

**VÅLD I NÄRA RELATIONER – HINDER FÖR UPPTÄCKT VID
VÅRDMÖTET**

**VIOLENCE IN CLOSE RELATIONSHIPS – BARRIERS FOR
DETECTION AT CARE ENCOUNTERS**

Sjuksköterskeprogrammet 180 högskolepoäng
Självständigt arbete, 15 högskolepoäng
Examinationsdatum: 19 oktober 2022
Kurs: Självständigt arbete HT 2022
Författare: Vida Mohammadi Mohaghegh

Handledare: Louise Eulau
Examinator: Mia Bergenmar

SAMMANFATTNING

Bakgrund

År 2021 miste minst 19 personer i Sverige livet på grund av våld i en nära relation. Drygt 200 kvinnor om dagen utsätts för denna typ av våld i Sverige, och var tredje kvinna världen över har erfarenheter av våld i nära relation.

Syfte

Syftet var att belysa barriärer i vårdmötet som kan försvåra sjuksköterskans möjlighet att identifiera våld i nära relationer.

Metod

Metoden som användes var en icke-systematisk litteraturöversikt baserad på 13 artiklar med kvalitativ och kvantitativ ansats. Artiklarna som användes hämtades från PubMed och CINAHL. En integrerad innehållsanalys gjordes av artiklar med hög eller medelhög kvalitet enligt Sophiahemmet högskolas granskningsmall.

Resultat

Två huvudkategorier identifierades: "Förutsättningar" och "Yrkesmässigt ansvar". "Förutsättningar" hade två underkategorier: "Tidsbrist & Screening" samt "Farhågor" och huvudkategorin "Yrkesmässigt ansvar" två underkategorier: "Riktlinjer, styrdokument" och "Utbildning". Resultatet speglar de barriärer som vårdpersonal upplever när det kommer till att ställa frågor angående våld i nära relationer och sammanfattas som följer: tidsbrist, brist på utbildning, brist på riktlinjer, rädsla för personlig säkerhet, "victim blaming", genans, och osäkerhet. Barriärerna resulterar ofta i tillitsbrist från våldsutsatta.

Genom sitt beteende riskerar vårdpersonalen att normalisera det våld som patienten utsatts för. Sjuksköterskan har jämfört med andra professioner en unik förutsättning att nå ut till våldsutsatta.

Slutsats

Ett halvt sekel har gått sedan forskning om våld i nära relationer initierades. Lika länge har sjukvårdspersonal upplevt barriärer som hindrar dem från att identifiera och hjälpa våldsutsatta. Framtida forskning bör fokusera på interventioner med syfte att förändra identifierade problem.

Nyckelord: Hälso- och sjukvården, patienters upplevelser, våld i nära relationer, personcentrerad vård, sjukvårdspersonals upplevelser, barriärer

ABSTRACT

Background

In the year of 2021, 19 people in Sweden lost their lives owing to domestic violence. Over 200 women are subjected daily to this type of violence in Sweden, and every third woman in the world has had experiences of domestic violence.

Aim

The aim was to illustrate barriers in health care encounters which could obstruct nurses' ability to identify domestic violence.

Method

The method used was a non-systematic literature review based on 13 articles including qualitative and quantitative approaches. Articles were collected from PubMed and CINAHL. An integrated content analysis comprised of the articles scoring high to medium quality according to Sophiahemmet högskolas review template.

Results

In compiling the results, two main categories were identified: "Prerequisites" and "Professional responsibilities". "Prerequisites" had two subcategories: "Lack of time & Screening" and "Fears" and "Professional responsibility" had two subcategories: "Guidelines, governing documents" and "Education". The results mirror the barriers health care professionals experience in order to ask questions about domestic violence and can be summarized as follows: Lack of time, education, guidelines & governing documents; victim blaming; disconcertion; and uncertainties. These barriers often result in a lack of trust in health care professionals.

By their actions, health care professionals are risking a normalization of the violence the patient is subjected to. Compared to other professionals, nurses have a unique possibility to reach individuals exposed to domestic violence.

Conclusions

Half a decade has passed since the research of domestic violence initiated. For just as long, health care professionals have experienced barriers preventing them from identifying and treating individuals exposed to domestic violence. Future research should focus on intervention studies, targeting identified problems.

Keywords: Health care, patients' experiences, domestic violence, intimate partner violence, barriers, health care workers.

INNEHÅLLSFÖRTECKNING

INLEDNING	1 -
BAKGRUND	1 -
Våld	- 1 -
Nära relationer	- 2 -
Prevalens	- 2 -
Uppkomst och orsak	- 3 -
Normaliseringsprocessen	- 4 -
Vårdmötet	- 4 -
Det historiska perspektivet	- 5 -
Teoretisk utgångspunkt	- 6 -
Problemformulering	- 7 -
SYFTE	7 -
METOD	8 -
Design.....	- 8 -
Urval.....	- 8 -
Datainsamling.....	- 8 -
Kvalitetsgranskning.....	- 10 -
Dataanalys	- 10 -
Forskningsetiska överväganden	- 11 -
RESULTAT	12 -
Yrkesmässigt ansvar.....	- 12 -
Förutsättningar	- 13 -
DISKUSSION	14 -
Resultatdiskussion.....	- 14 -
Metoddiskussion.....	- 17 -
Slutsats	- 18 -
REFERENSER	20 -
BILAGA A DATABASSÖKNINGAR	I
BILAGA B GALLRING	II
BILAGA C KVALITETSGRANSKNINGSMALL	III
BILAGA E RESULTAT	XVI

