

**SJUKSKÖTERSANS MÖTE PÅ AKUTMOTTAGNING MED
PATIENTER UTSATTA FÖR VÅLD I NÄRA RELATION – EN
LITTERATURSTUDIE**

**NURSE'S MEETING IN THE EMERGENCY DEPARTMENT WITH
PATIENTS EXPOSED TO VIOLENCE IN A CLOSE RELATIONSHIP –
A LITERATURE STUDY**

Specialistsjuksköterskeprogrammet inriktning akutsjukvård, 60 högskolepoäng
Självständigt arbete, 15 högskolepoäng
Avancerad nivå
Examensdatum: 20210404
Kurs: Självständigt arbete, HT20/VT21

Författare:

Anna Möller

Emelie Eklund

Handledare:

Ani Henttonen

Examinator:

Unn-Britt Johansson

SAMMANFATTNING

Våld i nära relationer är idag ett stort samhällsproblem och akutmottagningar är vanligen den första och enda kontakten den utsatta personen har med sjukvården. Det är viktigt att sjuksköterskor på akutmottagningar identifiera denna patientgrupp för att kunna erbjuda stöd och eventuellt förhindra ytterligare och mer allvarliga skador samt bråd död.

Syftet med studien var att beskriva sjuksköterskors erfarenheter av att identifiera och handlägga patienter som utsatts för våld i nära relationer på akutmottagning. Metoden som användes för att besvara syftet var allmän litteraturoversikt med strukturerad ansats. Databasering skedde i databaserna Cinahl, PubMed, PsycInfo samt SweMed. Vid sökning i databaserna användes årsintervallet 2010 till 2020. Som analysmetod valdes integrerad analys då det möjliggjorde att olika metodologier användes.

Resultatet består av femton vetenskapliga artiklar. Resultatet belyser både hinder, möjligheter samt känslomässiga erfarenheter kring identifiering och handläggning av patienter som utsatts för våld i nära relationer. Påverkansfaktorer som framkom i resultat var tidsbrist, brister i akutmottagningens miljö, bristande kunskaper om handläggning och identifiering av våld i nära relationer, teamarbete, träning och erfarenheter, trygg vårdmiljö och sjuksköterskans ansvar, personliga erfarenheter och professionella erfarenheter.

Slutsatsen påvisar att dessa olika faktorer möjliggör och hindrar identifiering och handläggning i våld i nära relation. Utbildningsinsatser i ämnet skulle kunna medföra förändringar i attityder, kunskap samt bidra till en ökad förståelse för de våldsutsatta patienterna i nära relation. Det skulle också kunna leda till att riktlinjer utvecklas och förbättras för att medföra en bättre och säkrare vård för denna patientgrupp samt en eventuellt bättre arbetsmiljö för hälso- och sjukvårdspersonal på akutmottagning.

Nyckelord: Akutsjukvård, erfarenheter, handläggning, sjuksköterskor, våld i nära relationer

ABSTRACT

Violence in close relationships is today a major societal problem and emergency department are usually the first and only contact the vulnerable person has with healthcare. It is important that nurses in emergency departments identify this patient group in order to be able to offer support and possibly prevent further and more serious injuries and sudden death.

The aim of the study was to describe nurses' experiences of identifying and treating patients who have been subjected to violence in close relationships in the emergency department. The method used to answer the purpose was general literature review. Data collection took place in Cinahl, PubMed, PsycInfo samt SweMed When searching the databases, the annual interval 2010 to 2020 was used. Integrated analysis was chosen as the analysis method as it made it possible to use different methodologies.

The result consists of fifteen scientific articles. The results shed light on both obstacles, opportunities and emotional experiences regarding the identification and handling of patients who have been subjected to violence in close relationships. Influencing factors that emerged in the results were lack of time, shortcomings in the emergency room environment, lack of knowledge about handling and identification of violence in close relationships, teamwork, training and experiences, safe care environment and the nurse's responsibility.

The conclusion shows that these various factors enable and hinder identification and handling of violence in close relationships. Educational initiatives in the subject could lead to changes in attitudes, knowledge and contribute to an increased understanding of the abused patients in close relationships. It could also lead to guidelines being developed and improved to lead to better and safer care for this patient group as well as a possibly better working environment for health care staff in the emergency department.

Keywords: Emergency care, Experiences, Handling, Nurses, Intimate partner violence

INNEHÅLLSFÖRTECKNING

BAKGRUND	1
Mänskliga rättigheter	1
Definition av våld i nära relationer	1
Förekomsten av våld i nära relationer	2
Konsekvenser av våld i nära relation	3
Patientens upplevelse, som utsatts för våld, av att söka akutmottagning	4
Sjuksköterskans uppdrag på akutmottagning	5
Screeningverktyg inom hälso- och sjukvården samt socialtjänst	6
Personcentrerad vård som teoretisk utgångspunkt	6
Problemformulering	7
SYFTE	7
METOD	7
Ansats	7
Design	8
Urval	8
Datainsamling	9
Kvalitetsgranskning	11
Dataanalys	11
Forskningsetiska överväganden	11
RESULTAT	12
Hinder	13
Möjligheter	16
Sjuksköterskornas känslomässiga erfarenheter	18
DISKUSSION	19
Resultatdiskussion	19
Metoddiskussion	22
Slutsats	24
Klinisk tillämpbarhet	24
REFERENSER	26

BAKGRUND

Mänskliga rättigheter

Förenta nationernas [FN] deklaration om de mänskliga rättigheterna grundades år 1948. Rättigheternas grund är en förståelse för att alla människor är födda fria, med lika värde (Svenska FN förbundet, 2008). En allmän förklaring upprättades av FN för att erlagga en grund för att skapa en struktur som skyddar de mänskliga grundläggande rättigheterna. Här står bland annat att alla människor är lika inför lagen oberoende av kön, härkomst eller specifik situation, ingen ska behöva utstå tortyr eller kränkande behandling och att alla har rätt till ett bra liv (Svenska FN Förbundet, 2008). Att rättigheterna gäller globalt innebär också att de fungerar som ett starkt verktyg i att motverka våld och diskriminering i samhället. Ett stort ansvar är ålagt på staten att arbeta aktivt för att förhindra våld och kränkningar. Historiskt har våld mot kvinnor i synnerhet setts som en privat angelägenhet (Nationellt centrum för kvinnofrid [NCK], u.å.-b). Dock har synen i nutid ändrats mäns våld mot kvinnor anses idag vara en kränkning av de mänskliga rättigheterna. Det anses vara ett samhällsproblem världen över och ett mycket allvarligt folkhälsoproblem (NCK u.å.-b; Johnson & Ferraro, 2000).

År 2015 antog världens ledare Globala målen och Agenda 2030. De Globala målen ska bidra till en socialt, ekonomisk och miljömässigt stadig utveckling och ska ha nåtts år 2030 i alla världens länder. Alla länder har ett gemensamt ansvar i frågorna för att ingen ska lämnas utanför (Svenska FN-förbundet, 2019). Agenda 2030 utgörs av 17 globala mål med huvudsyftet att eliminera fattigdom, stoppa klimatförändringar och skapa ett tryggt samhälle. Det femte målet handlar om jämställdhet som innefattar att bidra till att alla flickor och kvinnor ska ha egenmakt. Här står också att alla former av våld och diskriminering ska avskaffas samt eliminera alla skadliga sedvänjor som barnäktenskap och tvångsgifte (Regeringskansliet, 2015). I SOU Fi 2016:01 anges att Sverige är ett av de länderna som är mest jämställt i världen Trots detta är det tydliga skillnader i den psykiska och fysiska hälsan och välmåendet mellan olika grupper i samhället. Kvinnor har lägre arbetsinkomst än män, skillnader avseende hälsa mellan könen samt mäns våld mot kvinnor är några aspekter som utgör en särskild utmaning i Sverige (SOU Fi 2016:01).

Definition av våld i nära relationer

Begreppet våld i nära relationer innefattar samtliga former av våld, psykiskt, sexuellt och fysiskt våld som sker i närstående relationer (NCK, u.å.-a; Flinck et al., 2005). Kännetecknande för våld i nära relation är att den utsatta personen har en nära relation samt starka känslomässiga band till förövaren. Nära relationer omfattar homosexuella och heterosexuella parrelationer samt andra familj- eller släkt relationer (Socialstyrelsen, 2019; Campbell, 2002; Flinck et al., 2005). Detta arbete kommer att beröra det våld som sker i parrelationer. Våld i nära relation är vanligen ett mönster av olika handlingar som innefattar allt från att förlöjligas till att utsättas för grovt fysiskt våld. Vanligen består våldet av en kombination av psykiskt, sexuellt och fysiskt våld (Socialstyrelsen, 2019; Campbell, 2002; Flinck et al., 2005). Oavsett på vilket sätt våldet uttrycker sig är syftet med våldet att etablera och utöva makt och kontroll genom att tillfoga skada eller att skrämja. Det som skiljer våld i nära relationer från övrigt

våld är att våldet vanligen pågår under långa perioder och ökar i intensitet. Detta leder till att våldet till viss del blir normaliserat i relationen och vardagen (NCK, u.å.-a; Flinck et al., 2005). Våld i nära relation är ofta ett dolt problem, gömt i tystnaden. Det döljs både av de utsatta och av vittnen runt omkring. Stigmatiseringen och skammen som upplevs av offren hindrar dem ofta från att söka den vård de behöver (Peate, 2017). Våldet sker vanligen i offrets egen hemmiljö och ökar i intensitet och allvar när relationen fortskrider. Dessa faktorer försvårar möjligheten för den utsatta personen att göra motstånd och lämna relationen (NCK, u.å.-a).

Förekomsten av våld i nära relationer

Våld i nära relation är identifierat som ett globalt hälso- och samhällsproblem (World Health organisation [WHO], 2013). Enligt Devries et al. (2013) har en av tre kvinnor, i hela världen, upplevt fysiskt eller sexuellt våld i nära relation. Samtidigt är förekomsten av studier bland män begränsad (Swahnberg et al. 2012). Vanligaste formen av våld i nära relationer är när en man utövar våld mot en kvinna, att kvinnor utsätter män för våld, även våld i hbtq-relationer förekommer (NCK, u.å.-a; NICE, 2014; Flinck et al. 2015). Vidare upplever heterosexuella kvinnor upprepat fysiskt våld, grövre våld, mer sexuellt våld, tvingande våld, värre skador och skräck för deras partner (NICE, 2014; Campbell, 2002).

Våldet mot män är utbrett i Sverige. Dock är området outforskat och ej undersökt varför det finns kunskapsluckor inom området (Swahnberg et al., 2012). Våldet är främst relaterat till låg inkomst samt annat födelseland än Sverige (Lövestad & Kranz, 2012). I Lövestad och Krantz (2012) studie framkom det att fler män än kvinnor har blivit utsatta för fysiskt våld i nära relation under det senaste året, dock har en större andel kvinnor upplevt fysiskt våld i nära relation vid tidigare tillfällen i livet. Det uppmärksammade även att män som blivit utsatta för fysiskt våld i nära relation utövade våld mot sin partner i större utsträckning än kvinnor (Lövestad & Krantz, 2012). Edwards et al. (2015) skriver att flertalet vetenskapliga artiklar påvisar att förekomsten av våld bland HBTQ-individer är lika stor eller större än bland heterosexuella individer. De riskfaktorer som identifierats är av samma karaktär som hos heterosexuella individer. Att förekomsten av våldet är större bland HBTQ-individer kan bero på homonegativitet vilket kan föregås av våld. I studier har det visat sig att det är vanligare att homosexuella män anmäler brott än heterosexuella män (Kulkin et al. 2007). När det gäller dödligt våld i nära relation har det visat sig vara stor skillnad mellan könen. I jämförelse med män är kvinnor mer benägna att skadas eller dödas av våld (Karakurt, Smith & Whiting, 2014). I Sverige dödades 22 kvinnor av sin nuvarande eller tidigare manliga partner under år 2018 (Petersson, 2020). Karlsson (2015) menar däremot att fyra män i Sverige dödas varje år av sin nuvarande eller tidigare partner av kvinnligt kön. Vidare menar Karlsson (2015) att flertalet av misshandelsfallen har börjat genom att mannen använt våld mot kvinnan samt att båda parterna missbrukar. Det är fyra till fem gånger vanligare att kvinnor blir dödade av sin partner än att männen blir dödade (Brottsförebyggande rådet [BRÅ], 2012). Av dem som är utsatta för våld av sin partner har en del av offren större risk att utsättas för upprepat allvarligt våld eller att bli mördad av sin partner (Stöckl et al., 2013). Globala uppskattningar anger att en av sju mord är utförda av en nära anhörig, dock är förekomsten av mord en av tre bland kvinnor (Stöckl et al., 2013). I Sverige har förekomsten av dödligt våld i nära relation minskat de senaste fem till tio åren (BRÅ, 2017).

31 procent av de anmälda misshandelsfallen mot kvinnor under år 2019 i Sverige var förövaren och offret i en parrelation eller hade tidigare haft en parrelation. Motsvarande siffra för män låg på sex procent (BRÅ, 2020). Det finns ett stort mörkertal kring förekomsten av våld i nära relationer i Sverige. Uppskattningsvis polisanmäls ungefär en fjärdedel av våldet som sker i nära relationer. (NCK, u.å-a). Peate (2017) beskriver att en vanlig anledning till att män inte söker vård eller anmäler våldet är att de tror att det de utsätts för inte är våld i nära relationer. Trots detta har en ökning setts det senaste åren av män som anmäler våld i nära relationer (Peate, 2017). Förekomsten av våld i nära relation hos personer som söker vård på akutmottagning är svårt att få exakta siffror på, framför allt då personerna vanligen inte berättar för sjukvårdspersonalen vad det blivit utsatta för. Det är även vanligt att personerna som söker vård inte kopplar sina emotionella och psykiska symtom till våldet de utsätts för (Hinsliff-Smith & McGarry, 2017). Det förekommer även att de våldsutsatta individerna i nära relation uppsöker vård på grund av fysiska skador som uppkommit till följd av längre perioder av fysisk och emotionell misshandel (Hinsliff-Smith & McGarry, 2017; Campbell, 2002). Vanligen ses ett upprepat våldsmönster (Socialstyrelsen, 2016). I en rapport från BRÅ (2009) beskriver våldsutsatta kvinnor att våldet successivt förvärrats med tiden, vilket gör det viktigt med en tidigt upptäckt.

Konsekvenser av våld i nära relation

Våld i nära relation är ett folkhälsoproblem då det vanligtvis innebär allvarlig fysisk och psykisk ohälsa bland de utsatta (Socialstyrelsen, 2016; WHO, 2002; Campbell, 2002; Flinck et al., 2015). Våldet kan innebära ett stort lidande samt få svåra sociala konsekvenser som isolering, ekonomiska bekymmer och sjukskrivning. Det har visat sig att koppling mellan våldsutsatthet och fysisk och psykisk ohälsa är stark. Ett ökat alkoholmissbruk, självskadebeteende, högre konsumtion av läkemedel och depression har setts bland dessa individer (NCK, 2014; Krantz & Östergren, 2000; Campbell, 2002; Flinck et al., 2015; Reisenhofer & Seibold, 2012). Kvinnor som utsatts för våld i nära relationer uppvisar en högre förekomst av psykiatriska sjukdomar såsom depression, ångest och sömnsvårigheter än kvinnor som ej utsatts för våld (Soleimani et. al., 2017; Krantz & Östergren, 2000; Helweg-Larsen & Kruse, 2003; Campbell, 2002). Häggblom et al. (2005) samt Draucker (2002) menar att det är vanligt att det fysiska våldet riktas mot områden som är svåra att upptäcka för utomstående men kan också medföra skador på kroppsdelar som är svåra att dölja såsom avslitit hår, frakturer, tandskador, hörselskador, sårskador samt blåmärken. Andra fysiska symtom förekommer såsom huvudvärk, besvär med magen, smärtor i nacke och axlar, ätstörningar, gynekologiska besvär, upprepade missfall samt yrsel har setts (NCK, 2014). Rahebi et. al. (2019) beskriver att det även finns ett samband mellan infertilitet hos kvinnor och fysiskt, psykiskt och sexuellt våld. Kontinuerlig värk i kroppen är vanligt förekommande, vilket tillsammans med de psykiska konsekvenserna ökar risken för självmord och försök till självmord (Cerulli et al., 2012; Devries et al., 2011). Feder et al. (2006) menar att våldet även har en negativ påverkan på barn som lever i ett våldsamt hem.

Andra konsekvenser som kommer sig utav våldet är socialekonomiska sådana (Socialdepartementet, 2006). År 2006 genomförde Socialstyrelsen en analys där man kom fram till att våld i nära relation kostade samhället tre miljarder kronor per år. Exkluderat ur kalkylen var läkemedel, tandvård, psykiatrisk vård samt dess skador och lidande (Socialstyrelsen, 2006). Våld mot kvinnor hotar också jämställdheten eftersom våldet hindrar kvinnor från att leva ut sina mänskliga rättigheter (SOU, 2006).

