

EXAMENSARBETE - KANDIDATNIVÅ

VÅRDVETENSKAP MED INRIKTNING MOT OMVÅRDNAD  
VID AKADEMIN FÖR VÅRD, ARBETSLIV OCH VÄLFÄRD  
2018:106

Att våga fråga och kunna vårda  
Sjuksköterskors upplevelser i mötet med våldsutsatta kvinnor

Susanne Risser  
Maria Willberg



HÖGSKOLAN  
I BORÅS

Examensarbetets titel:	Att våga fråga och kunna vårda To have the courage to ask and the ability to care
Författare:	Maria Willberg & Susanne Risser
Huvudområde:	Vårdvetenskap med inriktning mot omvårdnad
Nivå och poäng:	Kandidatnivå, 15 högskolepoäng
Utbildning:	Sjuksköterskeutbildning GSJUK16v
Handledare:	Carolina Lindström
Examinator:	Karin Högberg

## **Sammanfattning**

Våld i nära relationer är ett globalt folkhälsoproblem. Våldsutsatta kvinnor söker sig till ett flertal instanser inom hälso- och sjukvården för att få stöd och hjälp med de symptom som är en följd av våldet. Som en konsekvens är hälso- och sjukvården den samhällsinstans som når flest våldsutsatta kvinnor. Tyvärr visar forskning att hälso- och sjukvården inte lyckas ge våldsutsatta kvinnor den vård de behöver. Många av kvinnorna upplever brister i mötet med hälso- och sjukvården vilket kan innebära att lidandet förstärks. Syftet med studien var att belysa sjuksköterskans upplevelse av att möta våldsutsatta kvinnor. Studien är en analys av kvalitativa artiklar som grundar sig på Fribergs analysmodell. Nio kvalitativa artiklar har granskats för att identifiera sjuksköterskors upplevelser. Resultatet visar att sjuksköterskors upplevelse av de organisatoriska förutsättningarna, de känslomässiga rädslorna och det egna förhållningssättet kan försvåra mötet med våldsutsatta kvinnor. Omständigheterna bidrar till att sjuksköterskor undviker att fråga om våld eller inte ger rätt omvårdnad. Grundläggande kunskap och förståelse för våldets mekanismer är viktigt för sjuksköterskans förhållningssätt i mötet med kvinnorna. Stöd och trygghet som arbetsplatsen erbjuder har betydelse för att sjuksköterskor skall känna sig både fysiskt och känslomässigt trygga att möta och vårda våldsutsatta kvinnor.

Nyckelord: Våld i nära relationer, våldsutsatta kvinnor, sjuksköterska, upplevelse, omvårdnad.

Keywords: Intimate partner violence, abused women, nurse, experience, caring.

# INNEHÅLLSFÖRTECKNING

<b>INLEDNING</b>	<b>1</b>
<b>BAKGRUND</b>	<b>1</b>
Våld i nära relationer	1
Våldsutsatta kvinnors möte med hälso- och sjukvården	2
Sjuksköterskans ansvar	3
Hälsa och lidande i våldsutsatthet	3
<b>PROBLEMFÖRMULERING</b>	<b>4</b>
<b>SYFTE</b>	<b>4</b>
<b>METOD</b>	<b>4</b>
Datainsamling	4
Dataanalys	5
<b>RESULTAT</b>	<b>6</b>
Organisatoriska omständigheter	6
Betydelsen av tid	6
Betydelsen av att vara förberedd	7
Förståelse och förhållningssätt	8
Den otillåtna frustrationen	8
Att se våld som en privat angelägenhet	9
Känslohantering	9
Inre och yttre hot	10
Stänga av och trycka bort egna känslor	10
<b>DISKUSSION</b>	<b>11</b>
Metoddiskussion	11
Resultatdiskussion	12
Kunskap och utbildning	12
Förståelse och tid	13
Stöd till känslohantering	15
Hållbar utveckling	16
Betydelse för vårdandet	17
<b>SLUTSATSER</b>	<b>17</b>
Fortsatt forskning	17
<b>REFERENSER</b>	<b>19</b>
<b>Bilaga 1 – Sökhistorik</b>	<b>24</b>
<b>Bilaga 2 – Artikelöversikt</b>	<b>26</b>

# INLEDNING

Frihet från våld är en grundläggande mänsklig rättighet. #MeToo debatten har bidragit till att göra det tydligt för den bredare allmänheten att våld i nära relationer är en av våra viktigaste jämställdhets- och folkhälsofrågor. Sjuksköterskor har både som individer och utifrån samhället ett ansvar att markera och agera mot våldet. Kunskap och förståelse för våld i nära relationer är ett viktigt steg för hälso- och sjukvården och dess hälsoförebyggande arbete. Medan både män och kvinnor utsätts för våld i nära relationer har vi valt att koncentrera oss på mötet med våldsutsatta kvinnor. Våldsutsatthet bland män för med sig en ytterligare komplexitet både vad gäller offrets upplevelse och vårdpersonals bemötande. Sammantaget skulle det här bli för omfattande inom ramen för en kandidatuppsats. Statistiskt sett är det vanligare att män utövar våld mot kvinnor och att det våld som en kvinna utsätts för blir så pass allvarligt att hon behöver uppsöka hälso- och sjukvården. Som sjuksköterska är det därmed mer troligt att den våldsutsatta patient vi möter är en kvinna. Det är mot denna bakgrund vi har valt att koncentrera oss på sjuksköterskors upplevelse gentemot kvinnor som utsätts för våld i nära relationer.

## BAKGRUND

Våld i nära relationer är ett allvarligt samhälls- och folkhälsoproblem som trots vissa skillnader i frekvens och utbreddhet existerar i varje land och region världen över. I genomsnitt har trettio procent av alla kvinnor globalt utsatts för någon form av våld i en nära relation (World Health Organization (WHO) 2013a, ss. 35–36). Fyrtio procent av de kvinnor i Sverige som anmälde misshandel under 2016 angav att förövaren var en närstående. Motsvarande siffra för män var tre procent (Brottsförebyggande rådet (Brå) 2017, s. 101). Att trettio procent av kvinnorna fick uppsöka hälso- och sjukvård efter misshandeln jämfört med tre procent av männen tyder på att det våld som kvinnor utsätts för är grövre (Brå 2014 s. 7).

### Våld i nära relationer

WHO definierar våld i nära relationer som en handling av en intim partner som åsamkar fysisk, psykisk eller sexuell skada. Detta inkluderar handlingar av fysisk aggression, sexuellt tvång, psykisk misshandel eller kontrollerande beteende. En intim partner, beskrivs enligt WHO främst i maskulina termer där man listar nuvarande eller före detta: make, pojkvän, sambo eller älskare (WHO 2013b s. vii).

Våld i nära relationer kännetecknas av att våldet upprepas och tenderar att eskalera över tid både gällande frekvens och allvarlighetsgrad. Detta innebär att konsekvenserna av våldet blir allvarligare med tiden. Med systematiskt våld och hot försöker mannen ta kontroll över kvinnan. Relationer med inslag av våld innebär även kärlek och ömsesidighet där hopp om förändring kan växa. Detta skapar osäkerhet hos kvinnan och försvårar för henne att lämna situationen. Att anpassa sig till ett liv med våld innebär ofta ett begränsat socialt liv och ett ökat beroende till mannen vilket minskar kvinnans kontaktytor och möjlighet till stöd och hjälp utifrån. Våldet sker i första hand i det egna hemmet vilket försvårar för utomstående att upptäcka våldet och hjälpa (Nationellt

centrum för kvinnofrid (NCK) u.å.). Det kan dessutom vara svårt för omgivningen att förstå varför en kvinna stannar i en relation där hon utsätts för våld. Lundgren, Heimer, Westerstrand och Kalliokoski (2001) beskriver normaliseringen av våldet som en process där gränser succesivt förflyttas. Kvinnan övertar mannens tolkningar av våldet som ett uttryck för hennes misslyckande. De utsatta kvinnorna har därför svårt att förstå sina erfarenheter som just våld så länge de är kvar i situationen. Ett viktigt steg i uppbrottsprocessen är att kvinnan inser att ansvaret för våldet ligger hos mannen och inte hos henne.

## **Våldsutsatta kvinnors möte med hälso- och sjukvården**

Våld i nära relationer är svårt att upptäcka och få kvinnor polisanmäler. Kvinnor som söker sig till hälso- och sjukvården uppger heller sällan våldet som orsak. Den drabbade kan vara omedveten om att våldet är den bakomliggande orsaken till den upplevda ohälsan. Utöver fysiska skador kan ohälsa kopplat till våldsutsatthet även visa sig som depression, ångest, eller självmordstankar. Kvinnorna söker sig därför till ett flertal instanser inom hälso- och sjukvården för att få stöd och hjälp med de fysiska och psykiska symptom som är en följd av våldet. Som en konsekvens når hälso- och sjukvården en fjärdedel av de våldsutsatta kvinnorna medan socialtjänst och frivilligorganisationer endast når en tiondel. Då våldsutsatta kvinnor i större omfattning söker sig till hälso- och sjukvården ligger ett stort ansvar på sjuksköterskor och annan vårdpersonal att uppmärksamma denna problematik. Tyvärr uppdagas inte alltid våldet i vårdkontakten vilket innebär att omvårdnadsinsatser uteblir och kvinnan utsätts för onödigt lidande. Fyrtio procent av de våldsutsatta kvinnor som varit i kontakt med hälso- och sjukvård upplevde att de hade behov som inte blivit tillgodosedda (SOU 2014:49, ss. 52-53, 76).

Utebliven vård är en vanlig form av vårdlidande och kan bero på bristande förmåga eller bristande motiv till vårdandet. Vårdlidande kan ses ur flera perspektiv; kränkning av värdighet, fördömelse, maktutövning samt utebliven vård. Att inte ta patienter på allvar eller ifrågasätta dem innebär både maktutövning och kränkning av deras värdighet. En annan typ av kränkning är att bara se kroppsliga behov och låta människan förbli osedd (Eriksson 1994, ss. 81-88). Tower, Rowe och Wallis (2014) menar att hälso- och sjukvården företrädesvis prioriterar fysiska besvär framför upplevelsen av ohälsa. Detta bekräftas av Pratt-Eriksson, Bergbom och Lyckhage (2014) som uppger att våldsutsatta kvinnor upplever att hälso- och sjukvården har mer riktade resurser inom somatisk vård. Att göra sig sedd och hörd som våldsutsatt kvinna är svårt. Flera studier beskriver dessutom våldsutsatta kvinnors negativa upplevelse av mötet med hälso- och sjukvården där brister i bemötandet utgjorde orsak till det största lidandet och ofta lämnade kvinnorna med en känsla av skuld, skam och bekräftad dålig självbild (Pratt-Eriksson, Bergbom & Lyckhage 2014; Reisenhofer & Seibold 2012; Tower, McMurray, Rowe & Wallis 2006).

När människan inte längre själv kan tillgodose sina grundläggande behov hör det till hennes rätt att någon ser henne utan att hon skall behöva be om det. Att förbli osedd är ett lidande (Eriksson 1994, s. 39).