INLEDNING

Sannolikheten att du redan har träffat någon som är utsatt för våld i en nära relation är stor – minst en av tre kvinnor världen över har upplevt det. Är man dessutom sjuksköterska är sannolikheten att träffa någon som befinner sig i den situationen ännu större (Daoud et al, 2020; European Union Agency for Fundamental Rights [FRA], 2015; Kothari, 2006). Dessvärre är sannolikheten att sjuksköterskan aldrig får veta att patienten framför henne är utsatt minst lika stor (Daoud, 2020; Hackenberg et al, 2019; FRA, 2015; Crandall et al, 2004; Wadman et al, 1999) – men varför, och vad vi kan göra åt det, är för många höljt i dunkel. Baserat på den forskning som presenterats kan en relevant fråga vara varför endast en minimal andel av våldsutsatta i nära relation får frågan “är du utsatt för våld i nära relation?” (Brottsförebyggande rådet, 2022a; 2022b; Daoud et al, 2020; World Health Organization, 2021)

Om det låter mycket att en av tre kvinnor har blivit utsatta, så bör man ha i åtanke att mörkertalet är stort. Då begångna brott inte nödvändigtvis leder till fällande domar kan det vara missvisande att förlita sig på brottsstatistik. Samtidigt är det ofta så att utsatta inte rapporterar sin situation ens i anonyma enkätundersökningar, vilket gör att statistiken från självrapporterad utsatthet inte heller är säker (Brottsförebyggande rådet, 2022a; 2022b; World Health Organization, 2021)

Något vi vet är dock att minst 19 personer i Sverige dog till följd av partnervåld år 2021 (Brottsförebyggande rådet, 2022b). Det är 19 för många. Att våldet ofta eskalerar om personen som utsätts för våldet inte kan ta sig ur våldsutövarens grepp är ett faktum. Siffror från United Nations Office on Drugs and Crime [UNODC] (2021) visar att nästan 60 procent av alla mordoffer i världen hade en nära relation till gärningsmannen.

För att underlätta läsning kommer hädanefter personen som utsätts för våld att benämnas som *den våldsutsatta*, medan gärningsmannen kommer att kallas *våldsutövaren* alternativt *gärningsmannen*. Pronomet “hon” kommer att användas för den våldsutsatta och pronomet “han” för våldsutövaren/gärningsmannen då det stämmer bäst överens med vem som i majoritet drabbas, och drabbar, i verkligheten. Medvetenhet om att våld i nära relationer förekommer oavsett kön och andra parametrar finns, men då statistik talar för en så pass övervägande majoritet som 98 jämfört med två procent, anses användning av ovanstående pronomen motiverat. Det ligger inte i författarens intresse att cementera traditionella könsroller; däremot att åskådliggöra att våld i nära relationer har sitt ursprung i, samt används för att upprätthålla, könsmaktsordningen. I regel kommer pronomet “hon” att användas för alla personer med sjuksköterskeprofession.

BAKGRUND

Våld

Våld är ett brett begrepp som först kommer att beskrivas som sådant. Trots att vårdpersonal kanske främst kommer i kontakt med fysiskt våld är det viktigt att förstå vilka olika typer av våld som finns, och framför allt varför våldet uppstår. Att förstå mekanismerna bakom våld ökar chansen att upptäcka våld, eftersom man genom att uppfatta mer subtila tecken på våld har en större chans att upptäcka de mer uppenbara och därmed kunna hjälpa fler våldsutsatta. Psykologen Per Isdal (2001) sammanfattar till exempel våld som: ”Våld är varje handling riktad mot en annan person, som genom denna

handling skadar, smärtar, skrämmer eller kränker, får denna person att göra något mot sin vilja eller avstå från något som den vill". Vidare kan, enligt Svenska Akademiens ordbok [SAOB] (2019), ordet "våld" ha olika definitioner beroende på kontext men kan sammanfattas som handlingar motiverade av strävan efter makt över någon annan. Socialstyrelsen delar upp våld i psykiskt, fysiskt och sexuellt våld, och påpekar att våld kan vara en brottslig handling, men att våld även innefattar handlingar tillåtna i juridisk mening (Socialstyrelsen, 2022a).