Förekomsten av de psykosociala konsekvenserna av våld i nära relationer skiljer sig något åt mellan män och kvinnor, även våldets karaktär är avgörande för de psykosociala konsekvenserna (Ansara & Hindin, 2011). Ansara och Hindin (2011) identifierade tre typer av våld mot kvinnor respektive två för män samt dess koppling till olika konsekvenser. Ansara och Hindin (2011) beskriver att våldet mot kvinnor innefattar fysiska aggressioner med okontrollerat beteende, fysiska aggressioner med kontroll tillsammans med verbal misshandel samt allvarligt våld med kontroll tillsammans med verbal misshandel. För män består våldet av fysiska aggressioner med okontrollerat beteende i kombination med måttligt våld och verbal misshandel i kombination med ett kontrollerat beteende.

Oavsett karaktär på våldet rapporterades en högre grad av konsekvenser hos kvinnor jämfört med män oavsett våldets karaktär. Vanliga psykosociala konsekvenser för kvinnor är rädsla, ökad försiktighet och vaksamhet samt rädsla för sina barn. Även känslor av förvridning, frustration och ilska förekommer. För män som utsatts för våld i nära relation är det vanligt med känslor av frustration, förvirring, ilska och besvikelse (Ansara & Hindin, 2011).

Patientens upplevelse, som utsatts för våld, av att söka akutmottagning

När det kommer till akuta trauman är akutmottagningen vanligen den enda kontakt kvinnorna som utsatts för våld i nära relationer har med vården. Det är viktigt att belysa våldsoffrets upplevelse av mötet i vården för att kunna förbättra vården i stort och få en ökad förståelse (Lindblom et al., 2010). Rodriguez och Mandich (2019) belyser att kvinnor som uppsöker akutmottagning efter de blivit utsatta för våld i nära relationer ofta känner sig otrygga. Ibland sker undersökningarna med anhöriga i rummet, andra gånger med polisen närvarande och det förekom även att förövarna är närvarande i undersökningsrummet vid undersökning (Rodriguez & Mandich, 2019; Reisenhofer & Seibold, 2012). Känslor av skam förekommer även frekvent hos personer som utsatts för våld i nära relationer samt en känsla av sårbarhet, ensamhet och rädsla (Lappäkoski et al, 2011; Olive, 2016; Pratt-Eriksson et al., 2014).

Personen som blivit utsatt för våld i nära relationer upplevde ofta att vårdpersonalen inte lyssnade, inte tog dem på allvar, att de inte blev sedda och en känsla av att bli lämnade åt sitt eget öde efter undersökningen (Lappäkoski et al, 2011; Rodriguez & Mandich, 2019; Pratt-Eriksson et al., 2014). Samtidigt menar Bacchus et al. (2016) att den största faktorn att patienterna berättar om sin situation för sjukvårdspersonalen är att de känner tillit. Olive (2016) belyser att sjukvårdspersonalen vanligen är trevliga men att de på grund av arbetsbelastningen inte upplevs ha tid för längre samtal med personer som utsatts för våld. Sjuksköterskorna på akutmottagningen upplevdes ha svårt att ställa en rättfram fråga om misshandel skett, och ibland ställdes inte frågan alls (Rodriguez & Mandich, 2019). När frågor om våld ställdes till de utsatta glömdes frågan om det fanns barn i hemmet vanligen bort (Lappäkoski et al, 2011). Bacchus et al. (2016) menar att det är viktigt att personal visar patienterna omtanke, ödmjukhet och respekt för att de ska våga berätta om sin situation.

Det är även vanligt att personen som utsatts för våld upplever att de blir påskyndade vid samtal (Lappäkoski et al, 2011; Rodriguez & Mandich, 2019). Efter avslutad vård och undersökning på akutmottagningen erbjuds endast en minoritet av personerna som

utsatts för våld, inläggning på sjukhus (Lappäkoski et al, 2011). Det förekommer att dessa våldsutsatta patienter skickas tillbaka hem där misshandeln tidigare skett och eventuellt kan fortsätta, utan att få hjälp eller erbjudande om skydd efter kontakten med vården (Rodriguez & Mandich, 2019; Lappäkoski et al, 2011).

Sjuksköterskans uppdrag på akutmottagning

Akutmottagningarna har en nyckelfunktion i sjukhusets vårdssystem. Det är dit människor söker som har en stor oro för sin hälsa och känner att de behöver vård omgående. Det är oftast en mindre mängd individer som är kritiskt sjuka (Elmqvist, 2011). Det breda spektrum av patienter och dess behov är en stor utmaning för en akutmottagning (Socialstyrelsen, 2010). Den största delen av sjuksköterskorna som arbetar på en akutmottagning är grundutbildade och ett fåtal innehar en specialistutbildning med inriktning mot akutsjukvård (Elmqvist, 2011). Alla sjuksköterskor i världen arbetar utifrån en etisk kod grundad av International Council of Nurses (ICN) (Svensk sjuksköterskeförening, 2017). Koden är skapad med syftet att alla sjuksköterskor i världen ska ha ett gemensamt förhållningssätt, oberoende av lagarna som finns i landet. Koden har ett tydligt budskap gällande de mänskliga rättigheterna.

Sjuksköterskans fyra grundläggande ansvarsområden är att främja hälsa, förebygga sjukdom, återställa hälsa och lindra lidande. I varje omvårdnadssituation finns etiska dimensioner, varför alla sjuksköterskor också har ett moraliskt ansvar i alla beslut de gör. Sjuksköterskans primära ansvar är att ge de patienterna vård som behöver det. En miljö bör främjas där mänskliga rättigheter och värderingar bör beaktas. All vård ska ges utifrån respekt, medkänsla, lyhördhet och integritet (Svensk sjuksköterskeförening, 2017), vilket är grunden för alla sjuksköterskor oberoende av specialistutbildning. Inom akutsjukvården är det korta, snabba möten med patienter och en mängd information som överförs mellan olika vårdgivare vilket ställer extra krav på akutsjuksköterskans kompetens. Som akutsjuksköterska på en akutmottagning krävs det en beredskap för det oväntade och oförutsägbara. En förmåga att ge omvårdnad till individer som är sjuka oavsett allvarlighetsgrad på ett professionellt sätt. Att kunna identifiera och prioritera patienter utifrån allvarlighetsgrad samt fördela resurser. Att bedöma patienter utifrån anamnes, subjektiva symtom och objektiva tecken är komplext och kräver specialistkompetens utöver vad en grundutbildad sjuksköterska besitter. Trots denna komplexitet ska akutsjuksköterskan arbeta aktivt för att bevara individens integritet och värdighet och uppmärksamma patientens medicinska, existentiella och känslomässiga behov och därmed ta ansvar för omvårdnaden av individen i en akutsjukvårdskontext (Riksföreningen för akutsjuksköterskor & svensk sjuksköterskeförening, 2017). I enlighet med Socialstyrelsens föreskrifter och råd om Våld i nära relationer (SOSFS 2014:4) är vårdpersonal skyldig att vid misstanke om våldsutsatthet ställa direkta frågor till den utsatta patienten, bland annat om det förekommer våld. Det behöver också utredas om det finns barn i familjen, om så är fallet ska en anmälan till socialtjänsten upprättas. Vidare behöver information om möjligheten till vård och omvårdnad från hälso- och sjukvården lämnas, samt information om stöd och hjälp från socialtjänsten och frivilligorganisationer (SOSFS 2014:4). Det är viktigt att individen ska kunna känna sig trygg och säker och miljön ska inbringa lugn och ro. En akutsjuksköterska ansvarar också för att samverka i team, arbeta aktivt för att utveckla vården och inbringa vetenskaplig evidens i det kliniska arbetet (Riksföreningen för akutsjuksköterskor & svensk sjuksköterskeförening, 2017).

Eftersom våld i nära relation är klassat som ett folkhälsoproblem utgör det ett stort ansvar hos organisationer som bland annat sjukvården att arbeta förebyggande, men också att reagera då patienter uppvisar tecken på att vara utsatta för våld i nära relation (Socialstyrelsen, 2016). En akutsjuksköterska ska enligt kompetensbeskrivningen ha färdighet och kunskap för att uppmärksamma samt identifiera om en person har eller misstänks ha utsatts för övergrepp eller annat våld (Riksföreningen för akutsjuksköterskor & svensk sjuksköterskeförening, 2017). Peate (2017) menar att sjuksköterskor har en plikt både mot kvinnor och män som utsatts eller riskerar att utsättas för våld i nära relationer. Det är viktigt att sjuksköterskor är uppmärksamma på tecken på våld i nära relationer både hos män och kvinnor. Det är först de senaste åren som sjukvården blivit bättre på att uppmärksamma män och kvinnor som utsatts för våld i nära relation Peate (2017).

Screeningverktyg inom hälso- och sjukvården samt socialtjänst

För att bättre kunna förebygga våld i nära relation förordar hälso- och sjukvården samt socialtjänsten att frågor ska ställas rutinmässigt om våldsutsatthet, även kallat screening. Screening innebär rutinmässiga undersökningar som utförs på initiativ av någon annan än den person som undersöks inom exempelvis hälso- och sjukvården. Undersökningen görs oberoende av de problem individen söker för (Juth & Munthe, 2012). För att screening ska kunna användas bör vissa kriterier vara uppfyllda, bland annat att metoden är tillförlitlig och acceptabel för befolkningen och att det finns en effektiv behandling för de individer som identifieras (Wilson & Jungner, 1968).

Rabin et al. (2009) menar att i USA används screeningverktyg i avseende att identifiera våld i nära relation. Det finns idag ett flertal bedömningsverktyg, men kvaliteten och den kliniska tillämpbarheten varierar. I en akutsjukvårdskontext i USA är det framförallt två verktyg som används, WAST samt PVS (Rabin et al., 2009). Enligt Statens beredning för medicinsk och social utvärdering's [SBU] rapport (2019) behöver screening instrumenten granskas och eventuellt anpassas till ett svenskt sammanhang för att kunna tillämpas i Sverige. Instrumenten är vanligen anpassade till fertila kvinnor, varför de ej går att tillämpa på andra kategorier däribland män. Enligt SBU (2019) är kunskapen idag om effektiva behandlingsåtgärder mycket låg för de som identifieras genom screening.

Personcentrerad vård som teoretisk utgångspunkt

Begreppet personcentrerad vård ses globalt som en beskrivning av god omvårdnad. Under 1900-talet betonade psykologen Carl Rogers personens perspektiv och upplevelse av sin situation och anses vara upphovsmannen till begreppet. Professor Kitwood var den man som införde sättet att arbeta i vården. Han införde sättet i äldreomsorgen och i arbetet med personer med intellektuella funktionshinder (Svensk sjuksköterskeförening, 2020). Edvardsson (2010) uppger att enligt Rogers var den viktigaste aspekten i vården att anta att patienten var expert på sin egen sjukdom. Området har under 2000-talet utvecklats från att ha varit okänt till att bli ett område med handlingsplaner och riktlinjer byggts på, både nationellt och regionalt. Det personcentrerade arbetssättet har utvecklats och används nu i alla vårdkonstellationer världen över (SBU, 2017; svensk sjuksköterskeförening, 2020).

Akutsjuksköterskans dagliga arbete ska genomsyras av ett personcentrerat och etiskt förhållningssätt, där akutsjuksköterskan ska arbeta mot att bevara patientens och

närståendes värdighet och integritet (Riksföreningen för akutsjuksköterskor & svensk sjuksköterskeförening, 2017). Patienten ska alltid betraktas som mer än enbart dess sökorsak och mer än sin sjukdom (Ekman & Norberg, 2013). Patientens medicinska, emotionella och existentiella behov ska tillgodoses utifrån ett personcentrerat förhållningssätt med patientens individuella behov som utgångspunkt.

Akutsjuksköterskan ska bedriva en avancerad omvårdnad i en akutsjukvårdskontext (Riksföreningen för akutsjuksköterskor & svensk sjuksköterskeförening, 2017).

Utgångspunkten för personcentrerad vård är att det är människan som behöver vård som ska vara i centrum. Det är viktigt att som sjuksköterska besitta förmågan att lyssna på patienter och deras historia för att på så vis kunna hjälpa patienten (Ekman & Norberg, 2013). Holistiskt fokus det vill säga erkänna hela personen, till exempel det biologiska, psykologiska och sociala, är en central del inom personcentrerad vård. Även att ha en respektfull attityd vid mötet med patienten samt respektera dennes val är en central del (Eklund, et al. (2019). Ortiz (2018) belyser att respekt för patientens värderingar, preferenser och uttryckt behov samt involvering av familj och vänner är en stor del av personcentrerad vård.

Problemformulering

Våld i nära relationer är idag ett stort samhällsproblem och akutmottagningar är vanligen den första och enda kontakten den utsatta personen har med sjukvården. Globalt har en av tre kvinnor utsatts för våld i nära relationer och motsvarande siffror för män är ej kartlagt. Mörkertalet kring våld i nära relationer är stort i Sverige. Denna patientgrupp har ett stort behov av skydd, omsorg och vård, detta då dessa generellt har sämre fysisk och psykisk hälsa, högre konsumtion av läkemedel samt högre förekomst av självmordstankar. Som sjuksköterska är det viktigt att identifiera denna patientgrupp för att kunna erbjuda stöd och eventuellt förhindra ytterligare och mer allvarliga skador samt bråd död. Därför är det viktigt att undersöka sjuksköterskors erfarenheter av att möta patienter utsatta för våld i nära relation och därmed bidra till en ökad förståelse och medvetenhet kring ämnet.

SYFTE

Syftet med studien var att beskriva sjuksköterskors erfarenheter av att identifiera och handlägga patienter som utsatts för våld i nära relationer på akutmottagning.

METOD

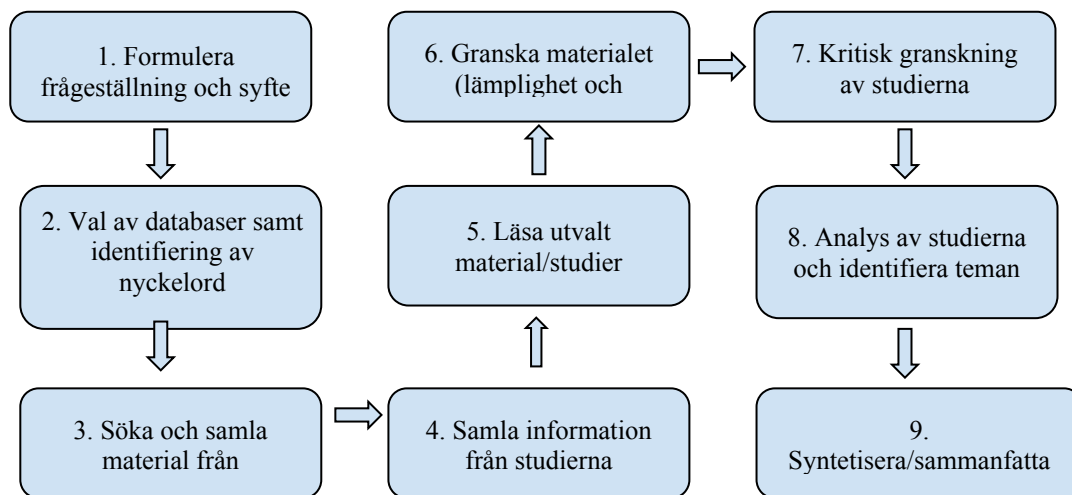
Ansats

För att besvara studiens syfte har en allmän litteraturöversikt med strukturerad ansats valts ut som metod. En allmän litteraturöversikt är en studie som utgår från en välformulerad och definierad fråga som besvaras genom att identifiera, bestämma, bedöma och analysera relevant och aktuell forskning (Forsberg & Wengström, 2016). Den allmänna litteraturstudien bidrar med en beskrivning av det aktuella kunskapsläget inom ett specifikt ämne utifrån redan genomförd forskning samt belyser behovet av fortsatt forskning (Polit & Beck, 2020).

Design

I utförandet av en allmän litteraturstudie görs en insamling av material från tidigare forskning inom aktuellt område som sedan analyseras och sammanställs. De resultat som besvarar studiens syfte sammanställs i litteraturöversiktens resultat (Polit & Beck, 2020). Vid denna typ av studie ska forskaren vara flexibel och ha ett öppet sinne, vilket innebär att förutsättningslöst utgå från de upplevelser och erfarenheter som påvisas i artiklarna (Forsberg & Wengström, 2016). Studien är utförd enligt Polit & Becks (2020) nio steg som beskrivs i figur 1.

Figur 1: Polit & Beck's nio stegs modell.



