sökord	Begränsning	Antal träffar	Relevanta abstract	Granskade artiklar	Valda artiklar
2017-02-27	PubMed	(spouse abuse OR battered women OR intimate partner violence) AND (nurse-patient relations OR attitude of health personnel* OR professional-patient relations* OR interpersonal relations*) AND (disclosure OR mass screening OR diagnosis)	5 years	130	31	14	<p>1: Baird, K., Salmon, D., & White, P. (2013). A five year follow-up study of the Bristol pregnancy domestic violence programme to promote routine enquiry. <i>Midwifery</i>, 29(8), 1003-1010. doi:10.1016/j.midw.2013.01.007</p> <p>2: Beynon, C. E., Gutmanis, I. A., Tutty, L. M., Wathen, C. N., & MacMillan, H. L. (2012). Why physicians and nurses ask (or don't) about partner violence: a qualitative analysis. <i>BMC Public Health</i>, 12, 473. doi:10.1186/1471-2458-12-473</p> <p>3: Chang, J. C., Dado, D., Schussler, S., Hawker, L., Holland, C. L., Burke, J. G., & Cluss, P. A. (2012). In person versus computer screening for intimate partner violence among pregnant patients. <i>Patient Educ Couns</i>, 88(3), 443-448. doi:10.1016/j.pec.2012.06.021</p> <p>4: Fincher, D., VanderEnde, K., Colbert, K., Houry, D., Smith, L. S., & Yount, K. M. (2015). Effect of Face-to-Face Interview Versus Computer-Assisted Self-Interview on Disclosure of Intimate Partner Violence Among African American Women in WIC Clinics. <i>Journal of Interpersonal Violence</i>, 30(5), 818-838. doi:10.1177/0886260514536280</p> <p>5: Sprague, S., Madden, K., Dosanjh, S., Petrisor, B., Schemitsch, E. H., & Bhandari, M. (2012). Screening for Intimate Partner Violence in Orthopedic Patients. <i>Journal of Interpersonal Violence</i>, 27(5), 881-898. doi:10.1177/0886260511423246</p> <p>6: Williston, C. J., & Lafreniere, K. D. (2013). "Holy Cow, Does That Ever Open Up a Can of Worms": Health Care Providers' Experiences of Inquiring About Intimate Partner Violence. <i>Health Care For Women International</i>, 34(9), 814-831. doi:10.1080/07399332.2013.794460</p>

Datum	Databas	Sökord	Begränsning	Antal träffar	Relevanta abstract	Granskade artiklar	Valda artiklar
2017-02-28	CINAHL	(domestic violence OR intimate partner violence OR battered women) AND (diagnosis OR health screening OR truth disclosure OR questionnaire+ OR clinical assessment tools+) AND (program development+ OR quality improvement OR attitude of health personnel+ OR professional knowledge+)	“peer reviewed”, “research article”, published dates 2012-2017”	45	17	9	<p>1: Ambuel, B., Hamberger, L., Guse, C., Melzer-Lange, M., Phelan, M., & Kistner, A. (2013). Healthcare Can Change from Within: Sustained Improvement in the Healthcare Response to Intimate Partner Violence. <i>Journal Of Family Violence, 28</i>(8), 833-847. doi:10.1007/s10896-013-9550-9</p> <p>2: Leppäkoski, T., & Paavilainen, E. (2012). Triangulation as a method to create a preliminary model to identify and intervene in intimate partner violence. <i>Applied Nursing Research, 25</i>(3), 171-180. doi:10.1016/j.apnr.2011.03.002</p> <p>3: Mauri, E. M., Nespoli, A., Persico, G., & Zobbi, V. F. (2015). Domestic violence during pregnancy: Midwives' experiences. <i>Midwifery, 31</i>(5), 498-504. doi:10.1016/j.midw.2015.02.002</p> <p>4: Ritchie, M., Nelson, K., Wills, R., & Jones, L. (2013). Does Training and Documentation Improve Emergency Department Assessments of Domestic Violence Victims?. <i>Journal Of Family Violence, 28</i>(5), 471-477. doi:10.1007/s10896-013-9514-0</p> <p>5: Sohani, Z., Shannon, H., Busse, J. W., Tikacz, D., Sancheti, P., Shende, M., & Bhandari, M. (2013). Feasibility of Screening for Intimate Partner Violence at Orthopedic Trauma Hospitals in India. <i>Journal Of Interpersonal Violence, 28</i>(7), 1455-1475. doi:10.1177/0886260512468244</p>