## Sjuksköterskans ansvar

Sjuksköterskans fyra grundläggande ansvarsområden enligt ICN:s etiska kod är att *”främja hälsa, förebygga sjukdom, återställa hälsa och lindra lidande”*. Alla sjuksköterskor har ett etiskt ansvar att stå upp för patienten när dennes värdighet eller integritet hotas eller kränks. God omvårdnad förutsätter ett öppet förhållningssätt där människans upplevelse av hälsa och ohälsa synliggörs och respekteras (Svensk sjuksköterskeförening (SSF) 2016, ss. 3–17). Tower, Rowe och Wallis (2012) beskriver hur våldsutsatta kvinnor inte alltid får den vård de behöver på grund av sjuksköterskors attityder till våld, både vad gäller kvinnan som är utsatt och sitt eget ansvar. De menar att sjuksköterskor har svårigheter med att se sin roll i mötet med de våldsutsatta kvinnorna och tenderade fokusera på synliga skador framför patientens existentiella ohälsa. Istället för ett öppet förhållningssätt har sjuksköterskor ibland en bestämd uppfattning om de kvinnor som utsätts för våld i nära relationer. Dessa attityder och värderingar spelar roll i mötet och kan leda till att våldsutsatta kvinnor inte uppmärksammas eller får rätt omvårdnad.

Allt fler vårdinstanser, speciellt vid mödra- och barnhälsovård ställer krav på sjuksköterskor att rutinmässigt fråga om våldsutsatthet. Att fråga om våldsutsatthet är också ett sätt att synliggöra våldet. Det kan hjälpa den våldsutsatta kvinnan att förstå att våldet har konsekvenser för hälsan. Det kan även hjälpa vårdgivaren att förstå varför en behandling inte hjälper (Berglund & Tønnesen 2010, s. 16). Trots det visar Sundborg (2015a) att lite under hälften utav de tillfrågade sjuksköterskorna sällan eller aldrig frågade om våld även vid misstanke. Den här tvekan till att fråga kan ha allvarliga konsekvenser för den våldsutsatta kvinnan som i många fall behöver frågan för att kunna öppna upp om våldet. Taylor, Bradbury-Jones, Kroll och Duncan (2013) återger hur våldsutsatta kvinnor såg det som vårdpersonalens ansvar att fråga om våld. De tillfrågade kvinnorna hade svårt att förstå hur sjuksköterskor, som är vana vid att prata om känsliga saker, tyckte det var så svårt att ställa en fråga.

## Hälsa och lidande i våldsutsatthet

Wittenberg, Joshi, Thomas och McCloskey (2007) beskriver hur våldsutsatta kvinnor skuldbelagde sig själva och hur deras självkänsla påverkades negativt. Våldet och känslan av att inte räcka till ledde till minskad livslust och rädsla för livet. Isolering från vänner och familj resulterade i en ensamhet och förlust av frihet och självständighet. Flera kvinnor i studien vittnade om hur de känslomässiga och psykiska problemen orsakade av våldet innebar ett större lidande än de fysiska symtomen. Den här typen av lidande går att koppla till idén om livslidande som Eriksson (1994, ss. 77–93) menar är nära relaterat till människans värdighet och existens och ofta innebär en känsla av otrygghet kring framtiden. Eriksson beskriver hur livslidandet berör människans liv och hållning till sig själv och sin verklighet. Detta väcker djupa existentiella tankegångar. Lyfts inte människan ur sitt livslidande bryts hon succesivt ned. Förutsättningen för att lindra lidande är patienten känner sig välkommen, respekterad och vårdad.

Pratt-Eriksson, Bergbom och Lyckhage (2014) beskriver det lidande som kommer från att inte känna sig vårdad. Våldsutsatta kvinnor i studien kände det som om ingen såg eller trodde på deras lidande. Kvinnorna berättade om vårdpersonal som uppfattades vara utan empati och tålmod. Till slut hamnade kvinnorna i en situation där de hade

förlorat allt hopp. Den vårdande vården är särskilt betydelsefull för sårbara personer medan den ”icke-vårdande vården kan få förödande konsekvenser och leda till vårdlidande. Som orsak till den ”icke-vårdande” vården nämns situationer där vårdare känner rädsla för att bli för involverad eller känner obehag inför svåra frågor som kan uppstå i vårdandet (Dahlberg & Segesten 2010, ss. 211-215).

## **PROBLEMFORMULERING**

Hälso- och sjukvården är den instans som kommer i kontakt med flest kvinnor som utsätts för våld i nära relationer. Ansvar på sjuksköterskor och annan vårdpersonal är således stort då det innebär att de har bättre möjlighet än personal från både socialtjänst och frivilligorganisationer att upptäcka våldsutsatthet. Dock visar forskning på att hälso- och sjukvården inte lyckas uppfylla de våldsutsatta kvinnornas behov. Mötet kan till och med innebära en negativ upplevelse där känslor av skuld och lidande förstärks av vårdpersonalens bemötande. Det blir tydligt att om hälso- och sjukvården ska kunna axla sitt ansvar måste faktorer finnas på plats som underlättar för att fånga upp och vårda dessa kvinnor. Därmed finns ett behov att ta reda på hur sjuksköterskan upplever mötet med en kvinna där misstanke om våld i nära relation väcks.

## **SYFTE**

Att belysa sjuksköterskans upplevelse av att möta våldsutsatta kvinnor.

## **METOD**

För att bäst kunna svara an på syftet om sjuksköterskors upplevelser valdes en analys av kvalitativa artiklar så som den beskrivs i Friberg (2017, ss. 129–138).

Metoden syftar till att öka förståelsen av ett valt fenomen genom att sammanställa forskning till en ny helhet. Denna teoretiska forskning har som mål att bidra med praktiskt användbar kunskap. En artikelsökning och granskning av vetenskapliga artiklar utfördes utifrån det område som presenterats i problemformuleringen. Artiklarna undersöktes och utifrån identifierade nyckelområden formades teman som sammanställdes till ett resultat.

## **Datainsamling**

Efter flera inledande informationssökningar i Cinahl med stort och varierande resultat konstruerades en söksträng för att få en mer riktad och koncentrerad träfflista. Genom att utgå från syftet identifierades ett antal sökord; ”*nurse*”, ”*intimate partner violence*”, ”*women*” och ”*experience*”. Dessa kombinerades med olika synonymer och sökoperatorerna ”OR” och ”AND” som är en del av metoden som beskrivs som BOOLESK söklogik (Östlund 2017, ss. 72–73). Resultatet blev den söksträng som slutligen används i Cinahl och Medline som båda är lämpliga databaser för informationssökning inom den vårdvetenskapliga disciplinen. Med avgränsningarna; ”*peer reviewed*”, ”*english language*” och en maxgräns på tio år sedan publicering koncentrerades

träfflistan ytterligare. Ett flertal sammanfattningar lästes för att anlägga det helikopterperspektiv som Friberg (2017, s. 146) beskriver är viktigt för att få en översikt och identifiera karaktären av studierna.

Redan innan sökningarna togs beslut om att fokusera på våldsutsatta kvinnor. Sökordet ”women” filterade sannolikt bort artiklar med fokus på män och endast ett fåtal artiklar hade våldsutsatta män som huvudtema. I den slutliga sökningen i Cinahl hittades två artiklar som berörde mäns våldsutsatthet i nära relationer. Artiklar som utforskade sjuksköterskestudenters uppfattning om våld valdes bort eftersom syftet med studien är att belysa erfarenheter i själva mötet. Även artiklar som analyserade våld i nära relationer tillsammans med komplikationer som psykisk ohälsa eller missbruk valdes medvetet bort. Det var viktigt att hitta artiklar som presenterade sjuksköterskors upplevelse av att fråga och vårda våldsutsatta kvinnor. Därför föll valet på kvalitativa artiklar då dessa oftare gick in i detaljer kring upplevelser och erfarenheter. Det intressanta var därmed tankar, känslor och funderingar mer än till exempel stereotypa uppfattningar och attityder. En del av artiklarna beskrev båda delar varpå de i så fall togs med men flera utav dem föll bort under de här kriterierna. Efter noggrann genomgång av sökträffarna valdes åtta artiklar ut från Cinahl och en från Medline. Totalt identifierades nio artiklar som väl beskriver syftet. För en detaljerad sökhistorik se bilaga 1.

## **Dataanalys**

Kvaliteten i de valda artiklarna säkerställdes genom att granska innehållet med hjälp av Fribergs granskningsfrågor (2017 s. 187). Processen innebär exempelvis att identifiera ett tydligt syfte och fastställa metod och urval. De tio valda artiklarna lästes förutsättningslöst flertalet gånger av författarna var och en för sig. Tolkningarna jämfördes sedan och bearbetades utifrån Fribergs analysmodell (2017 ss. 135–137) som innebär att varje artikels resultat analyseras och sammanställs utifrån de fynd som svarar mot syftet. Dessa sammanställningar bidrog med att försäkra att hela eller delar av resultatet i varje utvald artikel hade relevans för syftet. Sammanställningarna resulterade slutligen i den artikelmatris som presenteras som bilaga 2. Resultatdelarna i varje artikel lästes nu mer ingående då bland annat likheter och skillnader undersöktes. Därigenom kunde tre övergripande teman identifieras och färgkodas. Meningsbärande citat och uttryck i texten som beskrev sjuksköterskors upplevelser grupperades efter likheter och sorterades därefter under respektive tema. Slutligen identifierades tre huvudteman och sex subteman som utgör strukturen för det resultat som presenteras nedan.



## RESULTAT

I resultatet presenteras en sammanställning av de känslor och tankar som framkommer i upplevelsen sjuksköterskor beskriver av mötet med våldsutsatta kvinnor. Sammanställningen delades upp i tre teman och sex subteman:

<b>Organisatoriska omständigheter</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>• Betydelsen av tid</li><li>• Betydelsen av att vara förberedd</li></ul>
<b>Förståelse &amp; förhållningssätt</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>• Den otillåtna frustrationen</li><li>• En privat angelägenhet</li></ul>
<b>Känslohantering</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>• Inre och yttre hot</li><li>• Stänga av och trycka bort egna känslor</li></ul>

### Organisatoriska omständigheter

I ett yrke som huvudsakligen följer klara riktlinjer över vilken åtgärd som ska sättas in för vilken sjukdom är våldsutsatthet ett hälsoproblem där sjuksköterskor känner sig utan både träning och föreskrifter. Sjuksköterskorna beskriver en osäkerhet över hur de ska fråga om våld och vad som förväntas av dem om de får veta att kvinnan är utsatt för våld. Brist på tid och stor arbetsbörda försvårar situationen ytterligare.

#### Betydelsen av tid

Omvårdnaden av en våldsutsatt kvinna kan ses som en belastning både i tid och arbetsbörda och det finns ett motstånd till att ställa en fråga om våld utan att ha tid att ta emot svaret. En del sjuksköterskor upplever att de måste känna sig redo att hantera kvinnornas berättelse om deras våldsutsatthet för att kunna ställa frågan om våld. Detta innebär att sjuksköterskorna vill känna att de har rätt förutsättningar att hjälpa kvinnan efter det framkommit att hon utsatts för våld. Att fråga utan möjlighet att hjälpa upplevs av sjuksköterskorna som att de gör mer skada än nytta. När tiden är knapp ses det därför som bättre att inte fråga alls. Sjuksköterskor är medvetna om att de undvikit frågan. De beskriver en arbetsmiljö där tempot är högt och tiden helt enkelt inte räcker för att ge det känslomässiga stöd som svaret skulle medföra. För några av sjuksköterskorna leder detta till en gnagande känsla av dåligt samvete och en upplevelse av att inte ha gjort sitt bästa (Beynon, Gutmanis, Tutty, Wathen & MacMillan 2012; Eustace, Baird, Saito & Creedy 2016).