Urval

I steg ett, enligt Polit och Beck's (2020) modell, har inledningsvis i urvalsprocessen ett väldefinierat ämnesområde identifierats. Frågeställning och syftet med studien bestämdes, vilket Forsberg och Wengström (2016), Polit och Beck (2020) samt Bettany-Saltikov och Mcsherry (2016) beskriver som viktiga första steg. Vidare i steg två (Polit & Beck, 2020) har sökord identifierats efter att ha genomfört fritextsökningar med syftet att skapa en överblick av mängden artiklar som svarade på syftet (Forsberg & Wengström, 2016; Polit & Beck, 2020). Därefter har urvalskriterier kunnat bestämmas med hjälp av Forsbergs och Wengström's (2016) samt Polit och Beck's (2020) urvalsprocess. Databassökningar genomfördes där artiklar relevanta för studiens syfte valts ut för granskning och analys av författarna. Artiklarna skulle vara möjliga att läsa i fulltext och publicerade från första januari år 2010 fram till sista december år 2020 och skrivna på engelska eller svenska för att garantera möjlighet att läsa och tolka studiernas resultat. Urvalet av publiceringsår 2010 till 2020 gjordes för att inkludera den senaste forskningen inom området (Polit & Beck, 2020). Senare ändrades intervallet till fem år för att minska träffmängden. Artiklarna som inkluderades behövde vara kritiskt granskade av andra forskare (peer review) som indikerade att artikeln höll god kvalitet (Polit & Beck, 2020). För att få ett representativt urval för problemformulering och syfte inkluderades studier utförda på akutmottagning. Artiklar som innefattade sjuksköterskors upplevelser i ämnet, som arbetade på akutmottagningen inkluderades. Exkluderades gjorde patienternas egna upplevelser, allt våld som förekom utanför de

nära relationerna och studier som utförts på annan avdelning/mottagning än en akutmottagning.

Datainsamling

Fortsättningsvis enligt steg två (Polit och Beck, 2020) valdes databaser ut. Biblioteket vid Centralsjukhuset i Karlstad konsulterades för råd och vägledning inför artikelsökningen och datainsamling. Efter att ha fått en överblick av mängden artiklar i området, identifierades relevanta sökord/nyckelbegrepp utifrån de olika databasernas termer för att fånga in material som svarade på syftet. I enlighet med steg tre, fyra och fem (Polit & Beck, 2020) utfördes insamling av data i databaserna Cinahl, PubMed, PsycInfo samt SweMed. Forsberg och Wengström (2016) samt Polit och Beck (2020) belyser att dessa databaser innehåller aktuell omvårdnadsforskning och ansågs därför som relevanta databaser. Sökorden kombinerades på olika sätt. I PubMed används Medical Subject Headings (MeSH), i Cinahl används Subject Headings (SH) och i SweMed samt PsycInfo används indexeringsorden Thesaurus (MT). De använda termerna som användes var “Domestic violence”, “Intimate partner violence”, “Emergency Service, Hospital”, “Emergency nurse”, “Nursing” och “Work Experience”. För att precisera alternativt utöka sökvidden användes booleska operatörer “OR” och “AND” vid de kombinerade sökningarna, se tabell 1.

I steg sex (Polit & Beck, 2020) har samtliga titlar vid sökningarna lästs. De titlar som kunde svara på studiens syfte identifierades och artiklarnas abstrakt lästes. De artiklar vars abstract ansågs vara relevant för studiens syfte lästes sedan i sin helhet. Läsningen av artiklarna i sin helhet genomfördes enskilt, därefter fördes en dialog om vilka artiklar som svarade på syftet och skulle inkluderas i studien. Artiklar där studien utförts på akutmottagning i kombination med annan avdelning/mottagning på sjukhuset valdes att inkluderas efter diskussion mellan författarna. Ur dessa artiklar inkluderades enbart det som berörde akutmottagningen i resultatet.

Tabell 1 redogör för vilka sökord som kombinerats samt i vilken databas respektive sökning utförts. Tabell 1 redogör även för antal sökträffar, lästa rubriker, abstract och artiklar i fulltext samt antal inkluderade artiklar från respektive sökning. Sökningen i Pubmed den 29 november 2020 hade initialt en träffmängd på 1904 artiklar. För att minska antalet träffar valdes här att ändra sökningen till de senaste fem åren, det vill säga 2015 till 2020, i stället för det ursprungliga urvalet på 10 år. Då en artikel förekom vid två olika söktillfällen i de olika databaserna har det påverkat antalet läsa abstract, men artikeln har inte inkluderats upprepade gånger i tabellen.

Tabell 1: Databassökningar

Söktermer	Databas/ datum för sökning	Antal träffar	Antal lästa rubriker	Antal lästa abstract	Antal lästa artiklar i fulltext	Antal inkluderade artiklar
(Domestic violence [MeSH Terms]) AND	PubMed 24/11-20	360	360	30	8	5

(Emergency Service, Hospital [MeSH Terms])						
((Domestic violence[MeSH Terms]) OR (Intimate partner violence)) AND (nursing[MeSH Terms])	PubMed 29/11-20	492	492	44	26	5
(MT "Domestic Violence") AND (MT "Emergency Service")	PsycInfo 30/11-20	17	17	3	1	1
(SH "Domestic violence") OR (SH "Intimate partner violence") AND (SH "Emergency service") AND (SH "Work experiences")	Cinahl 2/12-20	4	4	1	1	1
(SH "Domestic Violence") OR (SH "Intimate partner violence") AND (SH "Emergenc	Cinahl 2/12-20	170	170	19	19	3

y service")						
-------------	--	--	--	--	--	--

Kvalitetsgranskning

Enligt steg sju (Polit & Beck, 2020) kvalitet granskades artiklarna som ansågs svara på studiens syfte. Till detta användes Sophiahemmet Högskolas bedömningsunderlag för vetenskaplig klassificering samt kvalitet avseende studier med kvantitativ och kvalitativ metodansats utifrån Caldwell et al, (2011) (Bilaga A) för att säkerställa att artiklarna höll en god kvalitet. Samtliga studier granskades separat av författarna och sedan jämfördes resultatet från granskningarna. De artiklar som bedömdes uppnå god kvalitet eller mycket god kvalitet inkluderades i studiens resultat.

Dataanalys

Integrerad metod tillämpades vid analys av artiklarna som valdes att inkluderas i resultatet. Integrerad metod är den enda metoden som möjliggör att använda olika metodologier, till exempel icke-experimentell och experimentell forskning. Integrerad metod är en metod som har potential att spela en stor roll inom evidensbaserad omvårdnadspraxis (Whittemore & Knafl, 2005). Kristensson (2014) menar att genom integrerad analys visas resultatet på ett överskådligt sätt.

Enligt steg åtta (Polit & Beck, 2020) analyserades de inkluderade artiklarnas resultat var för sig för att öka trovärdigheten (Forsberg och Wengström, 2016) upprepade gånger av författarna med integrerad analysmetod. Detta för att kunna identifiera återkommande mönster, likheter och skillnader (Forsberg & Wengström, 2016; Kristensson, 2014). Det resultat i artiklarna som svarade mot syftet, kopierades och fördes in i ett separat dokument. Meningsenheterna samt resultatet från de kvantitativa artiklarna kondenserades, kodades samt färgkodades och delades upp i dokumentet efter färg. I samband med att meningsenheterna kondenserades översattes dessa till svenska för att underlätta analysprocessen. De meningsenheter och resultat som berörde samma eller liknande ämne hamnade på ett och samma ställe i dokumentet tack vare färgkodningen. Därefter diskuterades resultatet, författarna emellan, då olika personer kan tolka meningsenheterna och resultatet på olika sätt (Forsberg & Wengström, 2016). Underteman organiserades utifrån färgkoderna i dokumentet.

Efter att författarna i föregående steg identifierat sju underteman så sammanställdes texten enligt integrerad analys (Forsberg & Wengström, 2016). I enlighet med Polit och Beck's (2020) steg nio sammanfattades resultatet. I samband med detta formades tre huvudteman vilket tillsammans med underteman bildade studiens resultat. Vid de fall då oklarheter fanns beträffande meningsenheternas betydelse, återvände författarna till den ursprungliga källan för att läsa meningen i sitt fulla sammanhang.

Forskningsetiska överväganden

Polit och Beck (2020) menar att etiska överväganden alltid bör göras inför en litteraturstudie. Det är viktigt att uppge den ursprungliga källan för all inhämtad data samt redovisa alla resultat, även de som inte stöder det förmodade resultatet (Polit &

Beck, 2020; Forsberg & Wengström, 2016). Forsberg och Wengström (2016) menar att inte presentera all inhämtade data, utan enbart den som stöder forskarens egen åsikt, är oetiskt. Fabricering eller förvanskning, avsiktligt eller oavsiktligt, av data menar Vetenskapsrådet (2017) påverkar resultatet negativt då det anses som oredlighet.

Viktigt är att alla studier som används i en litteraturstudie är granskade av en etisk kommitté alternativt att etiska överväganden har diskuterats i studien (Polit & Beck, 2020). Samtliga av de artiklar som inkluderats i studien är etiskt granskade och har bearbetats av båda författarna. Ett objektiva förhållningssätt har tillämpats för att utesluta personliga värderingar och redovisa ett förvanskat resultat. Detta möjliggörs genom att en noggrann översättning av originalspråket sker för att säkerställa att texten inte har förlorat sin betydelse vid översättning samt att den inte tagits ur sitt sammanhang och ändrat mening (Forsberg & Wengström, 2016). Då författarna arbetar på en akutmottagning fanns en viss förförståelse för aktuellt ämne, vilket kan ha haft en inverkan på resultatet. För att minska riskerna för att detta ska ha påverkat resultatet fördes kontinuerliga diskussioner. Då oenigheter om ämnet uppstod kontrollerades återigen resultatet i ursprungskällan och vidare diskussioner fördes tills en gemensam uppfattning uppnåtts. Vetenskapsrådet (2017) belyser vikten av att tydligt och hederligt redovisa bakgrunden till studien genom hänvisning till tidigare publikationer. Allt innehåll i studien inhämtat från andra forskare är redovisat med källhänvisningar.

RESULTAT

Studiens resultat kommer att presenteras uppdelat i tre huvudteman samt sju underteman vilka presenteras närmare i tabell 2.

Tabell 2 Huvudteman och underteman

Huvudtema	Underteman
Hinder	Tidsbrist Brister i akutmottagningen miljö Bristande kunskaper om handläggning och identifiering av våld i nära relationer Sjuksköterskornas attityder och beredskap att handlägga patienter
Möjligheter	Teamarbete Träning och erfarenhet Trygg vårdmiljö och sjuksköterskans ansvar

Sjuksköterskornas känslomässiga erfarenheter	<ul style="list-style-type: none"> ● Professionella erfarenheter ● Personliga erfarenheter
--	--

Hinder

Tidsbrist

Ett vanligt hinder vid omhändertagandet av våldsutsatta patienter upplevdes vara tiden (Beynon et al, 2012; Cho, Cha & Yoo, 2015; D’Avelio, 2011; McGarry & Nairn, 2014; Ziljesstra et. al., 2017). McGarry och Nairn (2014) menar att behovet av tid var för knapp för att samtala med patienterna om känsliga ämnen samt att mer tid krävs för att bygga upp en relation för att patienterna ska våga avslöja sin utsatta position. På grund av tidsbristen, var det svårt för personalen att skapa en miljö för patienterna där de kände att det fanns gott om tid och att det var tryggt och säkert att prata om våld (Ziljesstra et. al., 2017). D’Avelio (2011) menar att det var en stor utmaning att skapa förtroende för patienterna under en kort tidsperiod, att patienten tvingas interagera med flera ur personalen var också ett hinder. 34 procent av 76 deltagare i Saberi et al. (2017) studie menade att det inte fanns någon tid att fråga om våld i nära relation i arbetet, vilket också stöds av Ziljesstra et al. (2017). Ziljesstra et al. (2017) menar också att det inte fanns någon tid att tänka på våld i nära relation vilket också resulterade i att sjuksköterskorna snabbt accepterade patienternas förklaringar till deras symtom och problem. Sjuksköterskor som deltog i D’Avelio (2011) studie belysde också tidsbrist som ett hinder för att screena patienter för våld i nära relation, samt som ett hinder att utföra lämpliga interventioner baserade på etablerad policy gällande våld i nära relation.

Då patienterna vågade berätta att de blivit utsatta upplevde sjuksköterskorna att tid krävdes för att kunna engagera sig fullt ut i dessa patienter. Patienternas avslöjande beskrevs som att öppna en hemlig ask fullt av hemska hemligheter. Då avslöjandet hade gjorts fanns det otillräckligt med tid till det efterföljande samtalet, som skulle behövas i samtliga fall (Beynon et al., 2012). McGarry och Nairn (2014) menar att tidspressen kan leda till att personalen accepterar förklaringar av orsaker till skador för att de inte hinner genomföra en djupare undersökning eller penetrera anamnesen ytterligare. Sjuksköterskorna valde att prioritera den medicinska säkerheten före den psykologiska säkerheten för de våldsutsatta individerna (Al-Natour, Qandil & Gillespie, 2016). De flesta deltagarna i studien av Ziljesstra et al. (2017) menade att sjuksköterskornas prioriteringar att behandla de patienterna med akuta fysiska besvär samt säkerställa det höga patientflödet på akuten medförde en kronisk tidsbrist.

Den höga aktivitetsnivån på akutmottagningen var den huvudsakliga anledningen till de låga screening-värdena som var lägre än förväntat enligt Spongaro et al. (2020) Särskilt i samband med referensvärden för vistelsens längd (Spongaro et al. 2020). Tidsbristen var associerad med faktorer så som hög arbetsbelastning, kraven som fanns på en hektiskt arbetsplats samt tidskrävande problemlösning (Beynon et al., 2012). Tiden på akutmottagningen var alltså en bristvara och ett stort hinder i arbetet av patienter utsatta för våld i nära relation (McGarry & Nairn, 2014) och leder till att det mest akuta prioriteras (Ziljesstra et. al., 2017). Cho, Cha och Yoo (2015) belyser att på grund av den stora arbetsbelastningen som råder på akutmottagningar upplever sjuksköterskorna att tiden inte räcker till för att rapportera övergrepp eller våld.

Brister i akutmottagningens miljö

Trots akutmottagningens potential att identifiera och ta hand om kvinnor som upplever våld i nära relation fanns det många praktiska begränsningar avseende den fysiska miljön (Dawson et al., 2019). I studien av Spangaro et al. (2020) registrerades att 22,4 procent av de 1119 ifyllda formulär att screening av våld i nära relation inte hade slutförts. Huvudskälen varierade, vid 32,7 procent hade partnern närvarat, brist på integritet svarade för 32,3 procent, vid 21,9% hade andra familjemedlemmar än sin partner närvarat och 17,9 procent av patienterna nekade till fortsatt screening. Det upplevdes svårt att intervjua kvinnan i enrum (Beynon et al., 2012). D'Avolio (2011) och Dawson et al. (2019) beskriver akutmottagningens vårdmiljö som pressad, frenetisk och färgad av ett högt tempo. Van Wyk och Van der Wath (2015) menade att det inte fanns mycket integritet runt patienterna och att det fanns många patienter på samma ställe, vilket utgjorde begränsat med utrymme och begränsade den privata sfären vilket medförde en barriär i arbetet med våld i nära relation (Beynon et al., 2012). I studien av Spangaro et al. (2020) framkom det att sjuksköterskor och chefer ansåg att de är en utmaning att skapa integritetsbevarande ytor i en öppen miljö. Bristen på integritet anses påverka screeningen negativt. Trots att en del akutmottagningar hade enskilda privata undersökningsrum, upplevdes det av akutmottagningens personal vara ett hinder att ta upp ämnet våld i nära relation när patienten hade sällskap av sin partner eller familj (Ziljestra et al., 2017; Dawson et al., 2019; Beynon et al., 2012; Van Wyk & Van der Wath, 2015)

Bristande kunskaper om handläggning och identifiering av våld i nära relationer

Det var inte enbart tiden som ansågs begränsa personalen, de upplevde även att deras kunskaper inom våld i nära relation var begränsade (Cho, Cha & Yoo, 2015). Bristen på sjuksköterskornas kunskap angående våld i nära relation ansågs vara en faktor som hindrade deras screeningmetod (Al-Natour, Qandil & Gillespie, 2016; Saberi et al. 2017). Ingen av deltagarna i Ziljestra et al., (2017) studie hade fått träning i hantering av patienter utsatta för våld i nära relationer, vilket också framkom i studien av Spangaro et al. (2020). De hade bristande kunskaper i symtom och tecken på våld i nära relation och de visste inte vad de skulle göra när de stötte på patienter som var utsatta. De hade också bristande kunskaper i samtalsstrategier. Några deltagare menade att en naivitet spelade en stor roll i mötet med patienten, personalen hade en tendens att alltid tro på patientens förklaringar till deras skador (Ziljestra et al. 2017). Ett hinder i mötet med patienten var även språket och kulturella aspekter (Beynon et al., 2012). Enbart 46,7 procent av 15 kvinnor som hade behov av tolk screenades medan 79,3 procent av kvinnorna som inte hade tolkbehov screenades (Spangaro et al., 2020).

Spangaro et al. (2020) tar upp förekomsten av bristande kunskap hos sjuksköterskor om sjukhusets riktlinjer och rutiner avseende våld i nära relation. Även i Al-Natour, Qandil & Gillespie (2016) studie framkom att sjuksköterskor inte hade någon vetskap om det fanns någon sjukhus-policy som berörde screeningprocessen. Läkare var också helt ovetandes om riktlinjer och policies, direktiv och andra protokoll relaterat till våld i nära relation (Dawson et al., 2019). Deltagarna i studien var inte medvetna om vad deras roller innebar i omhändertagandet av de drabbade kvinnorna. De trodde att de inte hade någon befogenhet att screena kvinnor för våld i nära relation på deras sjukhus. 78,5 procent av 56 deltagare rapporterade att de enbart kände sig trygga med att screena för våld i nära relation vid vissa omständigheter. Samtidigt rapporterade 83,3 procent av 55 att de fått otillräcklig utbildning i att screena för våld i nära relation (Saberi et al. 2017).