Bilaga 2. Exkluderade fulltextartiklar

Författare	År/land	Anledning till exklusion
Bradbury-Jones et al.	2014/Storbritannien	Svarar ej på syftet
Dichter et al.	2015/USA	Fel primärpopulation
Iverson et al.	2014/USA	Fel primärpopulation
La Plante et al.	2016/USA	Fel primärpopulation
Nyame et al.	2013/Storbritannien	Svarar ej på syftet
Pereira et al.	2014/Brasilien	Fel primärpopulation
Ramsay et al.	2012/Storbritannien	Svarar ej på syftet
Tan et al.	2012/Australien	Fel primärpopulation
Örmon et al.	2014/Sverige	Svarar ej på syftet

Bilaga 3. Granskningsmall

Mall för granskning av vetenskapliga artiklar

Mall för granskning av vetenskapliga artiklar

Detta är ett hjälpmedel för att bedöma vetenskapliga artiklars kvalitet och användbarhet för Dina studiesyften. Besvara inte kriterierna med endast Ja eller Nej. Motivera alltid Din bedömning. Alla frågor är inte relevanta för alla artiklar.

Börja med slutet! 1. Konklusion och/eller diskussion. (eng. Conclusion/discussion)	Egna anteckningar
Försök att inledningsvis skapa Dig en uppfattning om forskarens konklusioner och/eller diskussion. Det ger dig en utgångspunkt i den fortsatta läsningen. Det är viktigt att veta vad presentationen av artikeln ska leda till för att kunna bedöma relevansen i vad som representerar underlaget för forskarens argumentation. a) Vilka resultat dominerar diskussionen och/eller konklusionen? b) Formulera Din uppfattning om konklusionen/diskussionen. Det kommer att vara en värdefull utgångspunkt i Din vidare läsning.	
2. Syfte (eng. Purpose, Aim)	
a) Vad är syftet med studien/undersökningen? b) Finns det några specifika frågeställningar formulerade? c) Verkar det rimligt i förhållande till Din egen utgångspunkt?	
3. Bakgrund (eng. Introduction, Background, Literature review, Conceptual framework)	
a) Refererar författaren till tidigare forskning? Om ja, vilken? b) Presenteras en teori som utgör ramen för studien? Om ja, vilken/vilka? c) Finns viktiga termer och/eller begrepp definierade? Om ja, vilken/vilka? d) Förtydligas eller förklaras det i bakgrunden varför denna studie är nödvändig? Om ja, med vilka argument? e) Beskriver forskaren sin egen förståelse eller sitt eget synsätt (viktigt i studier med kvalitativa data). Om ja, hur? f) Verkar bakgrunden rimlig i förhållande till Din egen utgångspunkt och författarens syfte?	

Detta förstår jag inte:

<p>4. Metod (eng. Method: Study setting, Sample, Participants, Procedure, Intervention)</p>	
<p>a) Vilken typ av studie utfördes (ex. experiment, hermeneutisk textanalys)?</p> <p>b) I vilken miljö genomfördes studien ex. sjukhus, skola, laboratorium?</p> <p>c) Urval (vem, vilka, vad undersöktes)? Beskrivs ev. försökspersoner, var de unika på något sätt eller "normaltyper".</p> <p>d) Hur gick man tillväga för att välja deltagare/försökspersoner (ex. slumpmässigt urval, konsekutivt, strategiskt urval)?</p> <p>e) Hur många deltagare/försökspersoner ingick i studien?</p> <p>f) Erhölls godkännande från etisk kommitté? Beskrivs det hur försökspersonernas identitet skyddades och frivillighet garanterades?</p> <p>g) Hur gick datainsamlingen till (ex. mätningar, enkäter, intervjuer, observationer)?</p> <p>h) Verkar metoden för datainsamlingen och ev. val av försökspersoner rimliga och relevanta i förhållande till Din egen utgångspunkt och forskarens syfte?</p> <p>i) På vilket sätt <u>analyserades</u> materialet (statistiska metoder, begreppsanalys, viss tolkningsmetod etc)?</p> <p>j) Användes beskrivande statistik (tabeller, figurer, stapeldiagram etc) och/eller statistiska analyser? Om ja, vilka?</p> <p>k) Vid statistisk analys, vilka variabler undersöktes?</p> <p>l) Beskrivs hur validitet och reliabilitet (kvantitativa analyser), trovärdighet och överförbarhet (kvalitativa analyser) säkerställdes?</p> <p>m) Tycker Du att metodavsnittet ger en tydlig beskrivning av tillvägagångssättet? Skulle det vara möjligt att göra om (replikera) studien genom att följa metodbeskrivningen?</p> <p>n) Verkar metoden som helhet rimlig i förhållande till Din egen utgångspunkt och forskarens syfte? Finns det svagheter av betydelse för just Dina syften?</p>	