Tidsbrist kan även ses som en ursäkt till att avsäga sig ansvaret för våldsproblematik. Sjuksköterskans ansvarsområden beskrivs som så omfattande att det helt enkelt inte är möjligt att även ha ansvar för våldsutsatta kvinnor. Våldet i sig beskrivs som ett stort och svårt ämne i en arbetssituation där det finns mer än tillräckligt att göra utan att börja gräva för djupt (Henriksen, Garnweidner-Holme, Thorsteinsen & Lukasse 2017; Sundborg, Törnkvist, Saleh-Stattin, Wändell & Hylander 2015b). Vårdpersonal kämpar

med vetenskapen att det inte går att lösa problem som relaterar till våld i nära relationer lika logiskt och snabbt som andra hälsoproblem. För att möta en våldsutsatt kvinna behöver sjuksköterskan gå utanför de ordinarie arbetsuppgifterna vilket kan upplevas övermäktigt eller rent av omöjligt (Williston & Lafreniere 2013). Andra deltagare känner sig övergivna när de upptäcker våld och sedan inser att de står helt utan stöttning eller hjälp av arbetsgivaren (Finnbogadottir & Dykes 2012).

Känslan av otillräcklighet kan minska när tid finns för sjuksköterska och patient att bygga upp en relation. Tiden ger möjlighet att lära känna, se förändringar och tecken som kan göra sjuksköterskan säkrare på hur och när frågan om våld i nära relation kan ställas. Det är mer troligt att kvinnan berättar om våldet när hon känner förtroende för sjuksköterskan. Flera deltagare beskriver känslan av att ha lyckats när de märker att de skapat ett sådant förtroende. Utöver detta berättar en av deltagarna hur hon blir mer beslutsam att hjälpa när hon lärt känna kvinnan. Förståelsen för kvinnan och hennes situation motiverar sjuksköterskan att hjälpa kvinnan (Eustace et al. 2016). Andra deltagare berättar om hur det är känslan av att ha lyckats vinna en kvinnas förtroende som gör att de vågar fråga. När möjligheten finns att kunna vänta lite och boka in ett möte lite senare då försvinner tvivlet (Sundborg et al. 2015b).

### **Betydelsen av att vara förberedd**

Frågan om våld kan liknas med början på en resa. Sjuksköterskan tar genom frågan steget ut på okänd mark utan att veta vart resan slutar. Det här kräver ett visst mod och många känner sig dåligt rustade för att ta det här steget (Williston & Lafreniere 2013). Flera sjuksköterskor erkänner öppet att de inte tycker de har tillräckligt med kunskap eller utbildning att möta en våldsutsatt kvinna. Bristen på kunskap yttrar sig i en nervositet att göra fel. De vet inte vem, när eller hur de ska fråga (Beynon et al. 2012). Det finns en känsla av oro över att fråga vid fel tillfälle och på fel sätt. Tvivlet inför att fråga bottenar i en brist på riktlinjer och strategier (Sundborg et al. 2015b). Den här känslan får medhåll av barnmorskorna i studien av Henriksen et al. (2017). Efter att relativt nyligen fått instruktioner att screena varje kvinna de möter beskriver de en frustration över att ha blivit beordrade att göra något som de inte känner sig redo för. De har blivit tillsagda att fråga men ingen hjälp om *hur*. Dessutom i en arbetssituation som redan är pressad. För en del av dem känns det närmast som en provokation att vara tvungen att göra något utan att först få ordentlig utbildning.

En del barnmorskor beskriver sig själva som en barriär. Hur deras egen brist på kunskap och resurser hindrar dem från att upptäcka våld. De hamnar i en situation där de ser sig själva som det främsta instrumentet att hjälpa våldsutsatta kvinnor men känner sig samtidigt inte säkra på hur de bäst ger hjälp (Finnbogadottir & Dykes 2012). Henriksen et al. (2017) berättar hur barnmorskor känner att ansvaret för kvinnan läggs på deras axlar när de väl har uppdagat våldet. Om känslan av ansvar inte får stöd av kunskap och resurser är risken stor att de kommer att känna att de misslyckats i sina ansträngningar att hjälpa. Ibland går det så långt att barnmorskorna både känner sig och agerar som kvinnan och det ofödda barnets advokat. De anser att det är deras ansvar att försöka skydda både barn och kvinna. När kvinnan inte klarar av att ta de bästa besluten för barnet så ser barnmorskorna det som sin uppgift.

Det beskrivs som en ansvarsfull uppgift som leder till dåligt samvete de gånger hjälpen inte är tillräcklig. När de inte kunnat ge tillräckligt stöd känner barnmorskorna att de svikit både kvinnan och hennes barn. Det här leder till känslor av otillräcklighet och en risk att lägga skulden på sina egna axlar de gånger en våldsutsatt kvinna inte får hjälp (Finnbogadóttir & Dykes 2012). Istället för organisatoriska riktlinjer är det ofta barnmorskornas egna engagemang som gör att de frågar. Deras intresse gör att de kommer på strategier på hur de bäst tar upp ämnet. Positiv feedback från kvinnorna de frågar gör sedan att de blir alltmer säkrare. En barnmorska konstaterar att det inte räcker att bara fråga, de måste även visa att de kan klara av svaren. När hon lyckas förmedla en känsla av trygghet svarar många fler kvinnor ja än vad hon först hade trott (Henriksen et al. 2017).

## **Förståelse och förhållningssätt**

Resultatet visar att det ibland brister i sjuksköterskans förmåga att sätta sig in i den våldsutsatta kvinnans situation. Den här svårigheten att känna förståelse har konsekvenser för sjuksköterskans bemötande och leder till att den våldsutsatta kvinnan inte alltid får den vård hon behöver.

## **Den otillåtna frustrationen**

En känsla som tycks svår att medge och hantera men som nämns i flera studier är frustrationen gentemot den våldsutsatta kvinnan. Att känna frustration, ilska eller ovilja mot patienten går emot både utbildning och föreställningen om en sjuksköterska som empatisk och fördomsfri. Trots det kommer ord som bottnar i just den känslan många gånger ut innan deltagaren hinner tänka. I de flesta fall motsäger de sedan sig själva genom att poängtera att det inte är tillåtet att tänka så, eller att de egentligen inte menar det (Beynon et al. 2012; Goldblatt 2009; Robinson 2010). Den här typen av otillåten frustration tycks grundas i svårigheter att sätta sig in i situationen hos den våldsutsatta kvinnan. Kunskap om våldets mekanismer möjliggör medkänsla men trots att teoretisk förståelse finns verkar det svårt att omvandla detta till en känslomässig förståelse över varför en kvinna stannar i en våldsam situation. Goldblatt (2009) återger hur även en sjuksköterska som är relativt påläst och kan beskriva våldsproblematiken uttrycker hur hon innerst inne inte kan förstå hur en vuxen kvinna inte kan lämna en våldsam partner ens när hennes eget liv och hennes barns hälsa riskeras.

Den här känslan kan förstärkas när sjuksköterskan valt att gå in helhjärtat för att hjälpa en kvinna som nekar hjälpen och går tillbaka eller vägra lämna den våldsamma mannen. Sjuksköterskorna beskriver en blandning av ilska och sorg efter att vårdpersonal varit inblandad i att skydda en gravid kvinna som ber om hjälp men som trots hjälpen några dagar senare går tillbaka till mannen och blir slagen så illa att hon mister barnet. En av dem förklarar hur hon egentligen känner till hur våld i nära relationer fungerar och orsakerna till varför kvinnan stannar. Trots detta har hon svårt att känna förståelse när hon ser det hända (Brykczynski, Crane, Medina & Pedraza (2011). Efter att ha gått igenom hela processen en gång kan det vara än svårare att orka nästa gång. Varför påbörja något när det ändå inte hjälper (Robinson 2010). I vissa fall blir frustrationen så stark att den går över gränsen till fördomsfullhet. Några av sjuksköterskorna beskriver hur de ser våldsutsatta kvinnor som helt ovilliga till att ta emot hjälp. En av dem går så

långt att hon erkänner hur hon egentligen inte tycker om att ta hand om våldsutsatta kvinnor. Kvinnornas rädsla och ovilja att samarbeta i att lösa sina problem gör att hon stöter bort dem (Beynon et al. 2012; Goldblatt 2009).

Andra sjuksköterskor menar att det är nödvändigt att tänka på ett uppbrott från våld som en process, liknande den att sluta röka. Det enda som går att göra är att stötta, finnas där med resurser för kvinnan att använda när hon är redo (Brykczynski et al. 2011). Flera deltagare använder sig av bilder som att räcka ut en hand och hålla en dörr öppen då de beskriver arbetet med att vårda våldsutsatta kvinnor. Små gester som inte kräver respons direkt. De talar om hur viktigt det är att lära sig sina egna gränser för vad som är möjligt att utträtta. Genom att vara medveten om att det inte kommer att bli omedelbara resultat kan de ändå få en känsla av att de gör någonting meningsfullt (Brykczynski et al. 2011; Finnbogadóttir & Dykes 2012).

### **Att se våld som en privat angelägenhet**

Att fråga om någons privatliv ses som något tabubelagt. Frågan är såpass känslig att många av sjuksköterskorna känner det som ett övertramp om den skulle visa sig vara obefogad (Finnbogadóttir & Dykes 2012; Henriksen et al. 2017; Sundborg et al. 2015b). Även i de fall där det finns stark misstanke om våld tvekar sjuksköterskorna ibland att fråga då det finns en uppfattning om att den våldsutsatta kvinnan själv skäms över situationen. Att hon därför inte vill behöva svara på frågan och att det finns en risk att skammen späs på genom att visa att hennes hemlighet har upptäckts (Sundborg et al. 2015b). Även barnmorskor som arbetat i flera år och frågat många kvinnor håller med om att ämnet är känsligt och att de fortfarande inte känner sig säkra på att diskutera det. De uttrycker ämnet som tabubelagt och att de sedan barnsben fått lära sig att inte lägga sig i det som händer i någons privatliv eller bakom hemmets väggar (Henriksen et al. 2017).

Ett av de större obehagen i samband med det här tycks vara att uttrycka en misstanke om våld och sedan inse att den är ogrundad. En sådan händelse beskrivs i termer av att göra bort sig och som något av det värsta som kan hända (Sundborg et al. 2015b). Några av barnmorskorna beskriver en ogrundad fråga som en förolämpning både för kvinnan och mannen i paret. En barnmorska förklarar hur hon själv hade tagit det som en förödmjukelse om någon trott att hon var en sådan kvinna som skulle stanna i ett våldsamt förhållande. Något som också avslöjar hennes egen uppfattning om våldsutsatta kvinnor. Den här typen av obehag bottnar i en rädsla att kvinnan kommer att bli så förolämpad av frågan att relationen som byggts upp raseras (Finnbogadóttir & Dykes 2012).

### **Känslohantering**

Att möta en våldsutsatt kvinna kan föra med sig känslor som är svåra att hantera. I resultatet beskriver sjuksköterskor en rädsla som kan kännas på olika plan från både yttre och inre hot. De berättar även om hur borttryckandet av sina egna känslor är en del av vardagen.