I D'avelios (2011) studie diskuterades hur utbildningen och information för ny personal hade minskats från 20 minuter till fem minuter, vilket kraftigt hade försämrat möjligheterna att ge personalen grundläggande kunskaper i ämnet. Samtidigt som D'avelios (2011) studie genomfördes eliminerades denna del av utbildningen helt och hållet för nyanställd personal.

Alla deltagarna i studien av D'avelio (2011) uttryckte rädsla och bekymmer över bristen på organisatoriska resurser avseende våld i nära relation. De flesta anställda på akutmottagningen i studien av Zijlstra et al., (2017) nämnde bristen av särskilda resurser avseende våld i nära relation: där fanns inga protokoll, ingen översikt av hjälporganisationer, ej heller något etablerat samarbete med socialtjänsten. Detta medförde att personalen på akutmottagningen kände sig oförmögna att ta rätt steg i arbetet (Zijlstra et al. 2017). Deltagare i studien av Dawson et al. (2019) menade att standardiserade frågor för våld i nära relation inte fanns på deras akutmottagning, flera av dem visste inte om några formella screeningverktyg. Även om personalen på akutmottagningen såg det som sin uppgift att identifiera våld i nära relation, ansåg många av dem att det var mer prioriterat att behandla akuta fysiska besvär och att hantera den höga patient omsättningen på akutmottagningen (Zijlstra et. al., 2017). Flera sjuksköterskor visste inte hur eller var man skulle rapportera våldet (Cho, Cha & Yoo, 2015). Bland deltagarna i studien av Cho, Cha och Yoo (2015) visste 70,2 procent av de 131 deltagarna att de måste rapportera upptäckten av våld, men 45 procent av dem hade ingen vetskap om att de hade ett juridiskt ansvar.

I Leppäkoski och Paavilainen (2012) studie var det 45 procent av de 480 yrkesverksamma som inte frågade patienterna om de utsatts för våld i nära relationer om det själva inte tog upp ämnet spontant. Alla anställda på akutmottagningen i Zijlstra et al. (2017) studie samt deltagare i studien av Dawson et al. (2019) tyckte att det var mycket svårt att inleda ett samtal om våld i nära relation. Att ta upp frågan involverade en mängd rädslor/farhågor. Den största rädslan var att ämnet var ett känsligt, tufft och tabubelagt ämne att samtala om. För att ta upp ämnet behövde man vara helt säker på att våldet förelåg. Det var också svårt att hitta passande ord att inleda samtalet med. De visste inte hur de skulle ställa frågan (Zijlstra et al. 2017). Enligt Dawson et al. (2019) saknade personalen färdigheter att framkalla avslöjanden. Deltagarna trodde inte att avslöjande av våld i nära relation kunde framkomma i en brådskande atmosfär (McGarry & Nairn, 2014).

Skälen till att inte rapportera övergrepp och våld berodde vanligen på att sjuksköterskor inte ansåg att det var tillräckligt allvarligt och att inte bevisbördan var tillräcklig. Sjuksköterskorna visste inte heller hur det skulle rapportera våldet. Andra anledningar till att inte rapportera var att det ansågs vara en personlig eller familjär angelägenhet (Cho, Cha & Yoo, 2015). Flera deltagare menade att de aldrig screenade för våld i nära relation trots att de misstänkt förekomst av våld (Al-Natour, Qandil & Gillespie, 2016). 77,1 procent av 131 deltagare i Cho, Cha och Yoo's (2015) studie tyckte att även om våldet i hemmet var allvarligt, bör det ändå inte föreslås att offren flyr och lämnar barnen i hemma. Många deltagare kände att offer för våld i nära relation hade ett eget ansvar att avslöja och hantera våld i nära relation. De ansåg att offren själv behövde signalera att något var fel, att i samband med undersökning av personal på akutmottagningen avslöja våld i nära relation och att försöka ta sig ut den våldsamma situationen (Zijlstra et. al., 2017). Saberi et al. (2017) belyste att screening för våld i nära relationer hos gravida kvinnor eller män med oförklarliga skador sker i mindre

utsträckning än för kvinnor med oförklarliga skador, eller skador som förmodligen uppkommit av våld. Den patientgrupp som screenades minst var de med en historik av drog- och alkoholmissbruk (Saber et al., 2017).

Möjligheter

Teamarbete

Sjuksköterskorna kände att specialistsjuksköterskor inom våld i nära relationer utgav en stödjande roll och möjliggjorde att de utvecklades i sitt professionella självförtroende vid handläggandet av patienter som sökte akutmottagningen efter våld i nära relationer (McGarry & Nairn, 2014). Gott samarbete mellan personalen på akutmottagningen togs upp av majoriteten av deltagarna i Zijlstra et al. (2017) studie som en faktor som underlättade arbetet. Zijlstra et al. (2017) menade att tidsbrist inte behöver vara ett hinder utan att ta sig tid var accepterat av personalen och kollegorna och akutmottagningen var inte alltid överfull av patienter. Deltagarna kände sig bekväma med att diskutera sina misstankar om våld i nära relationer med varandra och kände att det togs på allvar när frågan togs upp. De kände att de bestod av ett kompletterande team och att ansvaret delades mellan teamets medlemmar (Zijlstra et al., 2017). Även Dawson et al. (2019) belyste att teamarbete och känsla av samarbete ansågs som viktiga faktorer när patienter som utsatts för våld i nära relationer vårdades på akutmottagningen (Dawson et al., 2019).

Träning och erfarenhet

Beynon et al. (2012) menar att nästan hälften sjuksköterskorna i studien beskrev träning inom området som en grundläggande förutsättning och att majoriteten av sjuksköterskorna ville lära sig mer om våld i nära relationer. I studien utförd av Deboer et al. (2013) upplevde lite mer än hälften av deltagarna att de fått adekvat utbildning i att känna igen tecken och symtom på våld i nära relationer. Zijlstra et al. (2017) menar att medvetenheten hos personalen kring våld i nära relationer ökade efter att personal från akutmottagningen varit med och tagit fram protokoll med fokus på våld i nära relationer. Spongaro et al. (2020) belyste vikten av regelbunden fortlöpande praktisk träning och att denna inte ersätts av en e-utbildning.

Brykoczynski et al. (2011) belyste vikten av erfarenhet, träning, mentorskap och att dela berättelser om utmaningar och framgångar för att personalen ska lära sig hantera situationer som rör våld i nära relationer. McGarry och Nairn (2014) tar upp att specialistsjuksköterskan inom våld i nära relationer hade en central roll i att utveckla program för utbildning inom ämnet och att träna akutmottagningens personal regelbundet. Detta ledde till en ökad generell medvetenhet hos personal på akutmottagningen (McGarry & Nairn, 2014). Till följd av träning samt en ökad medvetenhet hos befolkningen upplevde sjuksköterskor att möjligheten att identifiera personer som utsatts för våld i nära relationer hade förbättrats trots de svårigheter som fanns (Dawson et al., 2019). De anställda reagerade när det fanns uppenbara tecken på våld, när de påträffade en patient vars berättelse inte passade med de fysiska symtomen, eller när interaktionen mellan patienten och dennes partner var suspekt (Zijlstra et al., 2017). Zijlstra et al. (2017) beskriver att tidigare erfarenheter kunde bidra till att våld i nära relationer misstänktes när tecknen var mindre tydliga.

I studien av Al-Natour, Qandil & Gillespie (2016) beskrivs att erfarenhet av att screena ansågs ha en stor betydelse för informationsinhämtningen eftersom personalen då lättare kunde tillhandahålla detaljerad information om offren, definiera fallet, hjälpa dem och kommunicera med dem på ett passande sätt. Det ansågs att desto mer personalen screenade desto bättre blev dem. Personalen trodde att det var många offer som missades och att det var många som inte synliggjordes eller identifierades (Al-Natour, Qandil & Gillespie, 2016). Sjuksköterskor upplevde att utebliven screening av patienter som utsatts för våld i nära relation kunde leda till att patienten utförde ett självmordsförsök. Det var förödande för deras fysiska och mentala hälsa, och det kunde ha en negativ inverkan på patientens personlighet, självkänsla samt sociala och beteendemässiga handlande (Al-Natour, Qandil & Gillespie, 2016).

Trygg vårdmiljö och sjuksköterskans ansvar

Flertalet av deltagarna i Brykoczynski et al. (2011) studie ansåg att det var viktigt att skapa en miljö där offret kunde diskutera våldet. Det var viktigt att som sjuksköterska att ha i åtanke att personer som utsatts för våld i nära relationer kunde känna sig förödmjukade, därför var det viktigt att inte döma eller tillfoga ytterligare skada. Att vara stöttande innebär att en respektfull atmosfär med tillit skapas så att offret känner att det kunde berätta om sina upplevelser för sjuksköterskan (Brykoczynski, Crane & Medina, 2011). Det ansåg viktigt att personalen hade förståelse för att det tar tid för den som utsatts för våld i nära relationer att lämna sin partner. Sjuksköterskor ansåg att kunskap om detta kunde leda till att de kunde agera mer stöttande, förespråka säkerhet samt ge ut nummer till lokala hjälplinjer när patienten var redo (Brykoczynski, Crane & Medina, 2011). Brykoczynski et al. (2011) menar att medvetenhet kring vikten av vändpunkter för personen som utsatts för våld i nära relationer kunde bidra till att personalen blir bättre på att identifiera när en person var redo för förändring. Med vändpunkter menar Brykoczynski et al. (2011) händelser som hjälper offret att inse relationen inte går att rädda.

Enskilda rum för undersökning togs upp som en underlättande faktor, då dessa skapade en säkrare miljö än britsar som skärmades av med gardiner (Zijlstra et. al., 2017). Dawson et al. (2019) belyste att sjuksköterskor använde sig av en rad olika strategier för att separera offret från den misstänkta gärningsmannen som följde med till sjukhuset, och för att stötta offret att stanna kvar på akutmottagningen över natten samt träffa en socialarbetare. Brykoczynski et al. (2011) menade att sjuksköterskor ansåg det vara av stor vikt att ta hjälp av en tolk istället för att använda sig av en familjemedlem när personen som sökte vård inte talade samma språk. De flesta av personalen på akuten, i studien av Zijlstra et al. (2017), hade en positiv attityd mot våld i nära relation, en öppenhet samt en vilja att ta upp ämnet och hjälpa offret.

Sjuksköterskor upplevde att deras roller mot offer för våld i nära relation inkluderade screening, rådgivning, konsultation och tillhandahållande av medicinsk och emotionell omvårdnad och support. I deras arbete inkluderades att skapa en trygg miljö för att skapa ett privat samtal och inhämta en anamnes av patienten och bakgrundsinformation om partnern. Patienterna behövde också ges psykologisk support. Behovet av psykologkontakt behövde efterfrågas (Al-Natour, Qandil & Gillespie, 2016). En fjärdedel av 457 av akutmottagningens personal i Leppäkoski och Paavilainen's (2012) studie gjorde alltid eller vanligen upp en eftervårdsplan tillsammans med kvinnan. 45 procent av deltagarna rapporterade att de alltid hade ställt frågor till kvinnan om hennes

familjesituation, men enbart 12 procent av dem hade alltid diskuterat med kvinnan om hur barnen kan skyddas i en våldsamt situation (Leppäkoski & Paavilainen, 2012). Den specialistutbildade sjuksköterskan hade ett ansvar att erbjuda patienter hjälp (Deboer et al. 2013) som vid upprepade tillfällen rapporterat våld i nära relation, oavsett om patienten följde sjuksköterskans råd eller inte (Brykocynzski et al., 2011). Detta stöds av Zijlstra et al. (2017) där deltagarna uppgav att de skulle fortsätta ta upp ämnet våld i nära relation även efter patientens nekande och återupprepade besök på akutmottagningen. En förståelse fanns för patientens nekande då det tar tid att våga berätta. De flesta av akutmottagningens personal betraktade uppgifterna att identifiera och diskutera våld i nära relation som både en arbetsuppgift på akutmottagningen i sin helhet och för sitt eget personliga intresse som anställd på akutmottagningen (Zijlstra et al., 2017).

Sjuksköterskornas känslomässiga erfarenheter

Personliga erfarenheter

Fall med våld i nära relationer påverkade sjuksköterskor på ett personligt plan (McGarry & Nairn, 2014). Akutsjuksköterskor kunde inte titta bort utan måste möta effekterna av våld i nära relationer oavsett hur illa det är. Det kunde vara smärtsamt att lyssna på historier om våld i nära relationer och få höra chockerande detaljer som vanligen berättades för första gången för någon annan (Van der Wath et al., 2013).

Akutsjuksköterskor exponerades för patientens emotionella lidande vilket ibland ledde till känslor som liknade patientens förekommer hos sjuksköterskorna (Van der Wath et al., 2013). Olika känslouttryck uppkom hos sjuksköterskor som vårdade patienter utsatta för våld i nära relation. Sjuksköterskor försökte vanligen reglera sina känslor som ett sätt att hantera dessa (Van der Wath et al., 2013; Van der Wath et al., 2016). Van der Wath et al. (2016) menar att det även förekom att sjuksköterskor grät om de blev känslomässigt berörda av ett fall. Att gråta sågs vanligen inte som ett sätt att hantera känslorna utan hände när de upplevde att de inte kunde reglera sina känslor. Ifall det hände att någon grät på grund av ett patientfall ville vanligen personalen inte att de andra skulle se detta (Van der Wath et al., 2016).

Enligt Van der Wath et al. (2016) kunde patienternas lidande ha en känslomässig påverkan på sjuksköterskor som ledde till känslor av depression, sorg, rädsla, chock, sympati och ilska (Van der Wath et al., 2013). Sätt att undkomma känslorna som uppstod i samband med att en patient som utsatts för våld i nära relationer vårdades inkluderade undvikande beteende eller försök till att hantera känslorna genom att söka stöd eller reglera sina känslor (Van der Wath et al., 2016). Känslorna reglerades vanligen genom att undantrycka dessa (Van der Wath et al., 2013; Van der Wath et al., 2016). Sjuksköterskor kände att de inte hade något annat val än att undertrycka sina känslor enligt Van der Wath et al. (2016). Känslor som undertrycks kunde leda till långvariga psykologiska konsekvenser för sjuksköterskor (Van der Wath et al., 2013; Van der Wath et al., 2016).

Sjuksköterskor som sökte stöd genom att prata med kollegor för att ventiler sina känslor uppgav att det kändes bättre efter. Sjuksköterskor upplevde även sig hjälpta av att prata med andliga rådgivare som frivilligt gav stöd åt sjukhusets personal och patienter (Van der Wath et al., 2016). Enligt McGarry och Nairn (2014) kunde sjuksköterskor som är specialister på våld i nära relationer ge stöd åt personalen på ett personligt plan. Specialistsjuksköterskor inom våld i nära relationer kunde ge utökad stöd kring obehaget och osäkerheten som uppstod när frågor om våld i nära relationer

behöver ställas eller när patienten berättade om våld självmant (McGarry & Nairn, 2014).

Professionella erfarenheter

Ur ett professionellt perspektiv kunde sjuksköterskor uttrycka att de kände sig hjälplösa när personer som utsatts för våld i nära relationer sökte akutmottagningen. Det förekom även att sjuksköterskor på akutmottagningen trodde att det inte fanns så mycket de kunde göra för att ge stöd till dessa patienter (McGarry & Nairn, 2014). Van der Wath et al. (2016) menade att sjuksköterskor använde sig huvudsakligen av två metoder för att hantera situationer där patienter utsatts för våld i nära relationer, antingen genom att ”fly” eller utsätta sig för situationen. Ett sätt att hantera situationen genom att ”fly” var att försöka undvika att bli exponerade för patienter som utsatts för våld i nära relationer. Sjuksköterskor använde sig av distraktion, andlighet, acceptans och meningsskapande för att hantera situationer där de mötte dessa patienter (Van der Wath et al., 2016).

När sjuksköterskor screenade patienter för våld i nära relationer upplevde de känslor av glädje och tillfredsställelse då deras ansträngning kunde ge stöd åt utsatta patienter (Al-Natour et al., 2016). Al-Natour et al. (2016) belyste att sjuksköterskor som inte utförde screeningen upplevde känslor av hjälplöshet, ilska och skuld. Dessa känslor uppstod då det visste risken med att inte screena och inte ingripa för dessa patienter (Al-Natour et al., 2016). En känsla av frustration uppkom över den tid som behövdes när en kontakt med olika serviceenheter behövde tas och också känslor av frustration kunde kännas när kvinnor som hade avslöjat sin utsatta situation skulle hänvisas till andra hjälporganisationer (McGarry & Nairn, 2014). Många av deltagarna var rädda för att de felaktigt skulle anklaga patienten, fjärma patienten och skada den terapeutiska relationen. Omkring hälften av deltagarna indikerade att de var rädda för patientens känslomässiga kollaps efter avslöjandet av våld i nära relation utan att ha verktygen eller kunskapen att hjälpa dem (Zijlstra et al., 2017). En frustration uttrycktes också då kvinnan som avslöjat våldet stannade kvar hos eller återgick till den våldsamma partnern. Speciellt utmanande var det när deltagarna hade ansträngt sig för att skapa en relation med patienten (Beynon et al., 2012).