I begreppet "våld" ingår således de former de flesta känner till: fysiskt, psykiskt och sexuellt våld; men prevalensen av andra typer av våld kan ha jämförbar frekvens med ovanstående kategorier. Det gäller exempelvis digitalt våld, som att tvinga till sig någons bank-ID för att läsa personens journal, vilket förekommer i relationer med våldsinslag. Även ekonomiskt våld är vanligt; exempelvis att bli ekonomiskt begränsad genom att inte få ha ett eget bankkonto. Just ekonomiskt våld kan utgöra stora hinder för den utsatta att lämna relationen, eftersom man inte har några medel att tillgå. Våld i nära relationer där djur används som medel försvårar också ofta uppbrottsprocessen, då det exempelvis finns få skyddade boenden som välkomnar djur. Försummelse, vilket av gärningsmannen ofta används mot äldre personer eller personer med funktionsvariation, innebär t ex bristande omsorg och undanhållande av vård. Latent våld är en nyare term som skulle kunna ingå i begreppet psykiskt våld. Latent våld är det osynliga mörka moln som alltjämt befinner sig över den utsatta – det för omgivningen osynliga hotet om förestående våld, ovissheten om när/om det kommer att inträffa och det undvikande beteende en utsatt ofta utvecklar för att förekomma förövaren. Den utsatta befinner sig då i ett ständigt tillstånd av vaksamhet och blir hyperalert vad gäller förövarens kroppsspråk, tonläge och dylika tecken på aggressivitet. Det kan räcka med någon enstaka våldshandling för att säkerställa maktordningen i relationen (Försäkringskassan, 2021; Kvinnojouren Fridberg, u.å.; SAOB, 2019).

Nära relationer

En nära relation innebär att de inblandade har, eller har haft, en närstående relation. Det första många tänker på är parrelationer men begreppet innefattar samtliga närstående relationer. Det kan till exempel handla om förmyndare, släktingar, eller vänner till en själv eller ens familj. Dessa benämns i brottsstatistiken som bekanta (Polisen, 2020).

Prevalens

Vad gäller prevalens i Sverige är det nödvändigt att poängtera att statistiken kan vara missvisande. Brottsförebyggande rådet [BRÅ] arbetar, på uppdrag av regeringen, för närvarande på en kvalitetsgranskning av statistik gällande våld i nära relationer. En av bristerna ligger i polisens handläggning av registreringen av anmälda brott; år 2019 infördes ett nytt sätt att registrera. Resultatet av BRÅs granskning kommer att redovisas år 2023 (Regeringskansliet, 2021).

När det kommer till prevalens finns det många saker att ta hänsyn till, såsom mörkertal och fall där anmälan inte lett till åtal/dom. Exempelvis leder endast fem av 100 våldtäktsanmälningar till fällande dom, något som kan bidra till en barriär för utsatta att vilja/våga anmäla och/eller uppsöka hjälp/vård. Jämfört med män är våldet i nära relationer generellt grövre mot kvinnor som utsätts; nästan 30 procent av utsatta kvinnor behöver uppsöka sjukvård på grund av skador till följd av våldet, medan motsvarande siffra för män är drygt två procent (BRÅ, 2022c; Heron et al, 2021)

Värt att ha i åtanke när man presenterar statistik över sexualbrott är att BRÅ kommit fram till att endast ett av tio sådana brott mot såväl vuxna som barn anmäls. Ungefär 18 000 sexualbrott anmäls per år i Sverige. Ponerar man att BRÅs uppgifter om mörkertal stämmer så innebär detta att ungefär 250 sexuella övergrepp per dag begås i Sverige. Nittioåtta procent av dessa begås av män, varav majoriteten känner den utsatta sedan tidigare. Enligt WHO är sexuella övergrepp ett av världens största folkhälsoproblem (WONSA, 2020; Heron et al, 2021).

Uppkomst och orsak

Flera olika förklaringsmodeller till våld i nära relationer finns, varav den vanligaste är det strukturella perspektivet. De olika perspektiven har delats in i tre grupper och beskrivs här kortfattat. Vetenskaplig evidens finns för den strukturella teorin men inte för den relationella. Psykopatologi kan ha viss evidens i individuella fall men förklarar inte fenomenet på samhällsnivå. De ekologiska och systemteoretiska perspektiven innehåller många olika aspekter och orsakssammanhang varför det är svårt att fastställa evidens av dessa.

Psykopatologiska och relationella perspektiv

Enligt det psykopatologiska perspektivet ser man våldet som något privat. Våldsutövare lider enligt detta perspektiv av någon form av psykisk ohälsa medan den utsatta troligtvis har en masochistisk läggning (Jasinski, 2001). I det relationella perspektivet ser man våld som en relativt naturlig följd av bråk. Hydén (1995) anser till och med att utsatta har en maktposition gentemot förövaren eftersom den utsatta, med våldet som skäl, har en välgrundad anledning att lämna förövaren; detta synsätt står i kontrast till gängse uppfattning om maktförhållanden i allmänhet, och våld i nära relationer i synnerhet. Ovan nämnda perspektiv grundar sig generellt i antaganden baserade på självrapporterade enkätstudier.

Det strukturella perspektivet

Det mest vedertagna perspektivet på framför allt mäns våld mot kvinnor utgår ifrån könsmaktsordningen som orsak till att män utsätter kvinnor för våld i avsevärt mycket högre utsträckning än vice versa. Sammanfattningsvis kan man se det strukturella perspektivet som ett sätt att förstå varför en av tre kvinnor blir utsatta för våld istället för att försöka förstå varför en individuell kvinna blir det (Sinha et al, 2017; Montesanti, 2015). Våldet kan enligt detta perspektiv förklaras av de socialt konstruerade könsroller som skapas och återskapas i samhället; det vill säga som en konsekvens av mäns strukturella makt över kvinnor. Perspektivet baseras på statistik och efterföljande teori. Det har visat sig att män generellt har svårare att förstå våld ur ett strukturellt perspektiv jämfört med kvinnor och att detta leder till att exempelvis manliga socialarbetare tenderar att i avsevärt högre utsträckning osynliggöra de utsatta, neutralisera våldet och sympatisera med förövaren (Mattsson, 2016; Montesanti et al, 2015).