## **Inre och yttre hot**

I ett flertal av artiklarna beskrivs upptäckten av våld som att öppna Pandoras ask eller en "can of worms" (Beynon et al. 2012; Eustace et al. 2016; Williston & Lafreniere 2013). Det är bilden av något hemskt eller obehagligt som väller ut när ett lock lyfts som sedan inte kan stängas igen. Flera av deltagarna berättar om den rädsla de kände när de upptäckte våld i en nära relation. Det är en rädsla för vad som kan hända kvinnan och det ansvar de nu har för att skydda henne. Det är också en rädsla att upptäckten kommer att hota deras egen säkerhet. Rädslan för att den våldsamma partnern skulle vilja hämnas resulterar i en tveksamhet att rapportera. Direkta hot förekommer och flera deltagare berättar hur antingen de själva eller en kollega blivit hotade efter att ha varit inblandade i vårdssituationer där våld förekommit. Rädslan efter en sådan händelse tar lång tid att komma över och kan påverka både arbete och privatliv (Finnbogadóttir & Dykes 2012; Henriksen et al. 2017).

Sundborg et al. (2015b) skildrar en annan typ av rädsla där hotet kommer inifrån. Det är en rädsla som botten i de känslor som våldet kan väcka i en själv. Distriktsköterskorna berättar att de är rädda att bli för känslomässigt involverade. Att de själva ska bli såpass upprörda eller obehagliga till mods att det blir svårt att släppa taget och svårt att utföra sitt arbete. För en del av deltagarna är den här rädslan så djup att det enda sättet man kan skydda sig själv är genom att undvika ämnet. Ångesten som kan följa en upptäckt av våld kan bli så stor och svår att det är bättre att inte riskera den. Goldblatt (2009) redogör för exempel på hur allvarliga dessa känslor faktiskt kan bli. Här beskrivs fall där gränserna mellan sjuksköterskan och den våldsutsatta kvinnan suddats ut och våldet orsakat traumaliknande tillstånd även hos sjuksköterskan. Upplevelserna varierar från att inte kunna sluta tänka på den våldsutsatta kvinnan och det hon gått igenom, till att i det svåraste av fallen uppvisa symtom som närmast kan liknas vid posttraumatiskt stressyndrom (PTSD).

## **Stänga av och trycka bort egna känslor**

Flera sjuksköterskor förklarar att det inte går att utföra sitt arbete korrekt om de fastnar i sina egna känslor. En sjuksköterska berättar hur hon har svårt att ens beskriva känslor numera eftersom mycket av hennes arbete har att göra med att trycka ner och glömma bort. Trots att hon erkänner att hon ibland känner ilska mot både kvinnan som stannar och mannen som slår så är inte ilska en känsla hon tillåter sig eftersom det inte professionellt att bli arg (Goldblatt 2009). Williston och Lafreniere (2013) diskuterar hur det som vårdpersonal är nödvändigt att koppla ur sina egna instinktiva och omedelbara känslor för att kunna engagera sig helt i sin patient. Några av deltagarna berättar hur de behöver tid att känslomässigt förbereda sig innan de både frågar och vårdar en våldsutsatt kvinna. Den här förberedelsen är nödvändig för att kunna ta emot de beskrivningar om våld och den våg av känslor detta kan komma att medföra. Det handlar om att kunna stänga av sina egna känslor för att kunna ta emot kvinnans.

Kontrollerandet av känslor handlar inte endast om att förhålla sig till sin professionella roll utan behövs även för att hindra att upplevelserna spiller över i privatlivet. De allra flesta deltagande sjuksköterskor är kvinnor och för en del visar sig det här innebära en komplexitet. När de kommer hem och går ur rollen som sjuksköterskor går de i många fall in i en roll som mamma, fru eller partner och de hamnar då i samma roll som den av

den våldsutsatta kvinnan. Många av sjuksköterskorna finner detta svårt att hantera utan att det påverkar den egna familjen. Det kan visa sig som en mistänksamhet mot den egna partnern eller ett behov att bevisa att de själva aldrig skulle låta sig hamna i samma situation (Goldblatt 2009).

Andra sjuksköterskor beskriver vikten av att istället hålla fast vid känslan de gånger de lyckats. Då kvinnan orkat ta sig ur ett våldsamt förhållande och sjuksköterskan var där och kunde hjälpa när det hände. Historier med ett lyckligt slut motverkar att de dåliga upplevelserna tar över. De kan behålla känslan av meningsfullhet och orkar fortsätta engagera sig (Brykczynski et al. 2011).

## **DISKUSSION**

### **Metoddiskussion**

Valet av metod föll på en analys av kvalitativa artiklar så som den beskrivs av Friberg (2017). Metoden svarar an till syftet att få en uppfattning om sjuksköterskors upplevelse i mötet med våldsutsatta kvinnor. Som generellt ämne finns det relativt mycket forskning kring våldsutsatta kvinnors möte med hälso- och sjukvården. Därmed gav de första sökningarna ett stort antal träffar. Det som begränsade antalet användbara artiklar var valet att fokusera på de tankar och känslor sjuksköterskor känner i mötet med en våldsutsatt kvinna. Det visade sig att just upplevelsen oftare analyseras ur den våldsutsatta kvinnans synvinkel. Den här koncentrationen på upplevelser kortade av artikellistan så pass mycket att vi istället fick utvidga gruppen som studerades. Till en början var tanken att vi endast skulle använda upplevelser av sjuksköterskor utan specialistkompetens. Det visade sig dock snart att det fanns fler artiklar om barnmorskor där upplevelser och känslor speglades på det sätt vi letade efter. Efter diskussioner om möjliga konsekvenser bestämdes det att ta med artiklar där barnmorskors upplevelser var beskrivna. Tanken var att de resultat som framkom från dessa artiklar även med fördel kunde generaliseras till allmänsjuksköterskors situation. Ett par artiklar blandar sjuksköterskors och läkares upplevelse. I de fallen där deras upplevelser går isär fokuserades det på sjuksköterskorna i studien.

De identifierade teman växte fram efter flera genomgångar och diskussioner av resultatet. Det var relativt enkelt att hitta återkommande områden och begrepp och färgkodningen underlättade kategoriseringen. Svårigheten var att hitta rubriker som på bästa sätt beskrev de identifierade områdena. Friberg använder Morses beskrivning på skillnaden mellan kategorier och teman. Där beskrivs teman som själva essensen som finns i texten medan kategorier är en samling av fakta som är sorterad på samma plats (Morse 2008, se Friberg 2017 ss. 149-150). Genom att välja att rubricera områden med teman blev det viktigt att försöka hitta ord som kunde fånga upp meningen i texten. Dessa teman har därmed blivit ändrade även under skrivandets gång.

Andra faktorer som kan ha påverkat resultatet är att artiklarna innehåller studier från olika länder samt att minst hälften av artiklarna inte specificerade ifall sjuksköterskorna som deltog var kvinnor eller män. Vad gäller olika länder finns en risk att relevansen minskas för den svenska situation vi kommer att arbeta i. För att motverka detta så

mycket som möjligt gjordes ett aktivt urval när det gällde att använda artiklar där lagstadga och kultur inte skiljer sig för markant mot den svenska. Att flera artiklar inte specificerade om de deltagande sjuksköterskorna var kvinnor eller män borde ju även ha konsekvenser för artiklarnas egna resultat. Det tycks vara en intressant faktor att ta med i beräkningen. Det får ändå ses som troligt att manliga sjuksköterskors upplevelser av att vårda våldsutsatta kvinnor skiljer sig åtminstone något från kvinnliga. I de artiklar som specificerade könstillhörighet visade det sig att mycket få manliga sjuksköterskor fanns med. En slutsats skulle därför kunna vara att den stora delen av resultatet grundas på upplevelser av kvinnliga sjuksköterskor. Vilket påverkar resultatets generaliserbarhet.

Att temat mäns våld mot kvinnor är speciellt aktuellt i skrivande stund var troligen en anledning till att ämnet valdes. En av författarna har även en bakgrund i genusfrågor och kvinnors säkerhet vilket ytterligare höjde intresset för våldsutsatthet. Båda faktorer gjorde det nödvändigt att vara aktsam med att inte analysera resultatet utifrån egna uppfattningar och tidigare kunskap. Genom att vara medveten om den egna förförståelsen samt ha kontinuerliga och öppna diskussioner kring förutfattade meningar och tankar minskade risken att förförståelsen färgade resultatet.

## **Resultatdiskussion**

Vårdandet av en våldsutsatt kvinna ses som en svår och ansvarsfull uppgift. Få sjuksköterskor känner att de har förutsättningar för att klara av det här på ett bra sätt och mötet väcker känslor som är svåra att hantera. För att positiva upplevelser ska finnas med i mötet behöver sjuksköterskan ha förståelse för våldsprocessen och för sina egna begränsningar av vad hon kan förväntas åstadkomma.

## **Kunskap och utbildning**

Att stå inför en stor uppgift utan att känna sig tillräckligt förberedd kan vara en obehaglig upplevelse. Resultatet visar på en osäkerhet som genomsyrar mötet mellan sjuksköterskan och den våldsutsatta kvinnan. Utbildning har visat sig minska osäkerheten att fråga om våldsutsatthet. I en studie möttes 15 distriktsköterskor en gång i veckan i två veckor för att utbilda sig om våld i nära relationer. Dagarna emellan de två utbildningstillfällena skulle de använda det de lärt genom att fråga minst en kvinnlig patient om hon hade upplevt våld i nära relationer. Nästa steg var att ge samma utbildning till sina kollegor och därigenom sprida kunskap till hela arbetsplatsen. Medan utbildningen i sin helhet inte uppnådde önskad effekt stärkte den ändå sjuksköterskorna som upplevde mer kontroll i situationer där de frågade om våldsutsatthet. De såg inte heller längre på våld i nära relationer som något privat som de inte borde lägga sig i (Sundborg, Törnkvist, Wändell & Saleh-Stattin 2018). Teoretisk kunskap om våld verkar inte alltid vara tillräckligt. Flera av sjuksköterskorna har kunskap om våld i nära relationer. Ändå känner de sig osäkra på hur de bäst närmar sig ämnet. Problemet har föreslagits ligga i en oförmåga att omvandla kunskap till praktik. För att motverka detta rekommenderas en mer praktisk utbildning där sjuksköterskor inte bara lär sig fakta om våld i nära relationer utan även hur de ska upptäcka och hantera det (Bradbury-Jones, Clark, Parry & Taylor 2016). Praktisk utbildning skulle kunna introduceras redan i kursplanen för sjuksköterskestudenter.

Genom rollspel och verkliga exempel fick studenter som läste till barnmorskor öva sig i själva frågeprocessen. Det här ledde till en markant förbättring i hur väl förberedda de kände sig för att rutinmässigt fråga om våldsutsatthet (Smith, Wight & Homer 2018). Att lära genom rollspel på det här viset kan ge möjlighet att få feedback på sin egen kommunikation och kunna läsa av andras. Efter en gemensam upplevelse är det genom reflektion möjligt att bli medveten om vad som lärts (Lepp 2015). Den här typen av reflekterande arbetssätt hjälper sjuksköterskan att pröva sina värderingar och därmed utveckla förståelsen för det som tidigare ansågs främmande. Reflektion är ett medvetet och aktivt tankearbete genom vilken sjuksköterskan kan utveckla ny kunskap och medvetenhet som sig själv. Denna reflekterande hållning är betydelsefull för att kunna utveckla och förbättra den vårdande vården (Ekebergh 2015, ss. 238–245).