Detta förstår jag inte:

5. Resultat (eng. Results, Findings)	
<p>a) Beskriv resultaten av undersökningen.</p> <p>b) Om statistiska analyser använts identifiera de resultat som är statistiskt signifikanta och ange signifikansnivån.</p> <p>c) Vid tolkande analyser, ange teman och/eller kategorier. Verkar resultaten logiska, tillförlitliga och trovärdiga?</p>	
6. Diskussion och/eller konklusion (eng. Discussion, Conclusion, Implications for further research)	
<p>Läs nu diskussion och konklusion igen.</p> <p>a) Vilka slutsatser drar forskaren?</p> <p>b) Vilka begränsningar diskuterar forskaren?</p> <p>c) Räkna upp förslag på fortsatt forskning, forskarens och/eller egna.</p> <p>d) Verkar detta rimligt i förhållande till Din egen utgångspunkt och forskarens syfte?</p>	
7. Innebörden av studien för den praktiska vården (eng. Clinical implications, Implications for practice)	
<p>a) Vilka resultat kan ha betydelse för den praktiska vården enligt forskaren?</p> <p>b) Anser Du att resultaten är lämpliga att omsätta i praktiskt vårdarbete? Om ja, i vilken miljö?</p> <p>c) Hur skulle användandet av dessa resultat förändra arbetet på Din avdelning? Beskriv utifrån tidsaspekter, arbetsbelastning, ekonomi, juridiska och etiska aspekter, kvalitet för vem/vilka grupper.</p>	
8. Sammanfattande helhetsbedömning	
<p>a) Syftet: varför har undersökningen gjorts?</p> <p>b) Genomförandet: på vilket sätt har undersökningen gjorts?</p> <p>c) Kvaliteten: hur bra <u>anser du</u> att undersökningen är?</p> <p>d) Relevans: är denna studien relevant för dina patienter?</p>	

Detta förstår jag inte:

Bilaga 4. Artikelöversikt.

Författare (år): Ambuel, Hamberger, Guse, Melzer-Lange, Phelan och Kistner (2013)

Land: USA

Titel: Healthcare Can Change From Within: Sustained Improvement in the Healthcare Response to Intimate Partner Violence

Syfte: Att undersöka effekterna av implementering av Healthcare Can Change from Within, HCCW, på fyra olika avdelningar i USA.

Metod: Både före och efter implementering av programmet besvarade vårdpersonal en enkät med fokus att kartlägga dåvarande situation avseende arbete kring våld i nära relationer. Forskarna följde utvecklingen i antalet identifierade kvinnor som utsatts för våld, avdelningarnas omgivning samt personalens attityd. Tidsrapporter utfördes av särskilt utvald personal under processen. Denna utvalda personal samt avdelningarnas chefer sammanfattade sina åsikter av implementeringen i en slutgiltig rapport. Forskarna jämförde situationen före och efter implementering av HCCW. Utfallet jämfördes med två avdelningar där HCCW inte implementeras. Data kodades och tematiserades av två oberoende av varandra forskare som sedan diskuterade och kom överens om ett slutgiltigt resultat. Studien använde sig av både kvalitativa och kvantitativa metoder.

Deltagare: 147 vårdpersonal av olika professioner på tre vårdcentraler och en akutmottagning ingick i studiens första datainsamlingsfas. 96 vårdpersonal besvarade enkäten efter implementeringen.

Resultat: HCCW förbättrade identifiering och vård av våldsutsatta patienter både på individuell och organisatorisk nivå. Vårdpersonal blev tryggare, mer effektiv, ökade sin kunskap om lagar och riktlinjer och vart den våldsutsatta patienten eventuellt kunde hänvisas vidare. På organisatorisk nivå förbättrades situationen genom mer patientundervisande material på olika språk, samarbete med andra instanser, införande av nya riktlinjer och förhållningsregler, liksom rutinscreening för våld i nära relationer.