Övriga teorier

Det ekologiska perspektivet menar att det inte går att peka på någon enskild orsak till våldet eftersom det beror på flera olika faktorer. Man utgår ifrån att våld i nära relationer har orsaker på både individnivå (exempelvis sociala svårigheter eller beroendeproblematik) och på samhällsnivå (mäns strukturella makt över kvinnor). Även det systemteoretiska perspektivet utgår från att individer alltid befinner sig i en kontext; således går det inte att fastställa en enda orsak till att någon blir förövare eller utsatt. Man eftersträvar

problemlösning individerna emellan och anser att våld i nära relationer snarare är ett mänskligt problem än ett strukturellt maktutövande (Azam Ali & Naylor, 2013).

Normaliseringsprocessen

Då det är viktigt för vårdpersonal att känna till hur dynamiken i våldsamma relationer fungerar för att kunna ge ett adekvat bemötande, beskrivs normaliseringsprocessen, samt kritik därav, i korthet nedan. Omgivningen, vilket inkluderar vårdpersonal, kan ha svårt att förstå varför någon stannar i en våldsam relation. Därför utvecklades teorin om våldets normaliseringsprocess av Lundgren (2012). Teorin är en förklaringsmodell av den process som sker från en relation utan våld, till en relation där våldet blivit ett normalt inslag i relationen och i vardagslivet för den utsatta.

Traumabonding är en förklaringsmodell som kan användas ensam, eller tillsammans med, våldets normaliseringsprocess. Modellen beskriver det känslomässiga band som utsatta i många fall kan komma att utveckla till förövaren och som försvårar uppbrottsprocessen. Teorin används inte bara inom partnervåld, utan även i till exempel relationer mellan föräldrar och barn, inom trafficking (vilket förklarar att utsatta inte alltid räddar sig själva när en flyktchans infinner sig), inom sekter och liknande. En välkänd förmodad variant på traumabonding är det så kallade Stockholmssyndromet, efter Norrmalmstorgsdramat 1973 (National Encyklopedin, 2022; Casassas et al, 2022).

Traumabonding visar sig ofta genom upprepade beteenden enligt följande mönster: 1. den utsatta gör sitt yttersta för att behaga förövaren i hopp om att förskonas från övergrepp, 2. förövaren begär likväl någon slags våldshandling eller kränkning, 3. vilket följs av en period där förövaren betar sig välvilligt och ofta säger sig vara ångerfull. Det är vanligt att den utsatta successivt ser sig själv mer och mer ur förövarens ögon, och behandlar sig själv därefter, exempelvis genom att isolera sig själv på samma sätt som förövaren isolerat en, eller att den utsatta blir övertygad om att själv bära skulden för förövarens våldshandlingar. Traumabonding medför också ofta att den utsatta försvarar och/eller ursäktar förövarens beteende inför andra (Casassa et al, 2022; Reid et al, 2013).

Vårdmötet

Vårdmötet uppstår mellan vårdpersonalen och patienten. I detta möte är vårdpersonalens bemötande en betydande faktor. Ett gott bemötande har visat sig leda till en mer personcentrerad omvårdnad. Att vårdpersonalen är mentalt närvarande vid vårdmötet är avgörande för att en tillitsfull relation ska kunna uppstå (Holopainen, 2015).

Kommunikation är en central del av vårdmötet. Enligt Fossum (2019) är kommunikation en inlärdd aktivitet som formar förbindelser. Hur lång tid vårdmötet tar är enligt Dahlberg & Segesten (2010) oväsentligt; det avgörande är huruvida båda parter aktivt bidrar till vårdmötet. Genom kommunikation får sjuksköterskan möjlighet att utveckla ett partnerskap med patienten (McCormack & McCance, 2010; Svensk sjuksköterskeförening, 2017; 2016). Vårdmötet kan kompliceras av maktförhållandet mellan vårdpersonal och patient då vårdpersonalen generellt besitter en maktposition gentemot vårdtagaren på grund av flera olika orsaker, däribland kunskapsnivå och befogenheter (McCormack & McCance, 2010).

Vårdmötet med personer som utsätts för våld i nära relationer kan underlättas av personcentrering kräver att vårdpersonalen är mentalt närvarande, har en öppen attityd och framför allt är lyssnande och inkännande. Att anpassa vårdmötet efter patienten är en given del av personcentrerad vård. När det kommer till våldsutsatta kan det till exempel vara av vikt att man ser till att ingen annan närvarar vid mötet, eller att säkerställa att ingen annan

kan höra vad man säger om vårdmötet sker på telefon eller digitalt. För att personcentrera vårdmötet behöver man ha i åtanke de särskilda omständigheter som gäller våldsutsatta, bland annat genom att ha kunskap om våldets normaliseringsprocess och medvetenhet om att risken för dödligt våld ökar när den utsatta lämnar våldsutövaren (Crandall, 2004; Heron, 2021; Svensson, 2017; Wadman & Muelleman, 1999; Wiklund Gustin, 2020).