Sjuksköterskor kände att det var deras plikt att trycka undan och dölja sina personliga känslor och hjälpa personen. De upplevde att det förväntades av dem som sjuksköterskor att alltid ha kontroll (Van der Wath et al., 2016). Enligt Dawson et al. (2019) uppgav en del sjuksköterskor att det ibland var svårt att kontrollera sina värderingar och känslor gentemot offren och förövarna. Känslan av oro för patienten stannar ibland kvar hos sjuksköterskor under en längre tid då patienten vanligen befinner sig en kort tid på akutmottagningen. Detta lämnade sjuksköterskorna med en rad obesvarade frågor (Van der Wath et al., 2013). Zijlstra et al. (2017) menar att akutsjuksköterskor vanligen inte tyckte om att skriva ut patienter som utsatts för våld i nära relationer om de upplevde att de inte tillhandahöll tillräckligt med hjälp. Van der Wath et al. (2013) belyste att vetskapen om att patienten fått hjälp gav lättnad åt sjuksköterskor och hjälpte dem att hantera den känslomässiga påverkan, minska stress och känslor av sorg.

DISKUSSION

Resultatdiskussion

Resultatdiskussionen kommer att presenteras utifrån ansedda huvudfynd som framkommit i studien. Resultatet visar att det förekommer ett flertal hinder vid identifiering och handläggning på akutmottagning av patienter som utsatts för våld i nära relationer. Resultatet visar på ett flertal faktorer som möjliggör och förenklar identifiering och handläggning. Det framkom även i resultatet att identifiering och handläggning av patienter som utsatt för våld i nära relationer ledde till känslomässiga erfarenheter hos sjuksköterskorna. Nedan kommer djupare diskussion föras kring tidsbrist, kunskapsbrist och känslomässiga erfarenheter.

Tidsbrist ansågs av sjuksköterskorna som ett stort hinder vid identifiering och handläggning av patienter som utsatts för våld i nära relationer (Beynon et al, 2012; McGarry & Nairn, 2014; Saberi et al, 2017; Ziljesträ, 2017). Detta är något som även patienterna som söker vård för våld i nära relationer uppmärksammar. Patienten upplever sjuksköterskorna inte har tid för längre samtal på grund av arbetsbelastningen (Olive, 2019), att det blev på skyddade i samtal (Lappäkoski et al. 2011; Rodriguez & Mandich, 2019) samt att de hade svårt att ställa frågor om våld (Rodriguez & Mandich, 2019). Detta skapar ett tydligt hinder både för patienterna och sjuksköterskorna då tidsbrist försvårar möjligheten att skapa en tillitsfull relation (McGarry & Nairn, 2014) vilket krävs för att patientens ska berätta om sin situation (Bacchus et al, 2016). Lappäkoski et al. (2011), Olive (2016) samt Pratt-Eriksson et al. (2014) menar att de patienterna utsatta för våld i nära relation har känslor i kroppen av skam, sårbarhet, ensamhet samt rädsla. Akutsjuksköterskan ska skapa en trygg och säker miljö som inbringar lugn och ro (Riksföreningens för akutsjuksköterskor & svensk sjuksköterskeförening, 2017) vilket Lappäkoski et al. (2011), Rodriguez & Mandich (2019) och Pratt- Eriksson et al. (2014) menar att detta vanligen inte förekommer. Patienterna upplevde ofta att de inte blev lyssnade på, de blev inte tagna på allvar, blev inte sedda och kände att de blev lämnade ensamma åt sitt eget öde efter undersökningen (Lappäkoski et al., 2011; Rodriguez & Mandich, 2019; Pratt- Eriksson et al., 2014). Riksföreningen för akutsjuksköterskor och svensk sjuksköterskeförening (2017) beskriver att patientens medicinska, existentiella och emotionella behov ska tillgodose på ett personcentrerat sätt genom den omvårdnad som ges. Utifrån Lappäkoski et al. (2011), Rodriguez & Mandich (2019) och Pratt- Eriksson et al. (2014) beskrivning av hur det våldsutsatta patienter upplever besöket på akutmottagning kan troligen en brist i den personcentrerade vården ses. En förutsättning för personcentrerad vård är förmågan att lyssna på patienten och dess historia för att ha möjlighet att hjälpa patienten (Ekman & Norberg, 2013), resultatet tyder på att tidsbrist är en stor faktor som påverkar mötet mellan sjuksköterskor och våldsutsatta patienter. Förutsättningen för den personcentrerade vården är patientens egna subjektiva berättelse. I dag är tid något som ses som en negativ kostnad i vården, därför är det också en bristvara (Vårdförbundet, 2013). Om mötet med patienten istället får ta tid, kommer det också resultera i ett bättre samtal som kan bidra till en god vårdrelation samt trygghet, och kan därför resultera i mindre kostnader och bidra med färre återbesök till akutmottagningen. Tid är något som sjuksköterskor och patienter upplever som en bristvara på akutmottagningar och är troligen ett stort hinder vid identifiering och handläggning av patienter som utsatts för våld i nära relationer.

Något som ytterligare hindrade sjuksköterskor på akuten i att identifiera och handlägga patienter utsatta för våld i nära relation, annat än tidsbristen, var bristen på kunskap avseende ämnet (Cho, Cha & Yoo, 2015). Sjuksköterskorna upplevde att de inte hade kunskap att samtala med patienterna på rätt sätt och att de inte visste vad de skulle ställa för frågor (Ziljestra et al., 2017; Spangoro et al., 2020). Det är viktigt att personal som inte har kunskap om våld i relation får stöttning, vägledning och undervisning i ämnet. Akutsjuksköterskan har därför en viktig roll på en akutmottagning eftersom en del av arbetsuppgifterna är att informera och undervisa medarbetarna (Riksföreningen för akutsjuksköterskor & Svensk sjuksköterskeförening, 2017). Enligt Socialstyrelsen (SOSFS 2014:4) har vårdpersonal en skyldighet att vid minsta misstanke om våld ställa direkta frågor till patienten, vilket då kräver kunskap för att ställa rätt frågor. Det har visat sig att träning, utbildning, frågor ställda angående våld i nära relationer samt utarbetade handlingsplaner har lett till att fler patienter utsatta för våld i nära relation fått hjälp jämfört med de som inte fått träning eller haft tillgång till tydliga riktlinjer på arbetet. Det kan tänkas att bristen på vetskap om rutiner samt bristande kunskap i att identifiera symptom och tecken kan öka känslan av att inte ha tillräckligt med tid, och därför undviks också att ställa frågor om våld i nära relation till patienterna. Med en ökad träning och erfarenhet kan eventuellt tidsbegränsningar vara ett mindre problem i utförandet. Att arbeta personcentrerat kan bidra till att fler våldsutsatta patienter i nära relation identifieras och handläggs eftersom den personcentrerade vården bygger på att utgå från patienten och dennes egen berättelse (Williston & Lafreniere, 2013). Eftersom den personcentrerade vården kan bidra till att fler våldsutsatta patienter i nära relation identifieras och därmed får hjälp, kan det tänkas vara av stor vikt att all vårdpersonal erhåller utbildning i hur arbetssättet personcentrerad vård bedrivs. Ekman och Norberg (2013) menar att det personcentrerade arbetssättet bidrar till en ökad nöjdhet hos patienterna samt bättre resultat ur hälsosynpunkt.

Denna studie har påvisat att sjuksköterskor på akutmottagningen besitter olika känslomässiga erfarenheter när det gäller möten med patienter utsatta för våld i nära relation. Känslorna påverkar sjuksköterskorna både på ett professionellt och personligt plan (McGarry & Narin, 2014). Likheter mellan sjuksköterskors upplevda känslor och samvetsstress är slående. Glasberg et al. (2008) beskriver samvetsstress som stress kopplat till ett dåligt samvete. Det kan upplevas då sjuksköterskor inte har någon möjlighet att ge patienterna den omvårdnad de behöver och sjuksköterskan vill, men ändå är skyldiga att ge. Det kan bland annat bero på att prioriteringarna som sjuksköterskan behöver göra står emot sitt eget samvete och kan därför resultera i känslor av otillräcklighet. Sjuksköterskor som arbetar på en akutmottagning kan inte blunda för de drabbade patienterna, de tvingas att möta effekterna av våldet i nära relation (Van der Wath et al. 2013). Trots att dessa patienter inte sällan har ett stort behov av medicinsk hjälp krävs också en stor del psykisk hjälp och stöttning. Dock prioriteras den medicinska biten allra först på en akutmottagning, vilket kan medföra att en patient utsatt för våld i nära relation inte erhåller det stöd som hen behöver då tidsbristen är ett faktum (Al-Natour, Qandil & Gillespie, 2016). Glasberg et al. (2008) menar att tidsbristen är en faktor som bidrar till samvetsstress och uppstår då arbetsbelastningen är högre än tillgången på resurserna.

Enligt McGarry och Narin (2014) samt Van der Wath et al. (2016) hade patienternas lidande stor inverkan på sjuksköterskor på olika sätt på akutmottagningen. Sjuksköterskor hanterade känslorna genom att inta olika strategier för att vara så professionella som möjligt. Ett vanligt sätt var att undertrycka känslorna, vilket är

förödande för en sjuksköterska eftersom det kan leda till långvariga psykologiska konsekvenser. Samtidigt upplevdes det vara en lättnad att prata om sina känslor med en kollega (Van der Wath et al., 2016). Enligt Glasberg et al. (2008) är samvets stressen kopplad till utbrändhet. Detta anses vara ett oroväckande resultat då sjuksköterskorna har ett stort ansvar på flera olika sätt. Risker att sjuksköterskorna missar att identifiera patienter utsatta för våld i nära relation samt att den förekomna tidsbristen medför ett hinder i identifieringen av dessa patienter är troligtvis större om sjuksköterskorna dessutom är stressade eller till och med utbrända. Regeringskansliet (2018) anger att Agenda 2030 handlar om att initiera en förändring mot ett hållbart samhälle, där nyckeln till ett framgångsrikt genomförande är att alla aktörer i samhället är delaktiga i arbetet. För att öka möjligheterna att identifiera och hjälpa dessa utsatta patienter krävs att sjukhusen utbildar personal i ämnet, att resurser finns på arbetet så att tid finns att se dessa individer. Ett nära arbete mellan socialtjänst och hjälporganisationer för att vidare kunna hjälpa dessa patienter vore också önskvärt.

Studiens syfte anses utifrån det framkomna resultatet vara besvarat då sjuksköterskors erfarenheter inom det valda ämnet tydligt framkom. Fortsatt forskning inom ämnet är viktigt då ämnet är ett globalt hälso- och samhällsproblem (WHO, 2013). Studiens kliniska relevans till den svenska sjukvården kan diskuteras då utbudet av svenska studier var begränsad och resultatet är baserat på studier i olika delar av världen. Däremot skulle denna studie kunna ge en bättre förståelse för ämnet då andra länder såsom USA och Australien har kommit längre i sin forskning samt väcka en vilja att studera ämnet utifrån ett svenskt perspektiv. Studien kan därför vara en del av en kvalitetsutveckling inom ämnet. Det har setts att våldet mot män är utbrett i Sverige, dock är området outforskat varför det också finns kunskapsluckor (Swahnberg et al. 2012). Fortsatt forskning inom ämnet i Sverige skulle vara intressant. Även studier på svenska sjuksköterskors erfarenheter inom ämnet skulle vara av intresse att undersöka och jämföra mot denna studies resultat. Författarna anser att vidare forskning inom området är nödvändigt och har stor betydelse både för samhället, omvårdnaden av den enskilda patienten samt vården i stort. Genom att våld i nära relation förekommer globalt bidrar det fortsatt till en kränkning av de mänskliga rättigheterna samt ett ojämnt samhälle.

Metoddiskussion

Studien baseras på 15 vetenskapliga artiklar. Syftet med studien var att beskriva sjuksköterskornas erfarenheter av att identifiera och handlägga patienter utsatta för våld i nära relation, och är således en allmän litteraturoversikt med strukturerad ansats (Forsberg & Wengström, 2017). Enligt Kristensson (2014) och Forsberg och Wengström (2016) är litteraturoversikt en användbar metod då det bidrar till ett evidensbaserat arbetssätt. Med studiens syfte i åtanke skulle även en intervjustudie varit en lämplig metod. Författarna anser dock att en intervjustudie hade varit mindre generaliserbar då en sådan studie omfattar ett begränsat antal deltagare, vilket stöds av Henricson (2017).

Artiklarna som inkluderades var både av kvalitativ och kvantitativ karaktär, då det ansågs tillföra en stor mängd relevant material till en kvalitativ studie (Whittemore & Knafl, 2005) Henricsson (2017) menar dock att det kan sänka trovärdigheten/validiteten. Friberg (2017) och Forsberg och Wengström (2016) menar däremot att en litteraturoversikt som redogör för allt, både kvalitativ och kvantitativ

kunskap leder till en tydlig översikt av det berörda kunskapsområdet. De meningsenheter och det resultat från de kvantitativa samt kvalitativa artiklarna som svarade på syftet inkluderades i arbetet.

Sökningarna genomfördes i flera databaser; Cinahl, PubMed, PsycInfo samt SweMed. Cinahl innehåller enbart artiklar inom ämnet omvårdnad, PubMed och SweMed är databaser med artiklar inom ämnet medicin och omvårdnad samt PsycInfo innehåller artiklar inriktade på psykiatri och psykologi. Sökningen genomförd i SweMed resulterade ej i någon artikel relevant för syftet, varför sökningen ej redovisas i tabellen. Att genomföra sökningar i flera olika databaser ökar chanserna att hitta relevanta artiklar utifrån studiens syfte som därmed också ökar studiens validitet samt sökresultatens sensitivitet. (Henricson, 2017). En del begränsningar användes i de kombinerade sökningarna för att begränsa antalet träffar, varför artiklar enbart möjliga att läsa i fulltext samt artiklar skrivna enbart på det svenska eller engelska språket inkluderades, vilket kan ses som en svaghet. En förutsättning för att kunna läsa och tolka studiens inkluderade artiklar är att förstå språket, varför en begränsning ansågs vara relevant. De inkluderade artiklarna skulle även vara peer review vilket Henricson (2017) belyser är viktigt för att öka studiens kvalitet. Detta kontrollerades antingen direkt i databaserna eller på respektive tidskrifts hemsida.

Då sökning i PubMed den 29 november 2020 genomfördes återfanns en stor mängd artiklar. För att erhålla ett mer hanterbart resultat ändrades urvalskriteriet 2010-2020 till 2015-2020 vid enbart denna sökning.. Det finns risk för att ett stort antal artiklar förbisetts genom denna begränsning, vilket också kan ha påverkat resultatet. En styrka är att flera dubletter återfunns vid sökningarna, vilket höjer studiens sensitivitet och trovärdighet (Henricson, 2017).

Artiklar inkluderades som både inbegrep sjuksköterskor på akutmottagning i kombination med annan enhet/avdelning. Det var enbart resultatet som tydligt svarade på syftet från dessa studier som inkluderades i detta arbete.

Femton artiklar inkluderades för analys. Finland, Jordanien, Canada, Storbritannien, Sydkorea och Nederländerna har publicerat en artikel vardera medan USA, Sydafrika och Australien har publicerat tre artiklar var. Artiklarna hade en stor spridning i världen, vilket ger en global översikt. Dock identifierades området vara utforskat i Sverige utifrån vad som framkom vid databassökningarna. Önskvärt hade varit ett större antal svenska artiklar för att kunna kartlägga hur forskningen ser ut i Sverige. En möjlig anledning till detta skulle kunna vara att ämnet är större och mer synligt problem i USA, Sydafrika och Australien, varför också en större mängd forskning genomförts i dessa länder.

Två av de inkluderade artiklarna (Deboer et al., 2013; Leppäkoski et al., 2013) hade skickat ut ett stort antal frågeformulär till anställda på sjukhus, men erhöll en låg svarsfrekvens. Detta anses vara en svaghet då bortfallet är stort. Dock beslutades det om att inkludera artiklarna då de inkluderar sjuksköterskornas upplevelse och svarar på studiens syfte. I studien av Leppäkoski et al. (2013) framkom att tidsbrist var en stark förekommande anledning att inte delta i studien. Kanske kan också svarsraten vara låg då ämnet anses vara ett känsligt ämne. Studien av Van Wyk och van der Wath (2015) har enbart två manliga sjuksköterskor deltagit i studien. Trots det extremt låga deltagarantalet har ändå studiens resultat ansetts vara viktigt för denna litteraturöversikt

eftersom männens upplevelse av att vårda, identifiera och handlägga patienter i nära relation är viktigt att inkludera i resultatet.

Henricson (2017) menar att valet av underlaget för kvalitetsgranskning påverkar resultatets tillförlitlighet. Samtliga inkluderade artiklar kvalitetsgranskas enligt Sophiahemmet högskolas bedömningsunderlag (Bilaga A). För att säkerställa kvaliteten granskade författarna samtliga artiklar separat och jämförde sedan resultaten av kvalitetsgranskningarna, vilket enligt Henricson (2017) ökar studiens reliabilitet. Hade författarna istället valt att dela upp granskning mellan sig hade det sänkt studiens reliabilitet (Henricson, 2017). Författarna har haft i åtanke att pålitligheten i resultatet är beroende av pålitligheten i det inkluderade artiklarna (Henricson, 2017).