Kvalitet: Medelhög.

Författare (år): Baird, Salmon och White (2013)

Land: Storbritannien

Titel: A five year follow-up of the Bristol pregnancy domestic violence programme to promote routine enquiry

Syfte: Att efter fem år utvärdera implementeringen av Bristol Pregnancy and Domestic Violence Programme med fokus på förändringar i kunskap, attityd och effektivitet bland vårdpersonal samt att stärka beläggen för screening inom mödravård..

Metod: Deltagarna besvarade ett semi-strukturerat frågeformulär för att undersöka deltagarnas åsikter kring innehåll och utfall av den implementerade rutinscreeningen. Vissa barnmorskor valdes ut till deltagande i fokusgruppsintervjuer där en mer djupgående diskussion kring screeningen fördes. Den kvantitativa datan sammanställdes till statistik med konfidensintervall 95 %. Den kvalitativa datan kodades, grupperades och tematiserades.

Deltagare: Strategiskt urval av 66 barnmorskor, varav 81 % (n=58) besvarade enkäten. 71 % av deltagarna hade även varit med i den tidigare studien. 11 av barnmorskorna deltog i fokusgruppsintervjuer. 6 % av de deltagande barnmorskorna hade mindre än 5 års yrkeserfarenhet, 29 % hade mellan fem och 15 års erfarenhet, 6 % mellan 15 och 20 år, 60 % mer än 20 års erfarenhet.

Resultat: Kunskapen kring screening av kvinnor för våld i nära relationer ökade bland barnmorskorna sedan år 2004/2005, bl.a.; kunskapen att handskas med ett positivt svar samt

kunskapen kring samarbete med andra instanser (19,7 % år 2004/2005 jämfört med 44,2 % år 2010). Att fråga om utsatthet för våld i nära relationer ökade möjligheten för kvinnan att berätta om sin utsatthet. Innan implementeringen frågade 25,4 % av personalen 20 % av patienterna, jämfört med efter implementering av rutinscreeningen då 100 % av personalen frågade minst 20 % av kvinnorna. Vissa hinder för identifikation av våldsutsatta kvinnor som t.ex. bristande organisatoriskt stöd, kunskapsbrist och oro fanns inte längre, medan andra hinder t.ex. att kvinnan sällskapas av sin partner eller språkbarriärer, fortfarande var aktuella. Självkänslan hos barnmorskorna ökade likaså antalet tillfällen då vårdpersonalen frågade om våldsutsatthet. Vårdpersonalen upplevde att strategier för att kunna hantera sina egna känslor behövs, t.ex. i form av samtal med kollegor och stöttande relationer hemma.

Kvalitet: Medelhög

Författare (år): Beynon, Gutmanis, Tutty, Wathen och MacMillan (2012)

Land: Canada

Titel: Why physicians and nurses ask (or don't) about partner violence: a qualitative analysis

Syfte: Att undersöka hinder och underlättande verktyg för identifiering av kvinnor som utsätts för våld i nära relationer. Studien har tre specifika syften: att undersöka vårdpersonalens professionella och personliga erfarenheter av att fråga om våld i nära relationer; skillnader mellan professioner (sjuksköterskor och läkare) samt konsekvenser av arbetsplatsens påverkan (t.ex. praxis, föreskrifter, utveckling av PM, etc.)

Metod: Som en del av en större studie mailades en enkät med sammanlagt 43 frågor ut till deltagarna. Ur enkäten användes två kvalitativa, öppna frågor med fokus att undersöka hinder och underlättande verktyg för att fråga om våldsutsatthet. De öppna frågorna analyserades genom induktiv innehållsanalys. Datan kodades och kategoriserades separat av olika forskare för att de sedan tillsammans skulle ta fram slutgiltiga kategorier. Frekvens beräknades utifrån de framtagna kategorierna samt statistisk signifikans mellan de olika professionerna beräknades.