Juridiska hinder för att som enskild vårdpersonal kunna exempelvis anmäla brott i nära relationer finns då det gäller utsatta vuxna på grund av patientsekretesslagen; dock har det sedan 2021 införts i Offentlighets- och sekretesslagen [OSL] att sekretess kan brytas om vissa krav uppfylls (SFS 2009:400).

Sjuksköterskans roll och ansvar för bemötandet

I Nationalencyklopedin (u.å.e) beskrivs *bemötande* synonymt med *uppträdande*. Enligt Svensk sjuksköterskeförening (2016; 2017; 2021) är sjuksköterskan ansvarig för att bemöta patienter personcentrerat, vilket underlättas av att sjuksköterskan reflekterar över sin egen reaktion på det patienten berättar och varför man tänker eller gör det man gör. Ett personcentrerat kommunikationsmönster bidrar till ett gott bemötande (Finnström, 2014). Ett gott bemötande innefattar omtanke, respekt och att motsvara de förväntningar patienten har på sin vård (Svensk sjuksköterskeförening, 2021; Fossum, 2019; McCormack & McCance, 2010).

Sjuksköterskan har ett ansvar i sin professionella roll att vara informerad om hur våld i nära relationer kan yttra sig. Genom att ha detta i åtanke kan man förhoppningsvis identifiera fler våldsutsatta. Några exempel kan vara: en anhörig som verkar kontrollerande eller våldsam, vägrar lämna undersökningsrummet trots uppmaning, för patientens talan trots att denne är kapapabel till det själv, fysiska skador, och/eller tystlåtenhet och undergivenhet hos patienten som kanske ökar då anhörig är i rummet. Man bör även ha våldets natur i åtanke då man dokumenterar, då det idag finns en öppen vårdjournal som kan öppnas inte bara av patienten men även genom att våldsutövaren tillskaffat sig den våldsutsattas e-legitimation (Västra Götalandsregionens kompetenscentrum om våld i nära relationer & Göteborgs stads kompetenscentrum om våld i nära relationer, 2022).

Det historiska perspektivet

Våld i nära relationer är ett välstuderat forskningsområde. Vid tillbakablickar på tidigare forskning noteras många bekanta teman, varför en kortfattad översikt förefaller motiverat. Även om all terminologi inte var fastställd då vissa av studierna skrevs, beskrivs, i princip, samma processer och upplevelser våldsutsatta går igenom. År 1977 beskrev Rounsaville & Weissman att en stor majoritet av alla våldsutsatta uppgav att de tillkännagivit våldet tidigare till närstående/anhöriga/vänner, men ej fått gehör som varit till någon hjälp. Detta är en del av det som vi nu vet bidrar till internalisering och normalisering av våldet för den våldsutsatta. I samma studie beskrivs även det vi nu kallar för *traumabonding*, samt att trots den höga prevalensen av depression och stressrelaterade symptom, fanns det en skepticism och motvillighet hos de våldsutsatta att ta emot psykiatrisk hjälp. Motivering till denna motvillighet var svårförklarlig enligt Rounsaville & Weissman (1977), men de största barriärerna ansågs vara rädsla för repressalier från våldsutövaren.

Stark et al (1979) problematiserar just erbjudandet av psykiatrisk vård till den som genomgår våld i nära relation då detta kan ses som en del av att normalisera våldet. Normaliseringen av våldet och sjukvårdens roll i detta beskrivs av Stark et al (1979) med hjälp av fyra stadier. Dessa stadier tar oss igenom den våldsutsattas upplevelse och konsekvenser av inadekvat respons från vårdpersonalen. Genom att endast

symtombehandla den våldsutsatta, till exempel gipsa en bruten arm eller att erbjuda smärtbehandling och antidepressiva mediciner, bidrar vårdpersonalen till en normalisering av våldet hon upplever samt hjälper henne att hantera våldet istället för att erbjuda henne alternativ som tar henne bort från det. En adekvat respons till en bruten arm skulle alltså kunna vara att ställa frågor och ta reda på hur skadan uppkom samt erbjuda alternativ och stöd för att hjälpa den våldsutsatta att komma bort från våldsutövaren.

I en studie från 1994 framkommer det att barriärerna som gör att frågan sällan ställs får konsekvenser i form av att rätt sorts stöd för den utsatta uteblir. Dessutom hindrar det den våldsutsatta från att söka hjälp; både inom vårdapparaten och inom andra instanser (Loring & Smith, 1994). Ett annat hinder är enligt Loring & Smith (1994) att vårdpersonal oftast inte ställde direkta frågor till patienterna. *Victim blaming* - även det ett uttryck som främst använts de senaste åren - uppges i studien som en barriär för att våldsutsatta ska få rätt stöd (Loring & Smith, 1994). *Victim blaming* kan fritt översättas till skuldbeläggande av utsatta. Ett exempel på hur bristen på lämpligt bemötande leder till rädsla för, eller ovilja att, söka hjälp är våldtäktsfall (Gravelin, et al., 2019). I studien av Bieneck & Krahe (2011) jämfördes skillnader i människors tendenser att skuldbelägga den utsatta vad gällde antingen våldtäkt eller rån. Det framkom då med tydlighet en generell tendens att skuldbelägga våldtäktsutsatta, vilket man inte fann motsvarighet till i attityden gentemot rånoffer. Anledningen till att denna bias existerar är enligt gängse uppfattning bland annat sociala strukturer, varav könsmaktsordningen ligger närmast till hands som förklaring (Wennstam, 2022). Ett annat exempel är vårdpersonal som anser att den våldsutsatta provocerar fram våldet (Mattsson, 2016).