Resultatet visar att sjuksköterskor ofta antar att våldsutsatta kvinnor tycker det är obehagligt och till och med kränkande att bli tillfrågade om sin situation. Denna uppfattning är tvärtemot flera studier som menar att våldsutsatta kvinnor vill bli tillfrågade och känner att det är viktigt att hälso- och sjukvården lyfter frågan (Bradbury-Jones, Taylor, Kroll & Duncan, 2014; Koziol-McLain, Giddings, Rameka & Fyfe 2008). Ett öppet förhållningssätt är betydelsefullt för att omvärdera gamla synsätt och tillgodogöra sig ny information medan brist på öppenhet kan innebära att människan fastnar i bestämda antaganden. En sådan medveten hållning ställer krav på förmåga att kunna släppa sin förförståelse och vara fördomsfri i mötet med patienten. Det vårdande förhållningssättet kännetecknas av att patienten blir sedd genom att sjuksköterskan uppmärksammar patientens behov och bekräftar hennes lidande. Ett sådant öppet förhållningssätt innebär att sjuksköterskan är nyfiken och låter sig beröras av patientens berättelse (Ekebergh 2015, ss. 121–128). Förförståelse och skillnader i uppfattningar mellan sjuksköterskan och den våldsutsatta kvinnan kan få konsekvenser som gör att kvinnan inte får den vård hon behöver.

En del kvinnor menar att det är hälso- och sjukvårdens ansvar att fråga då de många gånger själva kan ha svårt att sätta ord på sina erfarenheter (Bradbury-Jones et al. 2014). Normaliseringsprocessen beskriver att det onormala i en våldsrelation succesivt blir normalt och våldsutsatta kvinnor kan ha svårt att förstå att de är offer i en våldssituation (NCK u.å.). Flera kvinnor har insett att de lever i en våldsrelation först efter att de fått frågan av vårdpersonal. Kvinnorna uttrycker att det är omöjligt att berätta om situationen om de inte ens är medvetna om den (Bradbury-Jones et al. 2014). Kvinnornas sårbara situation och deras oförmåga att själva ta steget att berätta innebär att hälso- och sjukvårdens ansvar att fråga blir större och viktigare. Att många sjuksköterskor väljer att inte fråga på grund av felaktig uppfattning om integritetskränkning kan därmed ha flera negativa konsekvenser för en våldsutsatt kvinna.

### **Förståelse och tid**

I resultatet framkommer att sjuksköterskor upplever frustration gentemot kvinnan i mötet. Frustrationen bidrar till en känslomässig reaktion som gör det svårt att förstå och känna empati. Empati och medlidande är begrepp som i vårdrelationen utgår ifrån att patienten känner sig sedd och tagen på allvar (Wiklund 2003, ss. 164–167). Empatisk förståelse innebär en förmåga att sätta sig in i andra personers känslor. Att förstå en



annan persons perspektiv. Det innebär inte detsamma som att kunna känna likadant som den andra personen (Sandman & Kjellström 2015, ss. 54–55). Frustrationen sjuksköterskorna känner bottnar i en brist på förståelse för hur och varför kvinnan reagerar och agerar som hon gör. Trots det borde det vara möjligt att genom empatisk förståelse se situationen från kvinnans perspektiv. Vikten av att sätta kvinnan i fokus är något som lyfts i en studie om barnmorskors erfarenheter av våld i nära relationer. Barnmorskor uttrycker hur de kan få till sig kunskap genom att lyssna och verkligen ta in kvinnornas historier. Genom att ge kvinnan all uppmärksamhet kan hon ibland öppna upp om sin våldsutsatthet utan att frågan ens behöver ställas (Mauri, Nespoli, Persico & Zobbi 2015). Lidande är kopplat både till ohälsa och patientens upplevelse av sin livssituation. För att främja hälsa och minimera lidande är det av stor vikt att sjuksköterskor har möjlighet att bekräfta kvinnan och lyckas möta henne utifrån den livsvärld hon erfar (Dahlberg & Segesten 2010, ss. 211–215). Kunskap och förståelse för våldets orsak och verkan kan hjälpa sjuksköterskor att göra realistiska bedömningar av våldsutsatta kvinnors situation. Bekräftelse ger de våldsutsatta kvinnorna styrka och kraft att själva påverka sin situation (Pratt-Eriksson, Bergbom & Lyckhage 2014).

Det är viktigt att sjuksköterskor förstår den komplicerade process som våldsutsatta kvinnor går igenom för att till slut landa i ett uppbrott. Att kvinnan berättar om sin våldsutsatthet innebär inte per automatik att kvinnan är redo eller ens har för avsikt att lämna relationen. Uppbrottsprocessen kan innebära många försök att lämna mannen för att sedan gå tillbaka. Sjuksköterskan behöver förstå situationen utifrån kvinnans perspektiv. Hon kan se fler anledningar till att stanna kvar hellre än att lämna. Att berätta om sin utsatthet är ett stort och viktigt steg och ibland är det bästa stödet att bara finnas där tills kvinnan är redo (Bradbury-Jones, Appelton & Watts 2016). Med hjälp av livsvärldsteorin kan sjuksköterskor bortse sin egen förförståelse genom att fokusera på kvinnan. Livsvärldsteorin innebär att försöka möta och förstå patientens upplevelser och erfarenheter genom öppenhet och intresse. Med ett livsvärldsperspektiv kan sjuksköterskor skapa förståelse för patienten på ett nytt sätt (Ekebergh 2015, ss. 66-73). Flera av de positiva känslorna som beskrivs i resultatet kommer just när sjuksköterskan känner förståelse både för processen och för sina egna begränsningar. Att det kan vara små gester som över lång tid slutligen får en våldsutsatt kvinna att söka hjälp. I den känslan finns den meningsfullhet som ger viljan att fortsätta.

Det är svårt att motverka eller ignorera den barriär i form av tidsbrist som flertalet av de utvalda artiklarna nämner. Det är förmodligen mindre troligt att en kvinna väljer att avslöja sin våldssituation i en stressad miljö, eller till en sjuksköterska hon inte hunnit bygga upp någon slags relation till. Samtidigt lyfter Wilson (2015) frågan över varför sjuksköterskan ser relationen till patienten som så viktig just i fall med våld i nära relationer. Wilson menar att när det gäller andra känsliga ämnen säkerställer sjuksköterskorna själva att de har tillräcklig kunskap och förberedelser. Varför är det då inte möjligt när det gäller våldsutsatta kvinnor? Svensk sjuksköterskeförening (2017, s. 4) beskriver hur varje sjuksköterska har ett eget ansvar för att identifiera styrkor och svagheter i den egna kompetensen och utifrån reflekterande förhållningsätt utveckla sin kompetens. Några av barnmorskorna i studierna som tas upp här visar också på att när eget intresse och engagemang finns så kommer de själva fram till strategier för att hantera mötet med våld i nära relationer. Samtidigt behövs det organisatoriska stödet för att helt kunna säkerställa att våldsutsatta kvinnor

genomgående får den vård de behöver. Studien av Sundborg, Törnkvist, Wändell och Saleh-Stattin (2018) tyder till exempel på att utbildning för sjuksköterskor inte har samma effekt om inte det organisatoriska stödet finns på plats.

Det tycks därmed inte möjligt att diskutera förbättringar i vården av våldsutsatta kvinnor utan att ta med tidsbrist och arbetsbörda i beräkningen. Att det behövs tid för att bättre kunna ge en vårdande behandling är inte heller något som är exklusivt för mötet med en våldsutsatt kvinna. Det vore svårt att argumentera att tid inte underlättar möjligheten att ta in patientens livsvärld. Tid som i dagens sjukvård ofta inte finns och där tung arbetsbörda rapporterats som en av de vanligaste stressorererna för en nyutexaminerad sjuksköterska (Halpin, Terry & Curzio 2017). Det viktigaste är kanske att så långt som möjligt förbereda sjuksköterskor så att även om tid fortsätter vara en begränsning ska det inte användas som en ursäkt.

### **Stöd till känslohantering**

Upprepade gånger beskriver sjuksköterskor känslor som de får trycka undan eller inte tillåta sig själva att känna. Från rädsla till ilska eller att bli för känslomässigt engagerad, ingenting ska synas i det professionella yttre en sjuksköterska behöver uppvisa. Taylor et al. (2013) beskriver hur sjuksköterskor förväntas kunna ta emot detaljerade beskrivningar om våld utan att bli alltför påverkade. Hur de ska kunna visa empati utan tårar. Det här reflekteras även i Ericssons definition av medlidande (1994, ss. 35–37) som beskrivs som en inre, personlig hållning. Det är nödvändigt att vara öppen och lyhörd för andras lidande utan att det egna lidandet blir större än medlidandet. När vårdaren lider minskar förmågan att hjälpa patienten. Att visa medlidande utan att själv lida är därmed en balansakt.

Kvinnornas berättelser har ofta betydande känslomässig effekt på sjuksköterskorna. Utan rätt stöd kan det leda till negativa hälsoeffekter även för dem (Bradbury-Jones & Taylor 2013; Taylor et al. 2013). Sekundär traumatisk stress och PTSD är verkliga hälsorisker för sjuksköterskor som på ett eller annat sätt kommer i kontakt med effekterna av våld. Särskilt yngre sjuksköterskor som saknar strategier för att hantera upplevelserna visade tecken på PTSD i en undersökning av Lavoie, Talbot och Mathieu (2010). Sjuksköterskor behöver bli mer medvetna om riskfaktorerna och symtomen i samband med sekundär traumatisk stress. Genom större medvetenhet kan lämpliga självomsorgsstrategier bland sjuksköterskor utvecklas. Tyngden av upplevelsen kan lätta genom att sjuksköterskor ges möjlighet att samtala med varandra. När de blir lyssnade till och får stöd från kollegor som gått igenom liknande saker blir det lättare att släppa negativa tankar och känslor (Bradbury-Jones & Taylor 2013; Lavoie, Talbot & Mathieu 2010). Förebyggandet av sekundär traumatisk stress är emellertid inte enbart individens ansvar utan måste även vara förankrat i organisatoriskt stöd. En stödjande organisation bör kunna erbjuda en säker miljö för att möjliggöra för vårdpersonal att tala öppet om svåra upplevelser (Duffy, Avalos & Dowling 2015).

Sjuksköterskor kan vara speciellt sårbara för sekundär traumatisk stress då de i sin roll ofta får en mer långvarig och personlig relation med kvinnan än till exempel läkare. Det är sjuksköterskan som har ansvaret för det känslomässiga stödet och som ska finnas till hands för att lyssna. Det här stödet kan även inkludera andra familjemedlemmar och

sjuksköterskan blir därmed involverad i hela kontexten runt en patient (Boyle 2011). Känslan av ansvar är djupt rotad och utgör de grundläggande huvudkomponenterna i sjuksköterskans etiska kod (SSF 2017, s. 3). När en kvinna har öppnat upp om att hon är utsatt för våld tar sjuksköterskan på sig ansvaret för kvinnans säkerhet. Resultatet visar att det här kan väga tungt på sjuksköterskans axlar. Någonstans måste det också finnas ett ansvar gentemot sjuksköterskans egen säkerhet. Det gäller både fysisk och känslomässig säkerhet. För att kunna vårda måste sjuksköterskan kunna känna sig säker. För att kunna stötta måste sjuksköterskan själv stå stadigt. För det här behövs stöd, både organisatoriskt och kollegor emellan.