I analysförfarandet har det varit en styrka att båda författarna, var för sig, har läst artiklarna och dess resultat och därefter tagit ut resultat och meningsenheter som svarade på syftet samt diskuterat dessa. Det har bidragit till större tillförlitlighet att det presenterade resultatet varit korrekt och ej taget ur sitt sammanhang samt stärker studiens reliabilitet samt validitet. Det bidrar även till en mindre möjlighet att personlig bias har påverkat resultatet. Vid svårigheter att förstå meningsenheternas betydelse och sammanhang har diskussioner förts och en återblick på ursprungs artikeln har gjorts.

Enligt Henricsson (2017) ökar studiens pålitlighet och validitet/trovärdighet om det under studiens gång funnits tillgång från utomstående personer. Författarna har under studiens gång regelbundet haft kontakt med handledningsgrupp samt handledare som reflekterat samt diskuterat studiens innehåll samt upplägg. Detta är något författarna regelbundet haft i åtanke under studiens gång. Biblioteket vid Centralsjukhuset i Karlstad konsulterades även som stöd vid val av sökord samt sökteknik.

Slutsats

Studiens resultat påvisar att det finns både möjligheter och hinder för att sjuksköterskor ska kunna identifiera våldsutsatta patienter i nära relation på akutmottagning. Arbetsbelastning, arbetsmiljö och vårdutrymmen är faktorer som inte sjukvårdspersonal själva kan påverka på kort sikt. Vidare kan studiens resultat bidra till en fördjupad förståelse för sjuksköterskors hantering/coping av känslor som uppstår i samband med möten med våldsutsatta patienter i nära relation. Mötet med dessa individer påverkar sjuksköterskor på olika sätt och hanteras individuellt. Det är viktigt att initiera en öppen samtalskultur där man vågar prata med varandra om känslor och svårigheter för att ingen sjuksköterska ska drabbas av samvetsstress och utbrändhet. Viktigt är också att utbilda i våld i nära relation för all personal på akutmottagningen. Det skulle medföra en förändrad attityd hos personal samt ett ökat mod och trygghet hos personalen i att ställa frågan om våldsutsatthet till patienterna vilket skulle bidra till att fler utsatta patienter identifieras. Kunskapen skulle också kunna bidra till en utveckling av riktlinjer som kan förbättra omvårdnaden av de våldsutsatta individerna. Utbildning skulle bidra till en fördjupad förståelse för de våldsutsatta individerna och bidra till kunskap om vilken hjälp sjukvårdspersonal på akutmottagningen kan ge dessa individer. Att ta sig tid att se dem, att lyssna på vad de har att berätta samt informera och ge dem kunskap och stöttning kan vara en livräddande åtgärd för den våldsutsatta individen. Det är ingen åtgärd som ger ett direkt resultat, men på sikt kan det vara det viktigaste som hänt den utsatta individen.

Klinisk tillämpbarhet

Faktorer har identifierats som utgör hinder och möjligheter i sjuksköterskors handläggning och identifiering av våldsutsatta patienter i nära relation på akutmottagning. Studiens resultat kan vara till hjälp för akutmottagningars arbete med att skapa riktlinjer och rutiner för våldsutsatta individer i nära relation. Genom bra rutiner, riktlinjer och relevant utbildning i ämnet kan fler individer identifieras och därmed erhålla hjälp. Våld i nära relation är ett stort världsomfattande samhällsproblem som ofta är dolt i det tysta och inte sällan är akutmottagningen den första och enda kontakten med sjukvården. Därmed är ämnet ett område som behöver akutsjukvårdens, sjukvården i stort samt allmänhetens uppmärksamhet. Denna studie har en stor geografisk spridning där få vetenskapliga artiklar är riktad mot Sveriges akutsjukvård. Detta kan ses som en styrka då nya interventioner kan ses och tillämpas i svensk kontext.

REFERENSER

*= Resultatartiklar

*Al-Natour, A., Qandil, A., & Gillespie, G. L. (2016). Nurses' roles in screening for intimate partner violence: phenomenological study. *International nursing review*, 63(3), 422-8. <https://doi.org/10.1111/inr.12302>.

Andersson, T., Heimer, G. & Lucas, S. (2014). Violence and health in Sweden: A national prevalence study on exposure to violence among women and men and its association to Health. Nationellt centrum för kvinnofrid. https://kunskapsbanken.nck.uu.se/nckkb/nck/publik/fil/visa/464/Violence_and_health.pdf

Ansara, D. L., & Hindin, M. J. (2011). Psychosocial consequences of intimate partner violence for women and men in Canada. *Journal of Interpersonal Violence*, 26(8), 1628-1645. <https://doi.org/10.1177/0886260510370600>

Bacchus, L. J., Bullock, L., Sharps, P., Burnett, C., Schminkey, D., Buller, A. M. & Campbell, J. (2016). 'Opening the door': A qualitative interpretive study of women's experiences of being asked about intimate partner violence and receiving an intervention during perinatal home visits in rural and urban settings in the USA. *Journal of Research in Nursing*, 21(5/6), 345–364. <https://doi.org/10.1177/1744987116649634>

Bettany-Saltikov, J. & McSherry, R. (2016). *How to do a systematic literature review in nursing: A step-by-step guide* (2nd ed.). London: McGraw-Hill Education/Open University Press.

*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*, 21(12), 473. <https://doi.org/10.1186/1471-2458-12-473>.

Brottsförebyggande rådet. (2020). Våld i nära relationer. Hämtad 9 november, 2020 från <https://www.bra.se/statistik/statistik-utifran-brottstyper/vald-i-nara-relationer.html>

Brottsförebyggande rådet (2009). Våld mot kvinnor och män i nära relationer. Hämtad 9 november, 2020, från <https://www.bra.se/publikationer/arkiv/publikationer/2009-05-28-vald-mot-kvinnor-och-man-i-nara-relationer.html>.

Brottsförebyggande rådet (2012). Brottsutvecklingen i Sverige 2008–2011, Rapport 2012:13. Hämtad 9 november, 2020, från https://www.bra.se/download/18.22a7170813a0d141d2180007794/2012_13_Brottsutvecklingen_i_Sverige_2008_2011.pdf.

Brottsförebyggande rådet (2017). Brottsutvecklingen i Sverige fram till år 2015. Rapport 2017:5. Hämtad 9 november, 2020, från https://www.bra.se/download/18.4a33c027159a89523b1ae6a8/1557227832989/2017_5_Brottsutvecklingen_i_Sverige_fram_till_ar_2015.pdf.

*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), 143-52.

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

Campbell, J. (2002). Health consequences of intimate partner violence. *The Lancet*, 259(9314), 1331-1336. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(02\)08336-8](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(02)08336-8)

Caldwell, K., Henshaw, L. & Taylor G. (2011). Developing a framework for critiquing health research: An early evaluation. *Nurse Education Today*, 31. e1-e7. doi: [10.1016/j.nedt.2010.11.025](https://doi.org/10.1016/j.nedt.2010.11.025)

Cerulli, C., Poleshuck, E., Raimondi, C., Veale, S. & Chin, N. (2012). “What Fresh Hell Is This?” Victims of Intimate Partner Violence Describe Their Experiences of Abuse, Pain, and Depression. *Journal of Family Violence*, 27(8), 773–781.

<https://doi.org/10.1007/s10896-012-9469-6>

*Cho, O. H., Cha, K. S. & Yoo, Y. S. (2014). Awareness and attitudes towards violence and abuse among emergency nurses. *Asian nursing research*, 9(3), 213-8. doi:

[10.1016/j.anr.2015.03.003](https://doi.org/10.1016/j.anr.2015.03.003).

*D’Avolio, D. A. (2011). System issues: challenges to intimate partner violence screening and intervention. *Clinical nursing research*, 20(1), 64-80. doi:

[10.1177/1054773810387923](https://doi.org/10.1177/1054773810387923).

*Dawson, A. J., Rossiter, C., Doab, A., Romero, B., Fitzpatrick, L. & Fry, M. (2019). The emergency department response to women experiencing intimate partner violence: Insights from interviews with clinicians in Australia. *Academic emergency medicine: official journal of the society for academic emergency medicine*, 26(9),1052-1062. doi:

[10.1111/acem.13721](https://doi.org/10.1111/acem.13721).

*DeBoer, M. I., Kothari, R., Kothari, C., Koestner, A. L. & Rohs Jr, T. (2013). What are barriers to nurses screening for intimate partner violence? *Journal of trauma nursing: the official journal of the society of trauma nurses*, 20(3), 155-60. doi:

[10.1097/JTN.0b013e3182a171b1](https://doi.org/10.1097/JTN.0b013e3182a171b1)

Devries, K.M., Garcia-Moreno, C., Petzold, M., Falder, G. & Palitto, C. (2013). The global prevalence of intimate partner against women. *Science* 340, 1527–1528.

<https://doi.org/10.1126/science.1240937>

Devries, K., Watts, C., Yoshihama, M., Kiss, L., Schraiber, L. B., Deyessa, N., Heise, L., Durand, J., Mbwambo, J., Jansen, H., Berhane, Y., Ellsberg, M. & Garcia-Moreno, C. (2011). Violence against women is strongly associated with suicide attempt: Evidence from the WHO multi-country study on women’s health and domestic violence against women. *Social Science & Medicine*, 73(1), 79-86.

<https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2011.05.006>

Draucker, C. (2002). Domestic violence: The challenge for nursing. *Online Journal of issues of nursing*, 7(1).

Edvardsson, D. (2010). Personcentrerad omvårdnad – definition, mätskalor och hälsoeffekter. I D. Edvardsson (Red.), *Personcentrerad omvårdnad I teori och praktik*. (ss. 29-38). Lund: Studentlitteratur AB.

Edwards, K., Sylaska, K. & Neal, A. (2015). Intimate Partner Violence Among Sexual Minority Populations: A Critical Review of the Literature and Agenda for Future Research. *Psychology of Violence*, 5(2), 112–121. <http://dx.doi.org/10.1037/a0038656>

Eklund, J. H., Holmström, I. K., Kumlin, T., Kaminsky, E., Skoglund, K., Högländer, J., Sundler, A. J., Condén, E. & Meranius, M. S. (2019). Same same or different? A review of person-centered and patient centered care. *Patient Education and Counseling*, 102(1), 3-11. <https://doi.org/10.1016/j.pec.2018.08.029>

Ekman, I. & Norberg, A. (2013). Personcentrerad vård – teori och tillämpning. I A. Edberg (Red.), *Omvårdnad på avancerad nivå: kärnkompetenser inom sjuksköterskans specialistområden* (ss. 29-53). (1:a uppl.) Lund: Studentlitteratur.

Elmqvist, C. (2011). Akut omhändertagande: I mötet mellan patienter, närstående och olika professioner på skadeplats och på akutmottagning. Akademisk avhandling för filosofie doktorsexamen, Linnéuniversitetet, Institutionen för hälso- och vårdvetenskap. https://www.researchgate.net/publication/277184377_Akut_omhandertagande_i_motet_mellan_patienter_narstaende_och_olika_professioner_pa_skadeplats_och_pa_akutmottagning.

Feder, G., Hutson, M., Ramsay, J. & Taket, A. (2006) Women exposed to intimate partner violence - expectations and experiences when they encounter health care professionals: a meta-analysis of qualitative studies. *Archives of Internal Medicine*, 166(1), 22–37. [doi: 10.1001/archinte.166.1.22](https://doi.org/10.1001/archinte.166.1.22).

Flinck, A., Paavilainen, E. & Åstedt-Kurki, P. (2005) Survival of intimate partner violence as experienced by women. *Journal of Clinical Nursing*, 14(3), 383–393. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2702.2004.01073.x>

Forsberg, C. & Wengström, Y. (2016). *Att göra systematiska litteraturstudier - Värdering, analys och presentation av omvårdnadsforskning*. Författarna och bokförlaget natur och kultur, Stockholm.

Glasberg, A-L., Eriksson, S. & Norberg, A. (2008). Factors associated with ‘stress of conscience’ in healthcare. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 22(2), 249-258. [doi: 10.1111/j.1471-6712.2007.00522.x](https://doi.org/10.1111/j.1471-6712.2007.00522.x)

Helweg-Larsen, K. & Kruse, M. (2003). Violence against women and consequent health problems: a register-based study. *Scandinavian Journal of Public Health*, 31, 51–57. <https://doi.org/10.1080/14034940210133708>

Henricson, M. (2017). Diskussion. I M, Henricson (Red.). *Vetenskaplig Teori och Metod. Från idé till examination inom omvårdnad*. (ss. 411-420). Lund: Studentlitteratur.

Henricson, M. & Billhult, A. (2017). Kvalitativ metod. I M. Henricson (Red.), *Vetenskaplig teori och metod: från idé till examination inom omvårdnad*. (ss.111-120). Lund: Studentlitteratur.

Hinsliff-Smith, K. & McGarru, J. (2017). Understanding management and support for domestic violence and abuse within emergency departments: A systematic literature review from 2000-2015. *Journal of clinical nursing*, 26(23-24), 4013-4027.
<https://doi.org/10.1111/jocn.13849>

Hägglom, A.M.E., Hallberg, L.R.M. & Möller, R.A. (2007). Nurses attitudes and practices towards abused women. *Nursing and Health Sciences*, 7, 235-242. DOI: [10.1111/j.1442-2018.2005.00242.x](https://doi.org/10.1111/j.1442-2018.2005.00242.x)

Johnson, M.P. & Ferraro, K.J. (2000). Research on domestic violence in the 1990s: Making distinctions. *Journal of Marriage and the Family*, 62(2), 948-963.
<https://doi.org/10.1111/j.1741-3737.2000.00948.x>

Juth, N. & Munthe, C. (2012). Etiska aspekter på rutinfrågor om våldsutsatthet i hälso- och sjukvård samt socialtjänsten. Hämtad 17 december 2020, från https://www.researchgate.net/publication/266617575_Etiska_aspekter_pa_rutinfragor_om_valdsutsatthet_i_halso-och_sjukvarden_samt_socialtjansten.

Karakurt, G., Smith, D. & Whiting, J. (2014). Impact of Intimate Partner Violence on Women's Mental Health. *Journal of family violence*, 29, 693-702. DOI: [10.1007/s10896-014-9633-2](https://doi.org/10.1007/s10896-014-9633-2)

Karlsson, M. (2015). Hur vanligt är våldet? Hämtad 15 januari, 2021 från <http://www.valdmotnara.se/omvaldinararelation/hurvanligtarvaldet.4.4f12e2b41399619c73ca>.

Kulkin, S. H., Williams, J., Borne, F. H., (2007) A Review of Research on Violence in Same-Gender Couples. *Journal of Homosexuality*, 53(4).
<https://doi.org/10.1080/00918360802101385>

Krantz, G. & Östergren, P-O. (2000). The association between violence victimisation and common symptoms in Swedish women. *Journal of Epidemiology Community Health*, 54(11), 815-821. doi: [10.1136/jech.54.11.815](https://doi.org/10.1136/jech.54.11.815)

Kristensson, J. (2014) *Handbok i uppsatsskrivande och forskningsmetodik för studenter inom hälso- och vårdvetenskap*. Stockholm: Natur & Kultur.

*Leppäkoski, T. & Paavilainen, E. (2013). Interventions for women exposed to acute intimate partner violence: emergency professionals' perspective. *Journal of clinical nursing*, 22(15-16), 2273-85. DOI: [10.1111/j.1365-2702.2012.04202.x](https://doi.org/10.1111/j.1365-2702.2012.04202.x)

Leppäkoski, T., Paavilainen, E. & Åstedt - Kurki, P. (2011). Experiences of emergency care by the women exposed to acute physical intimate partner violence from the Finnish perspective. *International Emergency Nursing*, 19, 27-36.
<https://doi.org/10.1016/j.ienj.2010.02.006>

Lindblom, P., Castrén, M. & Kurland, L. (2010). Att fråga om våldsutsatthet som en del av anamnesen: Akutsjukvård och våldsutsatta kvinnor. Nationellt centrum för kvinnofrid.

http://kunskapsbanken.nck.uu.se/nckkb/nck/publik/fil/visa/264/NCK_Anamnes_www_kap14_Akutsjukvard_valdsutsatta.pdf?fbclid=IwAR3cEqRchNJ0fs0Kd36615NWAbas5SOUVHJcfKss4_TEJ7seAb_5I26B1bBE

Lövestad, S. & Krantz, G. (2012). Men's and women's exposure and perpetration of partner violence: an epidemiological study from Sweden. *Scandinavian Journal public health*, 40(2), 191-202. <https://doi.org/10.1186/1471-2458-12-945>

*McGarry, J. & Nairn, S. (2014). An exploration of the perceptions of emergency department nursing staff towards the role of a domestic abuse nurse specialist: a qualitative study. *International emergency nursing*, 23(2), 65-70.