Loring & Smith (1994) identifierade skuldbeläggande av utsatta som en barriär i sjukvården. Exempelvis ansåg en del vårdpersonal i studien att om man gifter sig med våldsutövaren har man sig själv att skylla, då man ju visste om att personen var våldsam före giftermålet, och sålunda hade kunnat välja att inte ingå giftermål med vederbörande. Loring & Smith kom även fram till att brist på utbildning är en barriär (1994), något som bekräftades av bland annat Tilden (1994).

Teoretisk utgångspunkt

I denna översikt valdes personcentrerad omvårdnad som teoretisk utgångspunkt då det fokuserar på att möta patienter som personer, oavsett demografisk tillhörighet och yrkesroll. McCormack & McCance (2010) beskriver det som att inte objektifiera personen och bilda en relation som vi och det/de utan istället bygga upp ett tillitsfullt partnerskap som stärker personens autonomi och integritet (McCance et al, 2011; McCance & McCormack, 2010)

För att kunna etablera ett partnerskap med patienten krävs det av vårdpersonalen att inte bara ha ett gott bemötande utan även påvisa professionell kompetens i ämnet. Vad gäller våld i nära relationer skulle denna kompetens omfatta våldets natur, våldsutsattas normaliseringsprocesser och hur det påverkar personens förmåga och möjlighet till genuin autonomi McCormack & McCance (2010).

I det personcentrerade förhållningssättet lyfts även vikten av att ge personen möjlighet att uttrycka sin berättelse, även kallad patientberättelse, samt att den berättelsen ska utgöra en grund för vidare vårdplanering. Respekt och lyhördhet är oundgängliga komponenter i ett gott bemötande. Den personcentrerade vården innebär att man genom att lyssna på och respektera patienten får de redskap och ledtrådar man behöver för att skraddarsy en vård för just den personen som finns där och då framför vårdpersonalen. Att helt enkelt gå bort från det förfarandet som ofta förekommer inom sjukvården idag som till stora delar

kategoriserar människor och etiketterar dem för att hitta en vårdplan passar alla i samma kategori. Personcentrerad vård tar istället hänsyn till de förutsättningar, erfarenheter och resurser som yttras; inte bara verbalt utan även ickeverbal kommunikation, så som till exempel kroppsspråk. Att vårdpersonalen reflekterar över, och är medveten om normer och hur de kan påverka, för att kunna möta den våldsutsatta är eftersträvansvärt och belyses av McCormack & McCance (2010).

Konsensus kring vikten och innebörden av en evidensbaserad vård för att kunna tillhandahålla den personcentrerade vården finns bland många källor (McCormack & McCance, 2010; Svensk sjuksköterskeförening, 2021; 2017; 2011). För att vården ska vara personcentrerad krävs förutom den vetenskapliga evidensen även patientens preferenser och delaktighet. I den personcentrerade omvårdnadsteorin beskrivs även att det krävs att vårdpersonal bildar ett partnerskap med den person som ska vårdas och genom partnerskapet stöttar patientens delaktighet i den egna vården (McCormack & McCance, 2010; SFS 2017:30; 2001:453; Svensk sjuksköterskeförening, 2021; 2017; 2011).

Många beskriver sjuksköterskans roll som den som ska ansvara för omvårdnaden av patienten, och att denna omvårdnad ska vara förenlig med det personcentrerade tillvägagångssättet för att säkra en god och jämlik hälso- och sjukvård. Sjuksköterskan ska bland annat arbeta förebyggande för patienternas bästa. Det förebyggande arbetet ska inte bara förhindra lidande utan också lindra (McCormack & McCance, 2010; SFS 2017:30; 2001:453; Svensk sjuksköterskeförening, 2021; 2017; 2011). I det personcentrerade förhållningssättet tar man även upp *empowerment*, egenmakt, och att sjuksköterskan ska sträva efter att stärka detta hos personen.

Problemformulering

Våldsutsatta patienter går ofta igenom hela vårdkedjan utan att berätta om sin situation – och utan att någon frågar, trots att evidens visat att rutinmässigt frågande ökar antalet identifierade våldsutsatta. Våld i nära relationer är ett samhällsproblem som behöver bekämpas från många håll; bland annat politiskt och juridiskt, men även på olika nivåer inom sjukvården. Vårdinstanser som sjukhus och vårdcentraler kan bidra, men det viktigaste mötet kan vara det mellan patienten och sjuksköterskan. Man kan ställa sig frågan varför patienten inte berättar, men man kan också undra varför sjuksköterskan inte frågar. Genom att få inblick i de processer och barriärer som finns, kan sjuksköterskan försöka överbygga dessa hinder under sitt möte med patienten. Genom att öka medvetenheten kring våld i nära relationer är det troligt att sjuksköterskan kan bidra till att synliggöra och identifiera potentiella våldsutsatta, samt erbjuda stöd och vård för att våldet inte ska fortskrida och eskalera. För att detta ska kunna ske är det av största vikt att vårdmötet mellan patient och sjuksköterska inte hindras av obefogade upplevda barriärer. För att kunna säkerställa detta i framtiden krävs det att barriärerna först synliggörs och medvetandegörs.