## **Hållbar utveckling**

Våld i nära relationer är ett allvarligt samhällsproblem och det finns starka skäl att på olika sätt förebygga våldshandlingar och sammanställa vetenskaplig kunskap om åtgärder för att hjälpa dem som drabbas. Sedan 1990-talet har i genomsnitt 17 kvinnor per år enbart i Sverige mist livet orsakat av våld i nära relationer. Misshandel och hot har ofta pågått under en tid innan kvinnan blir dödad och i flera fall är våldet känt hos hälso- och sjukvård (NCK u.å.). Depression, fysisk ohälsa, hjärtinfarkt och riskbruk av alkohol är vanligare hos kvinnor som utsätts för våld i nära relationer än för icke utsatta kvinnor (NCK 2014, ss. 86–87). Den ökade ohälsan, den stora ekonomiska belastningen för samhället och kvinnors lidande utgör anledning till att förbättra de förebyggande insatserna kring våld i nära relationer (SOU 2014:49 s. 20).

Ett samhälle utan våld i nära relationer är en förutsättning för att uppnå flera av de globala mål som Förenta Nationerna (FN) har utvecklat i Agenda 2030. Mål fem om jämställdhet tar specifikt upp att våld mot kvinnor och flickor helt skall utrotas. Mål tre strävar mot god hälsa och välbefinnande hos världens befolkning genom förebyggande insatser (FN 2018). Sjuksköterskan har enligt ICN:s etiska kod ett särskilt ansvar för att initiera och främja insatser som tillgodoser medborgarnas och i synnerhet sårbara gruppers hälsa och sociala behov (SSF 2017, ss. 3–6). Hälso- och sjukvården har därmed ett ansvar att upptäcka våldsutsatthet för att för att kunna ge god vård och behandling. De våldsutsatta kvinnorna söker överallt inom vården och kunskap om våldets utbredning och konsekvenser behöver därför nå alla discipliner inom hälso- och sjukvården. Genom att lyfta frågan om våld i det dagliga arbetet skulle chanserna till tidig upptäckt och möjligheterna till god omvårdnad förbättras. Dessutom skulle sannolikt fler kvinnor våga be om hjälp. När de våldsutsatta kvinnorna upptäcks i ett tidigt skede ökar möjligheterna att förebygga ohälsa och bidra till lindrat lidande. En positiv effekt av tidig upptäckt är sannolikt lägre samhällskostnader relaterat till förbättrad hälsa och ökad livskvalitet.

Kunskapen om våldets ekonomiska konsekvenser är begränsad och det är endast en liten del av våldet som kommer till myndigheters kännedom. I Sverige uppskattas samhällets kostnad för våld i nära relationer till tre miljarder kronor. Statens och kommunernas kostnad uppskattades till en miljard kronor vardera (Socialstyrelsen 2006, s. 39). På en global nivå finns uppskattningar om att kostnaderna för våld i nära relationer vida överstiger kostnader förorsakade av inbördeskrig (SOU 2015:55 ss. 95–122). Våld i nära relationer är både samhällsekonomiskt och socioekonomiskt kostsamt och kostnaderna och konsekvenserna kvarstår under lång tid. I synnerhet det stora

lidande som de våldsutsatta kvinnorna utstår. Att tänka framåt och planera för insatser som förebygger våldet och underlättar tidig upptäckt bidrar till hållbar utveckling både ekologiskt, ekonomiskt och socialt.

## **Betydelse för vårdandet**

Studien pekar på ett antal punkter som kan underlätta för vårdande och bemötande av våldsutsatta kvinnor:

- Det är viktigt med en förståelse för den process som kan behövas för att en våldsutsatt kvinna ska lämna ett destruktivt förhållande. Det går inte att förvänta sig att kvinnan är redo att lämna bara för att hon berättat om sin våldsutsatthet.
- Våldsutsatta kvinnor vill och behöver bli frågade om de utsätts för våld. Sjuksköterskan behöver gå ifrån uppfattningen att frågan kan vara integritetskränkande eller att våld i nära relationer är ett privat område.
- Kunskap finns att hämta i de våldsutsatta kvinnornas historier. Att sätta kvinnan i fokus och lyssna kan vara den viktigaste faktorn för att uppnå ett vårdande möte.

## **SLUTSATSER**

De känslor av frustration och osäkerhet som sjuksköterskor känner i mötet med våldsutsatta kvinnor går att motverka med kunskap och djupare förståelse. När teoretisk kunskap inte är tillräcklig behövs mer praktiska utbildningar där sjuksköterskor får öva sig på frågeprocessen och andra situationer som kan uppkomma i vården av en våldsutsatt kvinna. Den här typen av praktiskt lärande skulle med fördel kunna vara del av kursen om våld i nära relationer som nu planeras vara obligatorisk i sjuksköterskeutbildningen. Vårdvetenskapliga metoder som reflektion och livsvärldsteori kan underlätta känslan av förståelse. De här metoderna hjälper sjuksköterskan att uppmärksamma sin egen förförståelse och bli mer öppen gentemot kvinnans känslor. Precis som med andra sårbara grupper har sjuksköterskan ett speciellt ansvar att ge våldsutsatta kvinnor den vård de behöver. Samtidigt finns det också ett ansvar att garantera sjuksköterskans säkerhet och hälsa. Sjuksköterskor behöver bli bättre på att hitta strategier för att kunna hantera svåra känslor och det behöver finnas stöd att få, både från kollegor och från den större organisationen.

## **Fortsatt forskning**

Vi upplever att det saknas forskning inom området våld i nära relationer utifrån sjuksköterskans perspektiv. Befintlig forskning koncentrerar sig mer på de våldsutsatta kvinnornas upplevelser. Tittar vi på ämnet ur en nordisk kontext finns det sparsamt med forskning oavsett perspektiv. Mycket av den forskning som finns är analyserad ur specialistsjuksköterskors upplevelser. Både barnmorskor och distriktsjuksköterskor på en vårdcentral erbjuds ett annat arbetssätt än allmänsjuksköterskor på en vårdavdelning vilket skulle kunna ha betydelse för deras upplevelser i mötet med våldsutsatta kvinnor.

Med tanke den omfattande problematik som våld i nära relationer för med sig ser vi ett behov av mer empirisk forskning där resultatet är direkt överförbart till nordisk sjukvård. Bättre förståelse för allmänsjuusköterskans upplevelser skulle kunna leda till mer riktade insatser i syfte att stärka alla sjuksköterskor i möten med våldsutsatta kvinnor. Det här i sin tur skulle leda till bättre omvårdnadsåtgärder.

## REFERENSER

Berglund, A. & Tønnesen, E. (2010). Varför ska frågan om erfarenhet av våld ställas? I NCK:s rapport *Att fråga om våldsutsatthet som en del av anamnesen*. Uppsala: Nationellt centrum för kvinnofrid

Beynon, C., Gutmanis, I., Tutty, L., Wathen, C. & MacMillan, H. (2012). Why physicians and nurses ask (or don't) about partner violence: A qualitative analysis. *BMC Public Health*, 12, s. 473.

DOI: 10.1186/1471-12-473

Boyle, D. (2011). Countering Compassion Fatigue: A Requisite Nursing Agenda. *Online Journal of Issues in Nursing*, 16(1), ss. 1-13

Bradbury-Jones, C., Clark, M., Parry, J. & Taylor, J. (2016) Development of a practice framework for improving nurses' responses to intimate partner violence. *Journal of Clinical Nursing*, 26(15-16) ss. 2495-2502.

DOI: 10.1111/jocn.1376

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, ss. 3057-3068.

DOI: 10.1111/jocn.12534/jocn.12534

Bradbury-Jones, C. & Taylor, J. (2013). Domestic abuse as a transgressive practice: understanding nurses' responses through the lens of abjection. *Nursing Philosophy* 14, ss. 295-304.

Bradbury-Jones, C., Appelton, J. & Watts, S. (2016). Recognising and responding to domestic violence and abuse: the role of public health nurses. *Community Practitioner*, 89(3), 24-28.

Brottsförebyggande rådet (Brå) (2014). Brott i nära relationer – en nationell kartläggning (Rapport 2014:8). Stockholm: Brottsförebyggande rådet.

<https://www.bra.se/publikationer/arkiv/publikationer/2014-05-09-brott-i-nara-relationer.html> [2019-02-27]

Brottsförebyggande rådet (Brå) (2017). Nationella trygghetsundersökningen 2017 (Rapport 2018:1). Stockholm: Brottsförebyggande rådet.

<https://www.bra.se/publikationer/arkiv/publikationer/2018-01-29-nationella-trygghetsundersokningen-2017.html> [2019-02-25]

Brykczynski, K. A., Crane, P., Medina, C. K. & Pedraza, D. (2011). Intimate partner violence: Advanced practice nurses clinical stories of success and challenge. *Journal of the American Academy of Nurse Practitioners*, 23(3), ss. 143-152.

<http://dx.doi.org/10.1111/j.1745-7599.2010.00594.x>

Dahlberg, K. & Segesten, K. (2010). *Hälsa & vårdande. I teori och praxis*. Stockholm: Natur & Kultur.

Duffy, E., Avalos, G. & Dowling, M. (2015). Secondary traumatic stress among emergency nurses: a cross-sectional study. *International Emergency Nursing*, 23(2), ss. 53-58.

Ekebergh, M. (2015). Att förstå patienten ur ett livsvärldsperspektiv. I Arman, M., Dahlberg, K. & Ekebergh, M. (red.) *Teoretiska grunder för vårdande*. Stockholm: Liber, ss. 66-75.

Ekebergh, M. (2015). Vårdande möten. I Arman, M., Dahlberg, K. & Ekebergh, M. (red.) *Teoretiska grunder för vårdande*. Stockholm: Liber, ss. 121-128.

Ekebergh, M. (2015). Reflexionens roll för vårdande vård. I Arman, M., Dahlberg, K. & Ekebergh, M. (red.) *Teoretiska grunder för vårdande*. Stockholm: Liber, ss. 238-245.

Eriksson, K. (1994). *Den lidande människan*. Stockholm: Liber utbildning.

Eustace, J., Baird, K., Saito, A. & Creedy, D. (2016). Midwives' experiences of routine enquiry for intimate partner violence in pregnancy. *Women and Birth*, 29(6), ss. 503-510.

[DOI: 10.1016/j.wombi.2016.04.010](https://doi.org/10.1016/j.wombi.2016.04.010)

Finnbogadóttir, H. & Dykes, A-K. (2012). Midwives' awareness and experiences regarding domestic violence among pregnant women in southern Sweden. *Midwifery*, 28(2), ss. 181-189.

[DOI: 10.1016/j.midw.2010.11.010](https://doi.org/10.1016/j.midw.2010.11.010)

FN (2018). *Globala målen för hållbar utveckling*.

<https://fn.se/globala-malen-for-hallbar-utveckling/> [2019-03-25]

Friberg, F. (2017). *Dags för uppsats: Vägledning för litteraturbaserade examensarbeten, tredje uppl.* Lund: Studentlitteratur.

Ekebergh, M. (2015). Reflexionens roll för vårdande vård. I Arman, M., Dahlberg, K. & Ekebergh, M. (red.) *Teoretiska grunder för vårdande*. Stockholm: Liber, ss. 238-245.