Deltagare: 2000 slumpmässigt utvalda läkare (n=1000) och sjuksköterskor (n=1000) från olika avdelningar fick enkäten, varav 931 (59,7 % av sjuksköterskorna, 32,8 % av läkarna) svarade (svarsfrekvens 82,6 %). 769 deltagare svarade på de två sista frågorna i enkäten (n=527 sjuksköterskor, n=238 läkare, n=4 ospecificerad profession). Av läkarna var ca 53 % män och 47 % kvinnor. Av sjuksköterskorna var ca 2 % män och 97 % kvinnor. 32,9 % var 40–49 år, 27,7 % var 50–59 år, 25 % var 30–39 år, 7,4 % var 20–29 år, 6,1 % var 60+ och 0,9 % hade ej specificerad sin ålder.

Resultat: Av sjuksköterskorna hade 30,4 % aldrig frågat om partnervåld med motsvarande 5 % av läkarna. Generellt hade fler läkare identifierat fler fall av partnervåld än sjuksköterskorna, och något fler av läkarna uppgav att de fått praktisk träning i ämnet. Nio kategorier av hinder för togs fram: tidsbrist, kvinnans hantering av situationen, bristande utbildning/praktisk träning, språkliga och kulturella hinder, närvarande partner, resursbrist i form av bl.a. patientens kontaktnät och samhällsresurser, brist på avskilt utrymme, personalens personliga känslor till kvinnovåld samt bristande yrkesmässig kunskap. Det togs fram åtta verktyg för att underlätta identifieringen: träning, samhällsresurser/professionellt stöd, professionella verktyg och riktlinjer, material för patientutbildning, rutinmässig screening, tillräckligt med tid för uppgiften, professionell och personlig erfarenhet samt en samhällelig medvetenhet.

Kvalitet: Hög.

Författare (år): Chang, Dado, Shussler, Hawker, Holland, Burke och Cluss (2012)

Land: USA

Titel: In person versus computer screening for intimate partner violence among pregnant patients

Syfte: Att jämföra datoriserad självrapportering med personligt möte för identifiering av våld i nära relationer bland gravida kvinnor på en obstetrisk sjukhusavdelning.

Metod: Författarna använde sig av mixad metod. Gravida, engelsktalande kvinnor, 18 år eller äldre, fyllde i den datoriserade enkäten i avdelningens väntrum. Kvinnorna samtalande sedan om våld i nära relationer med en rekryterad vårdpersonal för att identifiera eventuell våldsutsatthet. Kvinnorna exkluderades ur studien då deras sällskap inte ville lämna rummet. Samtalet spelades in, transkriberades ordagrant, kodades, kategoriserades och jämfördes med enkäten. Två veckor efter screening fick kvinnorna möjlighet att delta i ytterligare en intervju för att diskutera sina upplevelser av de olika metoderna.

Deltagare: 250 kvinnor samt 52 vårdpersonal. Samtliga kvinnor på den obstetriska avdelningen som uppfyllde inklusionskriterierna inkluderades. 94 % av vårdpersonalen var kvinnor (n=49) och medelåldern bland vårdpersonalen var 31 år. Kvinnornas medelålder var 25 år.

Resultat: 27 % av kvinnorna (n=67) avslöjade sin utsatthet av något slags våld i nära relationer under det personliga mötet. 34 % av kvinnorna (n=85) avslöjade sin utsatthet av något slags våld i nära relationer genom datoriserad självrapportering. 26 % av kvinnorna (n=24) avslöjades genom datoriserad självrapportering inte i personligt möte. 7 % av kvinnorna (n=6) avslöjades i personligt möte men inte genom datoriserad självrapportering. Forskarna jämförde också antalet identifierade fall av psykisk, fysisk samt sexuell våldsutsatthet mellan respektive screeningmetod. Psykiskt våld visade sig vara den mest rapporterade formen av våld. Vid uppföljning framkommer det att kvinnorna: 1. ansåg att båda metoderna bör användas vid screening för utsatthet av våld i nära relationer, 2. att den datoriserade självrapporteringen var icke-dömande och således lätt att vara ärlig mot, och 3. att vårdpersonalens empati och flexibilitet främjade kvinnans ärlighet i det personliga mötet.

Kvalitet: Hög.

Författare (år): Fincher, VanderEnde, Colbert, Houry, Smith och Yount (2015)

Land: USA

Titel: Effect of *Face-to-Face Interview Versus Computer-Assisted Self-Interview* on Disclosure of Intimate Partner Violence Among African American Women in WIC Clinics

Syfte: Att jämföra antalet identifierade våldsutsatta kvinnor genom personligt möte och datoriserad självrapportering bland afroamerikanska kvinnor på barn- och mödravårdscentraler i USA. De syftade också till att undersöka huruvida vårdpersonalens etniska ursprung påverkade identifieringen.