<https://doi.org/10.1016/j.ienj.2014.06.003>

Nationellt centrum för kvinnofrid. (u.å.-a). *Våld i nära relationer*. Hämtad 9 november, 2020, från <https://nck.uu.se/kunskapsbanken/amnesguider/vald-i-nara-relationer/vald-i-nara-relationer/>

Nationellt centrum för kvinnofrid (u.å.-b). *Mänskliga rättigheter och våld mot kvinnor*. Hämtad 11 November, 2020 från <https://nck.uu.se/kunskapsbanken/amnesguider/mans-vald-mot-kvinnor-ett-globalt-perspektiv/manskliga-rattigheter/>.

Nationellt centrum för kvinnofrid (2014). *Våld och hälsa – En befolkningsundersökning om kvinnors och mäns våldsutsatthet samt kopplingen till hälsa*. Hämtad 9 november, 2020, från <https://nck.uu.se/kunskapsbanken/sokresultat-kunskapsbanken/?id=1088&librisId=&swepubId=>.

NICE (2014). *Domestic violence and abuse: multi-agency working*. Hämtad 16 januari, 2021 från

<https://www.nice.org.uk/guidance/ph50>

*Olive, F (2016). First contact: acute stress reactions and experiences of emergency department consultations following an incident of intimate partner violence. *Journal of Clinical Nursing*, 26,15-16, 2317–2327. <https://doi.org/10.1111/jocn.13311>

Ortiz, M. R. (2018). Patient-Centered care: Nursing knowledge and Policy. *Nursing science quarterly*, 31(3), 291-295. [doi: 10.1177/0894318418774906](https://doi.org/10.1177/0894318418774906).

Petersson, J. (2020). *Identifying risk for recidivism among partner violent men reported to the Swedish police* (Doktorsavhandling, Mittuniversitet, Sundsvall). Hämtad från <http://www.diva-portal.org/smash/get/diva2:1425844/FULLTEXT01.pdf>

Pratt-Eriksson, D., Bergbom, I. & Lyckhage, E. D. (2014). Don't ask don't tell: Battered Women living in Sweden encounter with healthcare personnel and their experience of the care given. *International journal of qualitative studies on health and well-being*, 9(1). <https://doi.org/10.3402/qhw.v9.23166>

Rabin, R., Jennings, J. & Barit-Merritt, M. (2009). Intimate Partner Violence Screening Tools: A Systematic Review. *American Journal of Preventive Medicine*, 36(5), 439-445. <https://doi.org/10.1016/j.amepre.2009.01.024>

Rahebi, S. M., Rahnavardi, M., Rezaie-Chamani, S. & Sabetghadam, S. (2019). Relationship between domestic violence and infertility. *Eastern Mediterranean health journal*, 25(8), 537-542. <https://doi.org/10.26719/emhj.19.001>

Regeringskansliet (2015). Jämställdhet. Hämtad 17 mars, 2021 från <https://www.regeringen.se/regeringens-politik/globala-malen-och-agenda-2030/jamstalldhet/>

Reisenhofer, S. & Seibold, S. (2012). Emergency healthcare experiences of women living with intimate partner violence. *Journal of Clinical Nursing*, 22(15-16):2253-2263 <https://doi.org/10.1111/j.1365-2702.2012.04311.x>

Riksförening för akutsjuksköterskor & svensk sjuksköterskeförening (2017). Kompetensbeskrivning - Legitimerad sjuksköterska med specialistsjuksköterskeexamen med inriktning mot akutsjukvård. Hämtad 16 januari, 2021 från <https://www.swenurse.se/download/18.9f73344170c00306231c00/1584088433640/Kompetensbeskrivning%20sjuksk%C3%B6terskor%20inom%20akutsjukv%C3%A5rd.pdf>

Rodriguez, B. & Mandich, M. (2019). What Victims of Domestic Violence Experience in Emergency Departments; a Cross Sectional Study. *Archives of Academic Emergency Medicine* 7(1): e68.

*Saber, E., Eather, N., Pascoe, S., McFadzean, M. L., Doran, F. & Hutchinson, M. (2017). Ready, willing and able? A survey of clinicians' perceptions about domestic violence screening in a regional hospital emergency department. *Australasian emergency nursing journal*, 20(2), 82-86. [doi: 10.1016/j.aenj.2017.02.001](https://doi.org/10.1016/j.aenj.2017.02.001)

SBU (2017). Patientdelaktighet i hälso- och sjukvården. Hämtad 1 februari, 2021 från <https://www.sbu.se/sv/publikationer/sbu-bereder/patientdelaktighet-i-halso--och-sjukvarden/>.

SBU (2019). Screening för våld i nära relationer samt övergrepp mot äldre och sårbara vuxna. Hämtad 16 januari, 2021 från [Screening för våld i nära relationer samt övergrepp mot äldre och sårbara vuxna \(sbu.se\)](https://www.sbu.se/sv/publikationer/sbu-bereder/screening-for-vald-i-nara-relationer-samt-overgrepp-mot-aldre-och-sarbara-vuxna).

Socialstyrelsen (2006). Kostnader för våld mot kvinnor - en samhällsekonomisk analys. Hämtad 9 november, 2020, från [https://kunskapsbanken.nck.uu.se/nckkb/nck/publik/fil/visa/711/2006-131-34_rev.pdf#_utma=1.2126669014.1590486760.1603228205.1604939404.3&_utmb=1.2.10.1604939404&_utmc=1&_utmz=1.1604939404.3.3.utmcsr=google|utmccn=\(organic\)|utmcmd=organic|utmctr=\(not%20provided\)&_utmv=-&_utmh=60885932](https://kunskapsbanken.nck.uu.se/nckkb/nck/publik/fil/visa/711/2006-131-34_rev.pdf#_utma=1.2126669014.1590486760.1603228205.1604939404.3&_utmb=1.2.10.1604939404&_utmc=1&_utmz=1.1604939404.3.3.utmcsr=google|utmccn=(organic)|utmcmd=organic|utmctr=(not%20provided)&_utmv=-&_utmh=60885932).

Socialstyrelsen (2010). Behandling av män som utövar våld i nära relationer – en utvärdering. Hämtad 16 januari, 2021 från

<https://www.socialstyrelsen.se/globalassets/sharepoint-dokument/artikelkatalog/ovrigt/2010-6-34.pdf>

Socialstyrelsen (2016). Våld - Handbok om socialtjänstens och hälso- och sjukvårdens arbete med våld i nära relationen. Hämtad 16 januari, 2021 från <https://www.socialstyrelsen.se/globalassets/sharepoint-dokument/artikelkatalog/handbocker/2016-6-37.pdf>

Socialstyrelsen (2019). *Våld i nära relationer*. Hämtad 26 oktober, 2020, från <https://www.socialstyrelsen.se/stod-i-arbetet/vald-och-brott/vald-i-nara-relationer/>

Soleimani, R., Ahmadi, R., & Yosefnezhad, A. (2017). Health consequences of intimate partner violence against married women: a population-based study in northern Iran. *Psychology, Health & medicine*, 22(7), 845-850. <https://doi.org/10.1080/13548506.2016.1263755>

SOSFS (2014:4). Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd om våld i nära relationer. Hämtad, 16 december 2020, från <https://www.socialstyrelsen.se/regler-och-riktlinjer/foreskrifter-och-allmanna-rad/konsoliderade-foreskrifter/20144-om-vald-i-nara-relationer/>

SOU 2006:65. *Att ta ansvar för sina insatser: Socialtjänstens stöd för våldsutsatta kvinnor*. <https://www.regeringen.se/49b6ab/contentassets/a38094c362f24ad8a7151f3748012158/att-ta-ansvar-for-sina-insatser.-socialtjanstens-stod-till-valdsutsatta-kvinnor-sou-200665>

SOU Fi 2016:01. *I riktning mot en hållbar välfärd*. <https://www.regeringen.se/49ba4d/contentassets/1a2de8e7c90747a9b2c96081ceed7c58/i-riktning-mot-en-hallbar-valfard.pdf>

*Spangaro, J., Vajda, J., Klineberg, E., Lin, S., Griffiths, C., Saberi, E., Field, E., Miller, A. & Mcnamara, L. (2020). *Emergency medicine australasia*, 32(4), 548-555. <https://doi.org/10.1111/1742-6723.13452>

Stöckl, H., Devries, K., Rotstein, A., Abrahams, N., Campbell, J., Watts, C. & Moreno, C. G. (2013). The global prevalence of intimate partner homicide: A systematic review. *The Lancet*, 382, 859–865. DOI: [10.1016/S0140-6736\(13\)61030-2](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(13)61030-2)

Svenska FN-förbundet (2008). Allmän förklaring om de mänskliga rättigheterna. <https://fn.se/wp-content/uploads/2016/07/Allmanforklaringomdemanskligarattigheterna.pdf>.

Svenska FN-förbundet (2019). Agenda 2030 och de globala målen för hållbar utveckling. Hämtad 17 mars, 2021 från <https://fn.se/vi-gor/vi-utbildar-och-informerar/fn-info/vad-gor-fn/fns-arbete-for-utveckling-och-fattigdomsbekampning/agenda2030-och-de-globala-malen/>

Svensk sjuksköterskeförening (2017). ICN:s etiska kod för sjuksköterskor. <https://beta.swenurse.se/download/18.9f73344170c0030623146a/1584003553081/icns-%20etiska%20kod%20f%C3%B6r%20sjuksk%C3%B6terskor%202017.pdf>.

Svensk sjuksköterskeförening (2020). Personcentrerad vård. <https://www.swenurse.se/download/18.9f73344170c003062310d6/1583937715986/personcentrerad%20v%C3%A5rd%202019.pdf>

Swahnberg, K., Hearn, J. & Wijma, B. (2009). Prevalence of Perceived Experiences of Emotional, Physical, Sexual, and Health Care Abuse in a Swedish Male Patient Sample. *Violence and Victims*, 24(2), 265-279. DOI: [10.1891/0886-6708.24.2.265](https://doi.org/10.1891/0886-6708.24.2.265)

Swahnberg, K., Davidsson-Simmons, J., Hearn, J. & Wijma, B. (2012). Men's experiences of emotional, physical, and sexual abuse and abuse in health care: A cross-sectional study of a Swedish random male population sample. *Scandinavian Journal of Public Health*, 40, 191–202. <https://doi.org/10.1177/1403494811425711>

Peate, I. (2017). Domestic violence against men. *British journal of nursing*, 26(6), 309. doi: [10.12968/bjon.2017.26.6.309](https://doi.org/10.12968/bjon.2017.26.6.309).

Polit, D.F. & Beck, C.T. (2020). *Nursing research: generating and assessing evidence for nursing practice. (Eleventh edition)*. Philadelphia: Wolters Kluwer Health.

Proposition 2006/07:38. *Socialtjänstens stöd till våldsutsatta kvinnor*. Socialdepartementet.

Reisenhofer, S. & Seibold, C. (2012). Emergency healthcare experiences of women living with intimate partner violence. *Journal of Clinical Nursing*, 22, 2253–2263. DOI: [10.1111/j.1365-2702.2012.04311.x](https://doi.org/10.1111/j.1365-2702.2012.04311.x)

Van Wyk, N. & Van der Wath, A. (2015). Two male nurses' experiences of caring for female patients after intimate partner violence: a South African perspective. *Contemporary nurse*, 50(1), 94-103. <https://doi.org/10.1080/10376178.2015.1010254>

*Van der Wath, A., Van Wyk, N. & Van Rensburg, E. J. (2013). Emergency nurses' experiences of caring for survivors of intimate partner violence. *Journal of advanced nursing*, 69(10), 2242-52. DOI: [10.1111/jan.12099](https://doi.org/10.1111/jan.12099)

*Van der Wath, A., Van Wyk, N. & Van Rensburg, E. J. (2016) Emergency nurses' ways of coping influence their ability to empower women to move beyond the oppression of intimate partner violence. *African journal of primary health care & family medicine*, 8(2), e1-7. <https://doi.org/10.4102/phcfm.v8i2.957>

Vetenskapsrådet (2017). *God Forskningssed*. https://www.vr.se/download/18.2412c5311624176023d25b05/1555332112063/God-forskningssed_VR_2017.pdf

Vårdförbundet (2013). Vad alla behöver veta om personcentrerad vård. Hämtad 24 februari, 2021 från <https://www.vardforbundet.se/siteassets/engagemang-och-paverkan/sa-gor-vi-varden-battre/vad-alla-behoover-veta-om-personcentrerad-varld.pdf>

Whittemore, R., & Knafl, K. (2005) The integrative review: updated methodology. *Journal of advanced nursing*, 52(5), 546-53. DOI: [10.1111/j.1365-2648.2005.03621.x](https://doi.org/10.1111/j.1365-2648.2005.03621.x)

Willman, A., Stoltz, P. & Bahtsevani, C. (2011). Evidensbaserad omvårdnad: En bro mellan forskning och klinisk verksamhet (3. uppl.). Lund: Studentlitteratur.

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](https://doi.org/10.1080/07399332.2013.794460).

Wilson, J. & Jungner, G. (1968). Principles and practice of screening for disease. Hämtad 17 december 2020 från https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/37650/WHO_PHP_34.pdf?sequence=17&isAllowed=y.

World Medical Association (2019). WMA declaration of Helsinki - Ethical principles for medical research involving human subjects. Hämtad 15 december 2020, från [WMA Declaration of Helsinki – Ethical Principles for Medical Research Involving Human Subjects – WMA – The World Medical Association](https://www.wma.net/wma/ethics/wma-declaration-of-helsinki-ethical-principles-for-medical-research-involving-human-subjects)

World Health Organisation (2002). World report on violence and health. Hämtad 9 november, 2020, från https://www.who.int/violence_injury_prevention/violence/world_report/en/.

World Health Organisation (2013). Responding to intimate Partner Violence and Sexual Violence Against Women: WHO Clinical och Policy Guidelines. Hämtad 9 november, 2020, från <https://www.who.int/reproductivehealth/publications/violence/9789241548595/en/>.

*Zijlstra, E., Van de Laar, R., Moors, M. L., Fo Wong, S. L. & Lagro-Janssen, A. (2017). Tensions and ambivalent feelings: opinions of emergency department employees about the identification and management of intimate partner violence. *Journal of interpersonal violence*, 32(7), 1044-1067. <https://doi.org/10.1177/0886260515587663>

Bedömningsmall för artiklarna i matrisen

Författare och titel på artikeln:

Modifierat bedömningsunderlag för att klassificera och kvalitetsbedöma varje enskild vetenskaplig artikel utifrån Caldwell et al, 2011. Klassificering utifrån Polit&Beck 2016/2017(kryssa i rutan).

Kvantitativa studier

- Randomiserad kontrollerad studie/Randomised controlled trial (RCT)/experimentell studie; är prospektiv och innebär att den innehåller en intervention och jämförelse mellan en kontrollgrupp och en eller flera experimentgrupper där fördelningen av deltagarna mellan grupperna har gjorts slumpmässigt (randomiserat).
- Klinisk kontrollerad studie/Clinical controlled trial (CCT)/kvasi-experimentell studie med kontrollgrupp; är prospektiv och innebär att den innehåller en intervention och jämförelse mellan kontrollgrupp och en eller flera experimentgrupper.
- Kvasi-experimentell studie (KE) utan kontrollgrupp; är prospektiv och innehåller en intervention.
- Prospektiv icke-experimentell studie/kohortstudie (P); innehåller ingen intervention, jämförelser görs över tid
- Icke-experimentell studie/korrelationsstudie/observationsstudie/tvärsnittsstudie (IE); innehåller ingen intervention, samband studeras.
- Retrospektiv studie/fall-kontroll studie; jämförelser mellan fall och kontroller (R).

Kvalitativ studie

- Kvalitativ studie (K) är vanligen en undersökning där avsikten är att studera fenomen eller tolka mening, upplevelser och erfarenheter utifrån de utforskades perspektiv. Avsikten kan också vara att utveckla begrepp och begreppsmässiga strukturer (teorier och modeller).

Polit, D.F., & Beck, C.T. (2016/2017). Nursing research: Generating and assessing evidence for nursing practice. (10th ed.). Philadelphia: Wolters Kluwer Health/Lippincott Williams & Wilkins.