Goldblatt, H. (2009). Caring for abused women: Impact on nurses' professional and personal life experiences. *Journal of Advanced Nursing*, 65(8), ss. 1645-1654.

[DOI:10.1111/j.1365-2648.2009.05019.x](https://doi.org/10.1111/j.1365-2648.2009.05019.x)

Halpin, Y., Terry, L.M. & Curzio, J. (2017). A longitudinal, mixed methods investigation of newly qualified nurses' workplace stressors and stress experiences during transition. *Journal of Advanced Nursing*, 73(11), ss. 2577-2586.

[DOI: 10.1111/jan.13344](https://doi.org/10.1111/jan.13344)

Henriksen, L., Garnwidner-Holme, L. M., Thorsteinsen, K. K. & Lukasse, M. (2017). It is a difficult topic – a qualitative study of midwives experiences with routine antenatal enquiry for intimate partner violence. *BMC Pregnancy & Childbirth*, 17(1), ss. 1-9.  
[DOI:10.1186/s12884-017-1352-2](https://doi.org/10.1186/s12884-017-1352-2)

Koziol-McLain, J., Giddings, L., Rameka, M. & Fyfe, E. (2008). Intimate Partner Violence Screening and Brief Intervention: Experiences of Women in Two New Zealand Health Care Settings. *Journal of Midwifery & Women's Health*, 53(6), 504-510  
[DOI: 10.1016/j.mwh.2008.06.002](https://doi.org/10.1016/j.mwh.2008.06.002)

Lavoie, S., Talbot, L. & Mathieu, L. (2010). Post-traumatic stress disorder symptoms among emergency nurses: their perspective and a 'tailor made' solution. *Journal of Advanced Nursing* 67(7), ss. 1514–1522.  
[DOI: 10.1111/j.1365-2648.2010.05584.x](https://doi.org/10.1111/j.1365-2648.2010.05584.x)

Lepp, M. (2015). Drama som levandegör och fördjupar kunskaper om vårdande. I Berglund, M. & Ekebergh, M. (red.) *Reflektion i lärande och vård – en utmaning för sjuksköterskan*. Lund: Studentlitteratur, ss. 109-126.

Lundgren, E., Heimer, G., Westerstran, J. & Kalliokoski, A-M. (2001). *Slagen dam. Mäns våld mot kvinnor i jämställda Sverige – en omfångsundersökning*. Umeå: Brottsoffermyndigheten; Uppsala: Uppsala Universitet.

Mauri, E., Nespoli, A. & Persico, G. (2015). Domestic violence during pregnancy: Midwives experiences. *Midwifery* 31 (5), ss. 498-504  
<https://doi.org/10.1016/j.midw.2015.02.002>

Nationella samordnaren mot våld i nära relationer (2014). *Våld i nära relationer – en folkhälsofråga* (SOU 2014:49). Stockholm: Justitiedepartementet.

Nationellt centrum för kvinnofrid (NCK) (u.å.). *Våld i nära relationer*.  
<http://nck.uu.se/kunskapsbanken/amnesguider/vald-i-nara-relationer> [2019-01-30]

Pratt-Eriksson, D. K., Bergbom, I. & Lyckhage, D. E. (2014). Don't ask don't tell: Battered women living in Sweden encounter with healthcare personnel and their experience of the care given. *International Journal of Qualitative Studies on Health and Well-being*, 9(1), ss. 1-7.  
[DOI:10.3402/qhw.v9.23166](https://doi.org/10.3402/qhw.v9.23166)

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

Robinson, R. 2010. Myths and Stereotypes: How Registered Nurses Screen for Intimate Partner Violence. *Journal of Emergency Nursing*, 36(6), ss. 572–576.  
[DOI: 10.1016/j.jen.2009.09.008](https://doi.org/10.1016/j.jen.2009.09.008)



Sandman, L. & Kjellström, S. (2015). *Etikboken: Etik för vårdande yrken*. Lund: Studentlitteratur.

Smith, R., Wight, R. & Homer, C. (2018). "Asking the hard questions": Improving midwifery students' confidence with domestic violence screening in pregnancy. *Nurse Education in Practice* 28, ss. 27-33.  
DOI: [10.1016/j.nepr.2017.05.006](https://doi.org/10.1016/j.nepr.2017.05.006)

Socialstyrelsen (2006). *Kostnader för våld mot kvinnor. En samhällsekonomisk analys*.  
<https://www.socialstyrelsen.se/publikationer2006/2006-131-34> [2019-03-07]

Sundborg, E. (2015a). Om man inte frågar får man inget veta. Diss. Stockholm: Karolinska Institutet. <https://openarchive.ki.se/xmlui/handle/10616/44879>

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

Sundborg, E. Törnkvist, L., Wändell, P. & Saleh-Stattin, N. (2018). Impact of an educational intervention for district nurses about preparedness to encounter women exposed to intimate partner violence. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 32, ss. 902-913  
DOI: [10.1111/scs.12521](https://doi.org/10.1111/scs.12521)

Svensk sjuksköterskeförening (SFF) (2017). *ICN:s etiska kod för sjuksköterskor*. Stockholm: svensk sjuksköterskeförening. <https://www.swenurse.se/sa-tycker-vi/publikationer/etik/ICNs-etiska-kod-for-sjukskoterskor/> [2019-01-15]

Svensk sjuksköterskeförening (SFF) (2016). *Värdegrund för omvårdnad*. Stockholm: svensk sjuksköterskeförening.  
<https://www.swenurse.se/Sa-tycker-vi/publikationer/Etik/Vardegrund-for-omvardnad> [2018-02-05]

Taylor, J., Bradbury-Jones, C., Kroll, T. & Duncan, F. (2013). Health professionals' beliefs about domestic abuse and the issue of disclosure: A critical incident technique study. *Health & Social Care in the Community*, 21(5), ss. 489-499.  
DOI: [10.1111/hsc.12037](https://doi.org/10.1111/hsc.12037)

Tower, M., Rowe, J. & Wallis, M. (2012). Reconceptualising health and health care for women affected by domestic violence. *Contemporary Nurses*, 42(2), ss. 216-225.  
DOI: [10.5172/conu.2012.42.2.216](https://doi.org/10.5172/conu.2012.42.2.216)

Trevillion, K., Agnew-Davies, R. & Howard, L. M. (2013). Healthcare professionals' response to domestic violence. *Primary Health Care*, 23(9), ss. 34-42.  
DOI: [10.7748/phc2013.11.23.9.34.e828](https://doi.org/10.7748/phc2013.11.23.9.34.e828)

Utredningen som skall föreslå en nationell strategi mot mäns våld mot kvinnor (2015). *Nationell strategi mot mäns våld mot kvinnor och hedersrelaterat våld och förtryck* (SOU 2015:55). Stockholm: Socialdepartementet.

Wiklund, L. (2003). *Vårdvetenskap i klinisk praxis*. Stockholm: Natur och kultur.

Williston, C. & Lafreniere, K. (2013). "Holy Cow, Does That Ever Open Up a Can of Worms": Health Care Providers' Experiences of Inquiring About Intimate Partner Violence. *Health Care for Women International*, 34(9), 814-831.  
DOI: [10.1080/07399332.2013.79446](https://doi.org/10.1080/07399332.2013.79446)

Wilson, D. (2015). Practicing with our hearts and minds: nurses and intimate partner violence. *Journal of Clinical Nursing* 24. ss. 2055-2056.  
DOI: [10.1111/jocn.12897](https://doi.org/10.1111/jocn.12897)

Wittenberg, E., Joshi, M., Thomas, K. & McCloskey, L. (2007). Measuring the effect of intimate partner violence on health-related quality of life: A qualitative focus group study. *Health and Quality of Life Outcomes*, 5(1), s. 67.  
DOI: [10.1186/1477-7525-5-76](https://doi.org/10.1186/1477-7525-5-76)

World Health Organization (WHO) (2013a). Global and regional estimates of violence against women: prevalence and health effects of intimate partner violence and non-partner sexual violence.  
<https://www.who.int/reproductivehealth/publications/violence/9789241564625/en>  
[2018-10-15]

World Health Organization (WHO) (2013b). Responding to intimate partner violence and sexual violence against women – WHO clinical and policy guidelines.  
<https://www.who.int/reproductivehealth/publications/violence/9789241548595/en/>  
[2019-02-20]

Östlundh, L. (2017). Informationssökning. I Friberg, F. (red.) *Dags för uppsats: vägledning för litteraturbaserade examensarbeten*, tredje uppl. Lund: Studentlitteratur, ss. 59-81.

## Bilaga 1 – Sökhistorik

CINAHL 2018-11-27	Sökord & Limiters	Antal träffar	Lästa abstract	Första urval	Valda artiklar
<b>Sökning</b>	nurses AND (intimate OR domestic OR partner OR women) AND (violence OR abuse OR battered) AND (screening OR identif* OR asking OR ask OR recogni* OR awareness) AND (experience OR attitude OR psychosocial OR perception)	475			
<b>Sökning</b>	<b>Limiters:</b> Publication year 2008-2018 English language, Peer Reviewed	234	45	27	8

Medline 2018-11-27	Sökord & Limiters	Antal träffar	Lästa abstract	Första urval	Valda artiklar
<b>Sökning</b>	nurses AND (intimate OR domestic OR partner OR women) AND (violence OR abuse OR battered) AND (screening OR identif* OR asking OR ask OR recogni* OR awareness) AND (experience OR attitude OR psychosocial OR perception)	420			
<b>Sökning</b>	<b>Limiters:</b> Publication year 2008-2018 English language	237	25	5	1

## Bilaga 2 – Artikelöversikt

<p><b>Författare:</b> Beynon, C. E., Gutmanis, I. A., Tutty, L. M., Wathen, C. N., &amp; Mcmillan, H. L. <b>Årtal:</b> 2012 <b>Titel:</b> Why physicians and nurses ask (or don't) about partner violence: a qualitative analysis <b>Tidskrift:</b> BMC Public Health</p>	<p><b>Syfte:</b> Det övergripande syftet var att identifiera barriärer och underlättande faktorer för att fråga om våld i nära relationer.</p>	<p><b>Metod:</b> Kvalitativ metod <b>Datainsamling:</b> Enkäter med 43 frågor varav de två öppna frågorna är det som sammanfattas i den här artikeln. <b>Urval:</b> Randomiserat utvalda 1000 läkare och 1000 sjuksköterskor som arbetade på olika typer av kliniker dit det är troligt att våldsutsatta kvinnor söker sig. Utav dessa var det slutligen 527 sjuksköterskor, 238 läkare samt 4 ospecificerade som deltog. 512 av sjuksköterskor var kvinnor och 12 män <b>Dataanalys:</b> Induktiv innehållsanalys</p>	<p><b>Resultat:</b> Tidsbrist i kombination med den extra arbetsbörda en våldsutsatt kvinna anses föra med sig var den vanligaste orsaken till att både sjuksköterskor och läkare inte frågade om våld. Sjuksköterskorna kände inte att tiden räckte till känslomässigt stöd och kände därför ofta att de inte gjorde sitt jobb. Båda grupper kände frustration och förvirring de gångar den våldsutsatta kvinnan valde att stanna i förhållandet och detta kunde leda till att valde att inte fråga nästa gång det fanns misstanke. Det var betydligt vanligare för sjuksköterskor att brist på utbildning sågs som en barriär men båda grupper såg att mer kunskap skulle kunna ta bort rädslan de nu hade att förolämpa kvinnan. Sjuksköterskor var också den grupp som beskrev att brist på privat utrymme och en närvarande partner medförde en oro som gjorde det svårt att fråga.</p>
<p><b>Författare:</b> Brykczynski, K. A., Crane, P., Medina, C. K., &amp; Pedraza, D. <b>Årtal:</b> 2011 <b>Titel:</b> Intimate partner violence: Advanced practice nurses clinical stories of success and challenge</p>	<p><b>Syfte:</b> Att öka förståelsen av hur medicinskt ansvariga sjuksköterskor arbetar med kvinnor och deras familjer som upplever våld i nära relation.</p>	<p><b>Metod:</b> Kvalitativ metod med fenomenologisk ansats <b>Datainsamling:</b> Intervjuer <b>Urval:</b> 10 stycken sjuksköterskor som rekryterades genom</p>	<p><b>Resultat:</b> Flera av deltagarna beskrev hur de fick kämpa mot frustration och en känsla av meningslöshet då de gång på gång stötte på kvinnor som föll tillbaka in i cykeln av våld. En kunskap om våldsprocessen och att hålla tag i framgångar var saker som hjälpte sjuksköterskorna</p>