Metod: Deltagande kvinnor inkluderades i studien om de var över 18 år och hade engelska läs-, skriv- och talkunskaper. CTS2S, ett frågeformulär på 10 frågor om psykiskt våld, fysiskt våld, sexuellt våld, skada relaterad till våld i nära relationer samt utsatthet för påtvingad övertalan användes. Somliga kvinnor besvarade frågeformuläret genom datoriserad självrapportering och andra genom personligt möte, med antingen afroamerikansk eller europeiskamerikansk vårdpersonal. Artikeln är en tvärsnittsstudie med kvantitativ metod.

Deltagare: 704 kvinnor med medelåldern 27,4 år rekryterades i väntrummen på 2 barn- och mödravårdscentraler. Majoriteten av kvinnorna var singlar (40 %) eller ogifta (45 %).

Resultat: Totalt identifieras något slags våld, någon skada eller risk för påtvingad övertalan

bland 49 % av kvinnorna under hela deras livstid. 36 % identifierades gällande det senaste året. Svarsfrekvensen var 61,9 %. Identifiering genom personligt möte innebar högre sannolikhet att identifiera våldsutsatta kvinnor än genom datoriserad självrapportering. Intervjuarens etniska bakgrund påverkade inte utfallet.

Kvalitet: Hög.

Författare (år): Leppäkoski och Paavilainen (2012)

Land: Finland

Titel: Triangulation as a method to create a preliminary model to identify and intervene in intimate partner violence

Syfte: Att skapa en modell med hjälp av mixad metod för identifiering och ingripande av fysiskt våldsutsatta kvinnor på en akutmottagning.

Metod: Rekryterade kvinnor samt vårdpersonal besvarade enkäter samt deltog i semistrukturerade intervjuer. En kombination av kvalitativa och kvantitativa metoder användes genom hela studiens gång. Artikeln var en beskrivande tvärsnittsstudie.

Deltagare: 35 kvinnor och 480 vårdpersonal deltog i studien. Inklusions- och exklusionskriterier angavs inte utöver att de arbetade på de avdelningar som ingick i studien.

Resultat: Enkäter skickades ut till 950 vårdpersonal och 100 kvinnor, varav 47 % (n=480) respektive 35 % (n=35) besvarades. Av samtliga vårdpersonal och kvinnor deltog 20 respektive 7 i semistrukturerade intervjuer. Modellen utvecklades utifrån resultat från denna och tidigare studier. Med grund i faktorer som påverkade identifieringen innefattade modellen vårdpersonalutbildning samt strategier att utföra organisatoriska förändringar för att gynna identifieringen.

Kvalitet: Medelhög.

Författare (år): Mauri, Nespoli, Persico och Zobbi (2015)

Land: Italien

Titel: Domestic violence during pregnancy: Midwives' experiences

Syfte: Att undersöka kunskap och erfarenhet hos barnmorskor kring till våld i nära relationer under graviditet, med särskilt fokus på uppfattningen av deras yrkesroll och acceptansen av screeningprogram för våld i nära relationer under graviditet.

Metod: Kvalitativ studie med fenomenologisk-hermeneutisk studiedesign.

Semistrukturerade intervjuer, mellan 30 min och 1 timme, genomfördes efter deltagarnas arbetspass. Intervjuerna spelades in och transkriberades av samma forskare. Datan tematiserades och diskuterades sedan mellan forskarna till enighet uppnåddes. För att undersöka om deltagarna var eniga med datan som tagits fram genomfördes telefonintervjuer efter 3 månader.

Deltagare: 17 deltagare; barnmorskor inom kommunal och slutenvård, bjöds in inledningsvis för att slutligen resultera i 15 deltagare. Ingen kompensation för deltagandet erbjöds. Medelåldern bland barnmorskorna var 37 år (spann 22–55 år) och medellängden på yrkeserfarenhet var 14 år (spann 8 månader–35 år).

Resultat: Datan delades in i 3 teman med underkategorier. 1: Svårigheter i identifieringen av våld där faktorer som tidsbrist, kulturella tabu samt brist i träning diskuteras. 2: Medel som fanns att tillgå i form av akademisk utbildning, klinisk erfarenhet och samarbete i vården. 3: Vikten av ett multidisciplinärt samarbete och barnmorskornas centrala roll.