SYFTE

Syftet är att belysa barriärer i vårdmötet som kan försvåra sjuksköterskans möjlighet att identifiera våld i nära relationer.

METOD

Design

En icke systematisk litteraturöversikt valdes som studiedesign. Enligt (Friberg, 2012) kan denna studiedesign användas för att skapa en överblick eller ett underlag för kritisk granskning av ett kunskapsområde. Man kan även använda denna studiedesign för att som student få praktisk övning inom forskningsmetodik. (Friberg, 2012). En icke systematisk litteraturöversikt valdes således framför en systematisk men med en systematisk sökmetod med hjälp av booleska operatörer.

En systematisk litteraturöversikt möter högre krav på tillförlitlighet än icke-systematiska eftersom underlaget är mindre begränsat. En väl genomförd systematisk litteraturöversikt minskar risken för att forskarnas bias genom att större mängd data bearbetas och fler forskare är involverade. Metoden litteraturöversikt, systematisk eller icke-systematisk behöver till exempel genomföras innan en forskningsstudie planeras. Litteraturöversikter ligger dessutom ofta till grund för evidensbaserad vård (Polit & Beck 2017; Kristensson, 2014; Friberg, 2012).

Den systematiska litteraturöversikten har noga beskriven metod som måste följas och dokumenteras, krav som inte är lika höga i en icke systematisk litteraturöversikt (Karolinska institutet, 2022; Polit & Beck, 2017; Friberg, 2012). I alla forskningssammanhang eftersträvas systematik och vid en icke-systematisk litteraturöversikt eftersträvas systematik i samtliga moment som till exempel vid sökning av litteratur, granskning och selektion av litteratur.

Urval

I denna litteraturöversikt valdes att exkludera minderåriga samt personer äldre än 70 år, då dessa ofta definieras av andra sökord och innebär att ett större antal vetenskapliga artiklar behöver tas med i översikten då forskningen när det gäller dessa åldersgrupper ställer specifika krav. Ett annat kriterium var att studierna skulle vara utförda i sjukhusmiljö, antingen från sjukvårdspersonalens eller patientens, den våldsutsattas, perspektiv. Språken som avgränsade sökningen är de språk som behärskas av den som skriver översikten (Kristensson, 2014); dock är endast artiklar på engelska inkluderade i resultatet då artiklar på svenska valdes bort eftersom det inte utgjorde någon väsentlig skillnad i antalet artiklar som fanns i träfflistan vid de olika sökningarna. Dessutom valdes persiska, polska och tyska (språk författaren behärskar) bort för att säkerställa att läsare, examinator samt opponenter får möjlighet att ta del av samtliga artiklar i resultatet. Primärkällor som genomgått "peer reviewed" var ett krav för att kunna inkluderas i studien.

Inklusionskriterier:

Patienter som var 18 år eller äldre, studier som handlar om identifiering av personer som upplever/upplevt våld i nära relation inom sjukvården, studier gjorda för att belysa sjukvårdspersonal eller patient, våldsutsattas perspektiv.

Exklusionskriterier:

Patienter yngre än 18 år och 70 år eller äldre. Identifiering av personer som upplever våld i nära relation utan att man specificerat att detta gjorts i sjukvården.

Datainsamling

Efter vägledning från bibliotekarie på Sophiahemmets Högskola utformades en sökstrategi med hjälp av sökfunktioner och terminologi kopplat till databaserna PubMed och CINAHL. Första steget var att identifiera de söktermer som används i relevanta artiklar

och organisera dessa i sökblock. Sedan identifierades söktermerna genom att först granska vilka bärande begrepp som finns i syftet och problemformuleringend. Därefter utfördes manuella sökningar på PubMed för att hitta relevanta artiklar. När de initiala söktermerna blivit identifierade utfördes en sökning via MeSH-databasen för att utvärdera hierarkin samt specificera söktermer. MeSH-termer är tydligt definierade och hierarkiskt ordnade i 16 kategorier. De söktermer som står under i hierarkin inkluderas i sökningen om man inte aktivt väljer att exkludera alla termer under. Behöver sökningen smaltas av eller breddas kan man välja att söka längre ner eller upp i hierarkin, alternativt att exkludera alla termer som är inkorporerade i den valda söktermen. Enligt Kristensson (2014) kan man även använda sig av Booleska operatörer. Namnet kommer från matematikern George Boole som utvecklade detta sätt att kombinera olika variabler i datalogi (Björner & Eriksson, u. å.). Operatorerna används för att få en bättre träfflista genom att kombinera och exkludera söktermer och sökblock. AND, OR, och NOT är Booleska operatörer, AND kombinerar olika termer och sökblock, OR används inom ett sökblock, NOT för att exkludera (Kristensson, 2014). I denna översikt användes enbart AND samt OR.