Frågor för kvalitetsbedömning	Beskriv kortfattat egen bedömning	Poäng Nej=0, Delvis=1 och Ja=2
1. Återspeglar titeln studiens innehåll? (Kvantitativ- och Kvalitativ studie)		
2. Har författarna publicerat något inom samma eller närliggande område? (Kvantitativ- och Kvalitativ studie)		
3. Sammanfattar abstractet de viktigaste delarna?(Kvantitativ- och Kvalitativ studie)		
4. Är rationalen/problemformuleringen för studien tydligt beskriven? (Kvantitativ- och Kvalitativ studie)		
5. Är litteraturen i bakgrunden tillräcklig och uppdaterad (vilka år) inom forskningsområdet? (Kvantitativ- och Kvalitativ studie)		
6. Är syftet för studien tydligt förklarad? (Kvantitativ- och Kvalitativ studie)		
7. Identifieras och diskuteras alla etiska frågor tillräckligt? (Kvantitativ- och Kvalitativ studie)		

<p>8. Är metoden identifierad och tillräckligt beskriven? (Kvantitativ- och Kvalitativ studie)</p>		
<p>9. Är designen tydligt beskriven, motiverad samt lämplig? (Kvantitativ studie) Är bakgrunden, designen tydligtbeskriven, motiverad och lämplig? (Kvalitativ studie)</p>		
<p>10. Är det en hypotes tydligt formulerad?Är huvudvariablerna tydligt beskrivna? (Kvantitativ studie) Är de centrala begreppen tydligt beskrivna? (Kvalitativ studie)</p>		
<p>11. Är kontexten för studien beskrivet? (kvantitativ studie) Är kontexten för studien beskriven? (Kvalitativ studie)</p>		
<p>12. Är urvalet adekvat beskrivet och representativt för populationen? (Kvantitativ studie) Är urvalet av deltagare och datainsamlingsmetoden adekvat beskrivet? (Kvalitativ studie)</p>		

<p>13. Är metoden för datainsamling valid och reliabel?(Kvantitativ studie) Är metoden för datainsamlingen granskningsbar och trovärdig? (Kvalitativ studie)</p>		
<p>14. Är metoden för dataanalys valid och reliabel?(Kvantitativ studie) Är metoden för dataanalys trovärdig och tillförlitlig?(Kvalitativ studie)</p>		
<p>15. Är resultaten presenterade på ett lämpligt och tydligt sätt? (Kvantitativ- och Kvalitativ studie)</p>		
<p>16. Är diskussionen tillräcklig. Diskuteras resultaten i förhållande till tidigare forskning inom området, diskuteras studiens styrkor och svagheter, är diskussionen ”objektiv”?</p>		
<p>17. Är konklusionen tillräcklig. Baseras konklusionen (uteslutande) på studiens resultat?</p>		
<p>18. Är resultaten generaliserbara? (Kvantitativ studie) Är resultaten överförbara? (Kvalitativ studie)</p>		

Totalt (max 36 poäng)

(Caldwell K, Henshaw L, Taylor G. Developing a framework for critiquing health research: An early evaluation. NurseEducationToday 31 (2011) e1-e7.

Cut off värde för kvalitet

Mycket god kvalitet, 29-36 poäng

God kvalitet, 20-28poäng

Låg kvalitet, <20 poäng

Artikelmatris

BILAGA B

Författare År Land	Titel	Syfte	Metod	Deltagare (bortfall)	Resultat	Kvalitet/T yp
Al- Natour, A., Qandil, A., & Gillespie, G. L. (2016) Jordanien	Nurses' roles in screening for intimate partner violence: a phenomenologic al study.	Syftet var att beskriva sjuksköterskor roll och metoder vid screening för våld i nära relationer Jordanien	En beskrivande fenomenologisk design användes. Halv strukturerade intervjuer användes. Colaizzi's fenomenologiska metod användes för att	N=12	Fyra teman identifierades, screeningmetoder och roller för misstänkta fall med våld i nära relationer, fördelar för screening och nackdelar för att inte screena, faktorer som hindrar screening och känslor mot screening och inte screening för våld i nära relationer.	Mycket god kvalitet/ K

			analysera de kvalitativa uppgifterna.			
Beynon, C., Gutmanis, I. A., Tutty, L. M., Wathen, C. N., & MacMillan, H. L. (2012) Canada	Why physicians and nurses ask (or don't) about partner violence: a qualitative analysis	Syftet med studien var att identifiera barriärer och underlättande faktorer för att fråga om våld i nära relationer.	En mail undersökning bestående av 43 frågor skickades ut till slumpmässigt utvalda sjuksköterskor och läkare.	N= 931 (162)	Huvudbarriärerna som identifierades i studien var tidsbrist, beteenden som tillskrivs kvinnor som lever med övergrepp, brist på träning, språk och kultur praxis och närvarande partner. De vanligaste underlättande faktorerna var träning, samhällsresurser och professionella verktyg/protokoll/policy	Mycket god kvalitet/ K
Brykscynski, K., Crane, P., Medina, C. Pedraza, D. (2011) USA	Intimate partner violence: Advanced practice nurses clinical stories of success and challenge.	Syftet med studien var att öka förståelsen för hur specialistsjuksköterskor arbetar med kvinnor utsatta för våld i nära relation.	Personliga intervjuer genomfördes med 10 specialistsjuksköterskor för att undersöka deras sätt att bemöta, stötta och hjälpa kvinnor som varit utsatta för våld i nära relation. Intervjuerna transkriberades och analyserades utifrån fenomenologi. Analysen gjordes från helhet till att plocka ut delar utan att förlora	N=10	Specialistutbildade sjuksköterskor upplever både utmaningar och framgångar i att ta hand om kvinnor utsatta för våld i nära relation. Sjuksköterskorna beskrivs hjälpa kvinnor och barn att läka och att överleva. De besitter en unik position att hjälpa dessa individer men kan sakna resurser och kunskap om de mest effektiva interventionerna.	Mycket god kvalitet/ K

			förståelsen för sammanhanget			
D'Avolio, D. A. (2011) USA	System Issues: Challenges to intimate partner violence screening and intervention.	Syftet var att undersöka erfarenheter från sjukvårdspersonal, administrativ personal samt advokaters som vårdar personer som utsatts för våld i nära relationer samt förstå vilka organisatoriska faktorer som påverkar vården.	En etnografisk metod där en blandning av observationer och intervjuer användes. Etnografisk metod användes vid analysen.	N=23	Resultatet presenteras genom fyra huvudteman som identifierades. Resultatet visar att den organisatoriska miljön leder till suboptimala resultat uppnås även då det finns program för våld i nära relationer.	Mycket god kvalitet/ K
Dawson, A. J., Rossiter, C., Doab, A., Romero, B., Fitzpatrick, L., & Fry, M. (2019) Australian	The emergency department response to women experiencing intimate partner violence: Insight from interviews with clinicians in Australia	Syftet var att undersöka kunskapen, åsikter och motiv som formar beslut och utövandet i team i en stressig storstads akutmottagning	Kvalitativa semistrukturerade intervjuer genomfördes och fokusgruppdiskussioner. Intervjuerna spelades in och transkriberades ordagrant. Datan analyserades tematiskt.	N=35	Deltagarna som bestod av majoriteten sjuksköterskor och läkare betonade utmaningar med att identifiera våld i nära relationer till följd av professionell osäkerhet eller obehag och kvinnors rädsla för konsekvenserna av avslöjandet. Deltagarna lyfte fram utmaningar med att upprätthålla icke-dömande attityder och att hantera sina egna känslor.	God kvalitet/ K

		vid vård av kvinnor som upplevt våld i nära relationer.				
DeBoer, M. I., Kothari, R., Kothari, C., Koestner, A. L., & Rohs, T. (2012) USA	What are barriers to nurses screening for intimate partner violence?	Syftet var att identifiera sjuksköterskor anser vara barriärer för att screena patienter för våld i nära relationer	En anonym tvärsnittsenkät som innehöll flervalsfrågor och självskattningsskalor	N= 156 (338)	Resultatet delas in i tre huvudkategorier, sjuksköterskors uppfattning om barriärer i arbetsmiljön, kunskap eller träningsbarriärer och attityd baserade barriärer.	God kvalitet/ IE
Leppäkoski, T. & Paavilainen, E. (2013) Finland	Interventions for women exposed to acute intimate partner violence: emergency professionals' perspective.	Att beskriva interventioner och metoder som akutmottagnings personal använder i mötet med våldsutsatta individer i nära relation.	Beskrivande tvärsnittsstudie med bekvämlighetsurval. Studien är en del av en större studie. 28 akutmottagningar i Finland deltog. Data samlades in genom frågeformulär som besvarades. En kontaktperson på varje akutmottagning delade ut och samlade in formulären. 12 frågor skulle besvaras. Några	N=480 (470)	Resultatet avslöjar att de akutmottagningar som hade en gemensam praxis och skriftliga riktlinjer för att hantera våld i nära relation hade hjälpt kvinnor och gärningsmän oftare än de som utan. Bra samarbete mellan olika hjälporganisationer och, möjligheter att konsultera dem och träning medförde givande interventionsmetoder.	God kvalitet/ IE

			av dem med 4-skaliga svarsalternativ och några med 5. Personalens bakgrund samlades också in. Statistiska metoder användes för att beskriva och summera den insamlade datan.			
McGarry, J. & Nairn, S. 2014 UK	An exploration of the perceptions of emergency department nursing staff towards the role of a domestic abuse nurse specialist: a qualitative study	Det övergripande syftet med studien var att utforska vårdpersonalens uppfattningar om användningen av rollen som specialistsjuksköterska inom våld i nära relation.	Kvalitativ metod. Undersökningen genomfördes på en stor akutmottagning i Storbritannien. 16 stycken av personalen deltog. De inkluderade var 4 specialist/vidareutbildade sjuksköterskor och en assistens på akutmottagningen. Datainsamlingen genomfördes under sex månaders period och halvstrukturerade intervjuer genomfördes. Intervjuerna spelades in för att därefter transkriberas.	N=16	Tre teman identifierades; Tidsbegränsningar, utbildning och professionellt och personligt stöd. För lite tid att prata med patienterna om känsliga ämnen och kunna identifiera våld i nära relation. Det uppfattades som om specialistsjuksköterskor lättare kunde identifiera patienter utsatta för våld och att de lättare kunde prata med dem eftersom de hade mer kunskap. Specialistsjuksköterskor stöttade personalen både personligt och i professionen.	God kvalitet/ K

			Datainsamling och analys skedde samtidigt och teman hittades i efterföljande intervjuer.			
Ok-Hee, C., Kyeong-Sook, C. & Yang-Sook, Y. (2015) South Korea	Awareness and attitudes towards violence and abuse among emergency nurses.	Syftet var att identifiera larmsjuksköterskor på akutmottagningens medvetenhet och attityd gällande våld i nära relation.	Kvantitativ studie. Bekvämlighetsurval gjordes. Deltagarna var sjuksköterskor som arbetade på akutmottagning på fem sjukhus. Deltagarna fick besvara en enkät med en mängd frågor. Bland annat undersöktes deltagarnas egenskaper, medvetenhet om övergrepp och våld, juridisk kunskap om våld och övergrepp. Enkäterna sammanställdes i en tabell där all data presenterades.	N=131 (27)	En hög procentuell andel av våldfallen rapporterades inte av anledning som tidsbrist, okunskap eller att det ansågs vara en familjeangelägenhet. Många visste att det var lagstadgat att rapportera våld i nära relation, men visste inte vem man skulle ringa och vilket telefonnummer. Den generella attityden till våldet var att förövaren behöver vård och kan förändras till det bättre.	Mycket god kvalitet/ IE
Saberi, E., Eather, N., Pascoe, S., McFadzean,	Ready, willing and able? A survey of clinicians'	Syftet var att identifiera tränings, utbildnings samt	Frågeformulär skapades utifrån litteraturen. Beskrivande och jämförande statistisk	N=76	Majoriteten av deltagarna i studien var sjuksköterskor (80.2%) och övriga deltagare var läkare. Majoriteten av deltagarna kunde	Mycket god kvalitet/ P

M. L., Doran, F., & Hutchinson, M. (2016) Australien	perceptions about domestic violence screening in a regional hospital emergency department.	stödbehov för sjukvårdspersonal före implementering av våld i nära relationer screening.	analys utfördes med hjälp av IBM SPSS version 22.		utföra screening av våld i nära relationer men de kände sig obekväma att utföra uppgiften. De rapporterade även att de hade otillräcklig utbildning.	
Spangaro, J., Vajda, J., Klineberg, E., Griffiths, C., Saberi, E., Field, E., Miller, A., & Mcnamara, L. (2020) Australien	Intimate partner violence screening and response in New south Wals emergency departments: A multi-site feasibility study	Syftet var att testa genomförbarheten av en systematisk inställning till rutinscreening och gensvar för våld i nära relationer bland kvinnor på tre akutmottagningar.	En prospektiv studie som pågick under 6 månaders tid i två akutmottagningar belägna på landsbygden och en i en större stad i New South Wales. Kvinnor mellan 16-45 år, som hade blivit triagerade i kategori 3-5, kunde kontaktas privat och blev screenade för våld i nära relation genom användning av HITS-bedömningsverktyg. Uppföljningsprotokollet för patienter som avslöjade våld i nära relation fick ett svar efter en timme från	N= 1047 slutförde screeningen N= 154 kvinnor avslöjade våld i nära relation. N= 75 kvinnor fick psykosocial hjälp omgående.	Av 1119 kvinnor som screenades valde 22,4% att inte fullfölja det. Anledningarna var bland annat att partnern fanns med på rummet, familjemedlem var närvarande och flera hade tackat nej till att fullfölja screeningen. 154 kvinnor av 1047 besvarade screenings fick 17,7% av dem 10 poäng eller mer i HITS verktyget. Intervjuerna med cheferna utmynnade i att de menade att de låga screening resultaten av de utsatta kvinnorna kunde bero på det höga patientflödet på akutmottagningarna samt att mer träning och utbildning i ämnet behövdes.	God kvalitet/ P

			<p>socialsekreteraren eller psykologen. Det som var intressant efter screeningen var vad man kommit fram till beträffande anamnes, avslöjanden av våld och att en remiss skickades samt att svar erhöles. Intervjuer med chefer för läkare och sjuksköterskor hölls.</p>			
<p>Van Wyk, N., & van der Wath, A. (2015) Sydafrika</p>	<p>Two male nurses' experiences of caring for female patients after intimate partner violence: a South African perspective</p>	<p>Syftet var att utforska och beskriva erfarenheterna från manliga sjuksköterskor i sydafrika kring att vårda kvinnor som utsatts för våld i nära relationer.</p>	<p>Fallstudie med en beskrivande fenomenologisk forskningsmetodik där djupgående intervjuer användes.</p>	<p>N=2</p>	<p>Deltagarna upplevde en dikotomi av att vara vårdare (sjuksköterska) och man (samma kön som förövaren). Det försökte hantera situationen genom att använda "jaget" för att ta hand om patienten och vara en problemlösare.</p>	<p>God kvalitet/ K</p>
<p>Van der Wath, A., van Wyk, N. & Janse van</p>	<p>Emergency nurses' experiences of caring for</p>	<p>Att utforska och beskriva akutsjuksköterskors</p>	<p>En kvalitativ studie med fenomenologisk ansats. Elva sjuksköterskor från två</p>	<p>N=11</p>	<p>Många av känslorna som uppkommer hos sjuksköterskorna är desamma som de utsatta patienterna beskriver det. Känslor</p>	<p>God kvalitet/ K</p>

Rensburg, E. (2013) Sydafrika	survivors of intimate partner violence.	erfarenheter att ta hand om och vårda överlevande av våld i nära relation.	sjukhus i urban miljö inkluderades utifrån purposive sample. Antalet deltagare bestämdes då datamättnad uppstår vid fler deltagare. Ostrukturerade intervjuer med öppna frågor ställdes. Intervjuerna transkriberades och meningsenheter togs ut.		av bland annat ångest, ilska, sårbarhet, svaghet och lättnad kan uppkomma. Minnet av mötena med patienterna etsar sig ofta fast hos sjuksköterskorna och påverkar dem på flera sätt.	
van der Wath, A., van Wyk, N. & Janse Van Rensburg (2016) Sydafrika	Emergency nurses' ways of coping influence their ability to empower women to move beyond the oppression of intimate partner violence.	Syftet med artikeln var att beskriva akutsjuksköterskors sätt att hantera mötet med överlevare av våld i nära relation och strategier att hantera det för att kunna ge stöd och uppmuntran till utsatta kvinnor	Studien genomfördes på två akutmottagningar vid två sjukhus i en urban miljö i Sydafrika. En kvalitativ design och fenomenologisk metod användes. Kvinnliga akutsjuksköterskor som ville vara med valdes ut till datamättnad uppstått. Ostrukturerade intervjuer genomfördes. Beskrivande och reflekterande fältanteckningar fördes.	N=9	I huvudsak var akutsjuksköterskornas sätt att hantera mötet med de utsatta patienterna att fly eller att hantera känslorna som uppkommit. Sätt att undkomma känslorna var att förneka och undvika liknande möten. Sätt att hantera dem var att söka stöd i att hantera sina känslor.	Mycket god kvalitet/ K

		utsatta för våld i nära relation.				
Zijlstra, E., van de Laar, R., Moors, M. L., Fo Wong, S. L., Lagro-Janssen, A. (2017) Nederländerna	Tensions and Ambivalent feelings: Opinions of emergency department employees about the identification and management of intimate partner violence.	Syftet var att undersöka underlättande och begränsande faktorer vid identifiering och handläggning av våld i nära relationer på en Holländsk akutmottagning.	Kvalitativa semistrukturerade intervjuer användes. Intervjuer analyserades sedan med innehållsanalys i Atlas.ti, version 6.2.	N= 18	Resultatet presenteras i fyra kategorier, Akutmottagnings miljö och uppgifts-uppfattning, attityder, ambivalenta känslor, medvetenhet och kunskaper. Samtliga kategorier innefattade både underlättande och begränsande faktorer.	God kvalitet/ K

Källa: Willman, Stoltz & Bahtsevani (2006, sid 84). *Evidensbaserad omvårdnad: En bro mellan forskning och klinisk verksamhet*. Lund: Studentlitteratur.