Kvalitet: Hög.

Författare (år): Ritchie, Nelson, Wills och Jones (2013)

Land: Nya Zeeland

Titel: Does training and documentation improve emergency department assessments of domestic violence victims?

Syfte: Att bedöma om kvaliteten på identifieringen av kvinnor som utsatts för våld i nära relationer förbättrades av enbart utbildning eller av utbildning kombinerat med dokumentationsmallen *Family Violence Identification Form, FVIF*.

Metod: Artikeln använde sig av kvantitativ metod. Forskarna läste patientjournaler retroaktivt och bedömde dem utifrån 17 i förhand bestämda punkter. Skillnader mellan följande grupper kodades och redovisades i text, tabeller och figurer:

- Grupp 1: Innan någon utbildning införts.
- Grupp 2: Efter att utbildning införts men innan *FVIF* införts.
- Grupp 3: Efter att *FVIF* införts.
- Grupp 4: 7 år senare, för att se skillnad över tid.

Deltagare: Slumpmässigt urval av 80 kvinnors journaler som uppfyllde inklusionskriterierna; kvinnor i 16 årsåldern eller äldre, som ensamma kommit till sjukhuset och diagnostiserats som våldsutsatta.

Resultat: Ingen signifikant skillnad mellan grupp 1 och 2 erhöles, vilket betydde att enbart utbildning inte förbättrade identifieringen av kvinnor. Däremot fanns det en skillnad mellan grupp 2 och 3, med konklusionen att utbildning kombinerat med *FVIF* ökade antalet identifierade fall av våldsutsatta kvinnor i nära relationer. Någon betydande skillnad mellan grupp 3 och 4 upptäcktes inte, vilket betydde att identifieringen inte förbättrades över tid.

Kvalitet: Medelhög.

Författare (år): Sohani, Shannon, Busse, Tikacz, Sancheti, Shende, och Bhandari (2013)

Land: Indien

Titel: Feasibility of Screening for Intimate Partner Violence at Orthopedic Trauma Hospitals in India

Syfte: Att belysa möjligheten till screening för kvinnor som utsätts för partnervåld, på indiska traumaavdelningar.

Metod: Observationsstudie på sju olika sjukhus. Deltagarna värvades i avdelningarnas väntrum innan besök, för att sedan få information om studien i enrum samt lämna samtycke till deltagande. Deltagarna genomförde screening genom verktygen *Composite Abuse Scale (CAS)* och *Woman Abuse Screening Tool (WAST)*. Deltagarna kunde även få frågorna upplästa av en kvinnlig forskare. *CAS* är en validerad skala som innehåller kategorierna fysiskt-, känslomässigt- och allvarligt kombinerat våld samt trakasserier. *WAST* berör områdena fysiskt-, sexuellt- och känslomässigt våld. Vårdpersonal intervjuades med åtta öppna frågor kring screening. Intervjuerna spelades in, kategoriserades och analyserades. Analysen presenterades genom statistik och signifikansen mellan de olika metoderna fastställdes.

Deltagare: Inklusionskriterier: kvinna, närvara på kliniken för eget besök, indisk nationalitet, minst 16 år, läsa och tala antingen marathi, hindi eller engelska, ha möjligheten att separera sig från medföljande sällskap, vara i eller nyligen varit i en nära relation. Samtliga deltagare (n=47) var gifta och medelåldern var 42,3 år. Medellängden för de som angav förhållandets längd var 16,6 år. 87 % av kvinnorna hade barn. Även fyra vårdpersonal intervjuades: en läkare, fysioterapeut samt två forskningskoordinatorer.

Resultat: 25 deltagare genomförde formulären på egen hand, 22 fick frågorna upplästa av

forskare. 45 svarade på CAS och 47 på WAST. Svarsfrekvens 96 %. Resultat av screening genom WAST och CAS presenteras i tabell. I WAST screenade 30 % positivt och i CAS 40 %. CAS hade högre sensitivitet och specificitet. Fler fall identifierades genom självrapportering än via personlig kontakt och kvinnorna gavs möjlighet att diskutera våldsutsatthet i efterhand. Vårdpersonalen uppgav att screeningen inte var i enighet med indisk kultur då bland annat frågorna ansågs vara för personliga. De uppgav även att screeningen skulle behöva formas olika beroende på i vilken kontext de skulle användas, t.ex. statliga eller privata sjukhus.