<p><b>Tidsskrift:</b> Journal of the American Academy of Nurse Practitioners</p>		<p>professionella kontakter. Alla hade mer än 10 års arbetslivserfarenhet samt erfarenhet av att arbeta med våld i nära relationer. Det specificeras inte om det är kvinnliga eller manliga sjuksköterskor.  <b>Dataanalys:</b> Tolkande fenomenologisk analys.</p>	<p>att finna mening. Många sjuksköterskor saknar de resurser och den kunskap som behövs för att kunna ge den bästa vården.</p>
<p><b>Författare:</b> Eustace, J., Baird, K., Saito, A. S., &amp; Creedy, D. K.  <b>Årtal:</b> 2016  <b>Titel:</b> Midwives' experience of routine enquiry for intimate partner violence in pregnancy  <b>Tidsskrift:</b> Women &amp; Birth</p>	<p><b>Syfte:</b> Att utforska barnmorskors upplevelse av frågor om våld på rutin, deras uppfattning om barriärer och underlättande faktorer och att föreslå strategier för att förbättra vården.</p>	<p><b>Metod:</b> En kvalitativ beskrivande metod.  <b>Datainsamling:</b> Djupgående telefonintervjuer  <b>Urval:</b> 21 barnmorskor som arbetade med prenatal vård valdes ut efter att ha genomgått en online survey av the Australian College of Midwives. Förmodligen kvinnor men inte specificerat.  <b>Dataanalys:</b> Tematisk analys</p>	<p><b>Resultat:</b> Tre kategorier identifierades:  1. Att fråga. Under vilken framkom att barnmorskor såg det som sin roll att fråga men kände sig oförberedda och utan stöd.  2. Den stora rädslan. Det här representerar rädslan för vad som händer när de upptäcker våld och inkluderar eget ansvar och inte vara säker på hur de ska hjälpa kvinnan.  3. Bygga relationer. Här framkommer vikten av att bygga förtroende och ett hur en längre vårdrelation ses som en faktor som underlättar för att fråga om våld.</p>
<p><b>Författare:</b> Finnbogadóttir, H., &amp; Dykes, A.-K.  <b>Årtal:</b> 2012  <b>Titel:</b> Midwives awareness and experiences regarding domestic violence among pregnant women in southern Sweden</p>	<p><b>Syfte:</b> Att utforska barnmorskors medvetenhet och erfarenhet av gravida kvinnor som utsatts för våld i nära relationer i Sverige</p>	<p><b>Metod:</b> Kvalitativ metod.  <b>Datainsamling:</b> Fokusgrupp intervjuer.  <b>Urval:</b> 16 utvalda barnmorskor med erfarenhet av att arbeta med prenatal vård.</p>	<p><b>Resultat:</b> Resultatet visar hur barnmorskan själv kunde ses som en barriär genom bland annat brist på kunskap och rädsla för gärningsmannen. Samtidigt beskrivs det stora ansvar de känner för både kvinnan och det ofödda barnet. Slutligen upplever barnmorskorna även en brist på stöd och riktlinjer.</p>

<b>Tidsskrift:</b> Midwifery		Specificeras inte om det är kvinnor eller män. <b>Dataanalys:</b> Innehållsanalys	
<b>Författare:</b> Goldblatt, H. <b>Årtal:</b> 2009 <b>Titel:</b> Caring for abused women: impact on nurses' professional and personal life experiences <b>Tidsskrift:</b> Journal Of Advanced Nursing	<b>Syfte:</b> En rapport över en studie av konsekvenserna av att vårda våldsutsatta kvinnor för sjuksköterskors upplevelser i arbete och privatliv.	<b>Metod:</b> En kvalitativ metod med fenomenologisk ansats. <b>Datainsamling:</b> Djupgående intervjuer <b>Urval:</b> 22 kvinnliga sjuksköterskor både från sjukhus och lokala hälsokliniker i Israel. <b>Dataanalys:</b> Kvalitativ fenomenologisk analys	<b>Resultat:</b> Sjuksköterskor upplevde förvirring gentemot de våldsutsatta kvinnorna och hur de skulle vårdas. Möten med dessa kvinnor utmanade sjuksköterskornas personliga och professionella attityder samt påverkade deras privatliv. De kände både empati och medkänsla men också ilska och klandrande gentemot kvinnan vilket ledde till vad som i artikeln kallas känslotungt arbete (emotional labour).
<b>Författare:</b> Henriksen, L., Garnweidner-Holme, L. M., Thorsteinsen, K. K., & Lukasse, M. <b>Årtal:</b> 2017 <b>Titel:</b> "It is a difficult topic" – a qualitative study of midwives' experiences with routine antenatal enquiry for intimate partner violence <b>Tidsskrift:</b> BMC Pregnancy And Childbirth	<b>Syfte:</b> Att få en djupgående förståelse av barnmorskors upplevelser av att rutinmässigt fråga om våld i nära relationer under prenatal vård.	<b>Metod:</b> Kvalitativ metod. <b>Datainsamling:</b> Individuella semistrukturerade intervjuer. <b>Urval:</b> 8 barnmorskor som gav prenatal vård på 8 mödra- och barnavårdcentraler i Norge. Inte specificerat om det var kvinnor eller män. <b>Dataanalys:</b> Innehållsanalys	<b>Resultat:</b> Alla barnmorskorna i studien frågade om våld men inte regelbundet. Deras personliga intresse av ämnet var en viktig faktor som gjorde det lättare för dem att fråga. Tidsbrist, rädsla över att inte veta hur de ska hantera avslöjandet av våld och brist på organisatoriskt stöd var barriärer de upplevde till att fråga.
<b>Författare:</b> Robinson, R. <b>Årtal:</b> 2010 <b>Titel:</b> Myths and stereotypes: how registered nurses	<b>Syfte:</b> Att identifiera hur sjuksköterskor screenar för våld i nära relationer inom	<b>Metod:</b> Kvalitativ metod fenomenologisk ansats. <b>Datainsamling:</b> Strukturerade	<b>Resultat:</b> Flera av sjuksköterskorna valde att inte fråga på grund av arbetsbördan som följer samt av rädsla över att inte veta hur man ska hantera

<p>screen for intimate partner violence  <b>Tidsskrift:</b> Journal Of Emergency Nursing</p>	<p>akutsjukvård.</p>	<p>intervjuer med öppna frågor.  <b>Urval:</b>  13 akutsjuksköterskor rekryterades från sjukhus runt om i Sydcentrala USA  Specificeras inte om det var kvinnor eller män  <b>Dataanalys:</b>  Kvalitativ analys.</p>	<p>situationen. De kände ibland även stor frustration gentemot kvinnorna.    Kunskap över vilka fördelar screening kan ha för kvinnors säkerhet och hälsa framkom som en stark faktor som hjälpte sjuksköterskorna att fråga.</p>
<p><b>Författare:</b>  Sundborg, E., Törnkvist, L., Saleh-Statinn, N., Wändell, P., &amp; Hylander, I.  <b>Årtal:</b> 2015  <b>Titel:</b> To ask, or not to ask: the hesitation process described by district nurses encountering women exposed to intimate partner violence  <b>Tidsskrift:</b> Journal of Clinical Nursing</p>	<p><b>Syfte:</b> Att förbättra förståelsen av distriktsköterskors upplevelser när de möter kvinnor som utsätts för våld i nära relationer.</p>	<p><b>Metod:</b>  Kvalitativ studie med grounded theory metod.  <b>Datainsamling:</b>  Djupgående intervjuer med öppna frågor.  <b>Urval:</b>  11 kvinnliga distriktsköterskor från 20 randomiserat utvalda vårdcentraler i Stockholm.  <b>Dataanalys:</b>  Grounded theory analys</p>	<p><b>Resultat:</b> Distriktsköterskor går igenom en tvekan när de står inför en kvinna de misstänker vara utsatt för våld. Den här tvekan förstärks eller försvagas av särskilda faktorer. Faktorer som förstärker tvekan är bland andra arbetsbördan och brist på strategier samt rädsla över att inte veta hur de frågar. Även rädslan för att bli för känslomässigt involverade gjorde tvekan starkare. Faktorer som försvagar eller tar bort tvekan är kunskap om vad de ska göra om de upptäcker våld. De uttrycker ett behov av formella riktlinjer och en stöttande arbetsmiljö.</p>
<p><b>Författare:</b>  Courtney J. Williston och Kathryn D. Lafreniere  <b>Årtal:</b> 2013  <b>Titel:</b> "Holy Cow, does that ever open up a can of worms": Health care providers experiences of inquiring about</p>	<p><b>Syfte:</b> Att undersöka upplevelsorna hos vårdpersonal av att vårda patienter som har avslöjat att de blivit utsatta av våld i nära relation av deras manliga partners.</p>	<p><b>Metod:</b>  Kvalitativ metod  <b>Datainsamling:</b>  Intervjuer varav sju var i person och två var genom videokonferens  <b>Urval:</b>  Sex familjeläkare och tre sjuksköterskor, varav fem var kvinnor och fyra</p>	<p><b>Resultat:</b> För de allra flesta av deltagarna kändes det som en komplicerad uppgift att vårda våldsutsatta kvinnor som krävde mer av dem än när de vårdar fysiska problem.  Deras beskrivningar delas upp i två huvudteman:  1) Att fråga är att ge sig ut på en resa. Deltagarna kände sig som om de aldrig kunde veta vad som skulle hända eller</p>



<p>intimate partner violence. Tidskrift: Health Care for Women International</p>		<p>män (alla sjuksköterskor var kvinnor). Alla utom en (som var pensionerad) arbetade på vårdcentraler i tre stadsdelar av Ontario, Canada. Inklusionskriterier var att de hade erfarenhet av att fråga patienter om våld. Dataanalys: Tolkande fenomenologisk analys</p>	<p>var det hela skulle sluta när de först ställde frågan om våldsutsatthet. 2) “Disengage in order to engage”. Deltagarna berättade att de måste släppa tanken på att kunna bota kvinnan. De behövde koppla loss sina egna känslor och attityder för att kunna ta emot kvinnans upplevelser. Det här var något som flera behövde tid att förbereda sig inför.</p>
--	--	---	---