Kvalitet: Hög.

Författare (år): Sprague, Madden, Dosanjh, Petrisor, Schemitsch och Bhandari (2012)

Land: Canada

Titel: Screening for Intimate Partner Violence in Orthopedic Patients: A Comparison of Three Screening Tools

Syfte: Att jämföra tre screeningverktyg med varandra; WAST, *Partner Violence Screen (PVS)*, och direkta frågor enligt mall.

Metod: Kvantitativ metod. Tvärsnittsstudie, observationsstudie. Kvinnorna svarade på tre direkta frågor tagna ur WAST och besvarade också frågeformulären WAST och PVS.

Deltagare: Konsekutivt urval. Samtliga kvinnor på avdelningen som uppfyllde inklusionskriterierna inkluderades; 18 år eller äldre, besitta kunskap i engelsk läs- och skrivförståelse och kunna separera sig från eventuellt sällskap i samband med deltagandet. Kvinnan exkluderades ur studien om hon var för sjuk, skadad eller kognitivt sviktande. 395 kvinnor ansågs vara lämpliga, varav 71,4 % (n=282) svarade. Majoriteten av kvinnorna var över 40 år och medelinkomsttagare.

Resultat: Ofullständigt ifyllda frågeformulär exkluderades (n=74) varpå 35,6 % av de 208 resterande screenade kvinnorna (n=74) identifierades som utsatta för våld i nära relationer. Somliga identifierades enbart då direkta frågor användes som metod (51,4 %) medan andra identifierades genom direkta frågor kombinerat med WAST, alternativt direkta frågor kombinerat med PVS eller WAST kombinerat med PVS. Förekomsten av utsatthet av våld i nära relationer var: 30,5 % med direkta frågor, 12,4 % genom WAST och 9,2 % genom PVS. De direkta frågorna identifierade således flest kvinnor, WAST näst flest och PVS tredje flest. PVS hade, jämfört med de direkta frågorna, en specificitet på 97,8 % och en sensitivitet på 25,3 %. Det gick inte att räkna ut sensitivitet och specificitet för WAST jämfört med de direkta frågorna då samma frågor är användes i båda metoderna.

Kvalitet: Hög.

Författare (år): Williston och Lafreniere (2013)

Land: Canada

Titel: “Holy Cow, Does That Ever Open Up a Can of Worms”: Health Care Providers’ Experiences of Inquiring About Intimate Partner Violence

Syfte: Att undersöka vårdpersonals upplevelser av att möta våldsutsatta kvinnor på en vårdcentral i Canada, liksom att undersöka upplevelsen av att fråga om våld och hantera efterföljande process.

Metod: Med kvalitativ ansats utfördes semistrukturerade intervjuer med spann från 52–84 minuter. Alla deltagare lämnade samtycke. Sju intervjuer genomfördes via fysiskt möte och två via videokonferens. Intervjuerna transkriberades verbatim och deltagarna gavs möjlighet att i efterhand gå igenom datan. Datat analyserades sedan genom fenomenologisk

tolkningsanalys då den lästes i steg och teman togs fram för att sedan jämföras mellan de olika intervjuerna.

Deltagare: Snöbollsurval med utgångspunkt i forskarnas personliga nätverk och yrkesnätverk. Deltagarna skulle ha erfarenhet av att fråga patienter om våld i nära relationer i primärvården för att kunna delta. Nio läkare och sjuksköterskor med 2–39 års erfarenhet av arbete inom primärvård deltog.

Resultat: Att fråga om våldsutsatthet är som början på en lång resa tillsammans med patienten. Omfattningen av den efterföljande processen kan hindra vårdpersonalen från att fråga i och med att de inte vet vilka konsekvenser frågan bär med sig. Att hamna utanför sin bekvämlighets- och kunskapszon, tidsåtgång, att det inte finns någon återvändo när de frågat eller rädsla att skada relationen till patienten var konsekvenser som togs upp. Verktyg som kan stödja vårdpersonalens arbete i identifiering av våldsutsatta kvinnor var t.ex. att möta patienten där hon är, sätta sig in i hennes situation, påminnas att vårdpersonal inte behöver ha färdiga lösningar eller konkret handlingsplan samt att hänvisa vidare till andra instanser.

Kvalitet: Hög.