Söktermer och avgränsningar är redovisade i Bilaga A, Databassökning. En väl genomförd och utarbetad sökning förenklar identifieringen av relevanta vetenskapliga artiklar och ökar möjligheten att replikera sökningen (Kristensson, 2014).

Kristensson (2014) beskriver att en första gallring ska göras genom att läsa igenom alla abstracts som finns med på träfflistan. Då allokerad tid inte tillät detta utfördes istället en första gallring baserat på titel; om titeln bedömdes kunna motsvara studiens syfte lästes abstrakten för att bedöma relevansen med utgångspunkt i inklusions- och exklusionskriterier. Ytterligare gallringar har skett efter att ha läst metodbeskrivningen. För att inte uraktlåta, samt för att förenkla identifiering av, relevanta artiklar har även andra sökningar utförts; exempelvis genom att frisöka igenom de kvarvarande källorna samt läsa igenom "similar articles" till relevanta artiklar som hittats via den initiala sökningen. Vidare har referenslistor på andra systematiska litteraturöversikter som kommit upp i träfflistan granskats. Denna manuella sökning minskar risken för att missa eventuella artiklar som inte kommer upp i träfflistan (Kristensson 2014) men minskar samtidigt möjligheten att replikera sökningen. Dubletter exkluderades allt eftersom de identifierades. Sökningen började i PubMed och fortsatte därefter i CINAHL. En initial lista på alla abstrakt som valts ut från respektive sökning gjordes. Tidsbegränsningen motiverade ytterligare en gallring baserat på abstrakten, då alltför många relevanta artiklar hittades i första gallringen. Initialt valdes 54 artiklar ut för vidare granskning i full text, varpå 13 artiklar inkluderades i resultatet. Gallringen är redovisad nedan samt i mer detaljerat i Bilaga B, Gallring.



Kvalitetsgranskning

Sophiahemmets högskolas bedömningsmall för kvalitetsgranskning av kvalitativa och kvantitativa studier har använts, se bilaga C. Kvalitetsgranskningsmallen som utvecklats av Sophiahemmets Högskola har utarbetats och modifierats efter Berg et al. (1999) och Willman et al. (2016). I enlighet med mallen bedömdes artiklarna efter en tregradig skala, där hög kvalitet var I och låg kvalitet III. Endast artiklar bedömda att ha hög- (I) eller medelhög kvalitet (II) är inkluderade. Kvalitetsgranskningen avslutades efter det att 13 artiklar bedömts ha tillräcklig kvalitet för att inkluderas, vilket innebar att totalt 15 artiklar kvalitetsgranskades.

En kvalitetsgranskning av artiklarna gjordes genom att först läsa hur kvaliteten ska granskas enligt Kristensson (2014) samt att studera kvalitetsgranskningsmallen från Sophiahemmets Högskola. Författaren använde sig av medlemmar i handledningsgruppen för att skapa sig en bild av hur granskningsmallen kunde användas i praktiken då den inte specificerar exakt vart gränserna går för hur hög kvaliteten ska bedömas. Kristensson (2014) poängterar vikten av att dokumentera gallringen noggrant, vilket utfördes i Excel där samtliga artiklar sorterades efter vilken sökning som gjorts radades upp. Därefter lästes dessa i fulltext och en stegvis samt kritisk granskning som beskrivs av Kristensson (2014) samt Polit & Beck (2017) utfördes. Enligt Kristensson (2014) krävs en kvalitetsgranskningsmall för att kunna utföra en systematisk datainsamling, samt att denna kvalitetsgranskning dokumenteras noggrant. Två studier sållades bort efter kvalitetsgranskning i fulltext, den ena hade inte publicerat något forskningsetiskt övervägande och den andra inte insamlat skriftligt informerat samtycke.

Dataanalys

I denna översikt valdes att göra en integrerad innehållsanalys såsom den beskrivs av Forsberg & Wengström (2015). Genom att först läsa de utvalda artiklarna i fulltext flera gånger för att sedan kategorisera resultaten i huvudkategorier skapas en överskådlig bild av innehållet (Forsberg & Wengström, 2015). För att få en överskådlig blick över de gemensamma kategorierna för de utvalda artiklarna valdes att sammanställa artiklarnas enskilda resultat i Excel. Varje artikels resultat kategoriserades i olika kolumner baserat på

de olika områden som framkom under analysen, där en kolumn stod för resultat som var svårkategoriserade. När alla artiklar skrivits in och kategoriserats var för sig sorterades och sammanställdes samtliga artiklar efter gemensamma underkategorier. Dessa underkategorier sorterades sedan efter identifierade huvudkategorier. Tabellen finns som Bilaga E, Resultat.

Forskningsetiska överväganden

Enligt Polit & Beck finns ett flertal etiska koder och utvecklingen av dessa koder härstammar, enligt Polit & Beck (2017), bland annat från de koder som utvecklats efter Nürnberg-rättegångarna. Även International Council of Nurses [ICN] har tagit fram en internationell etisk kod för sjuksköterskor med vägledande och nästintill styrande innehåll (Svensk sjuksköterskeförening, 2021). Genomgripande i de olika etiska koderna är att försöka förhindra oetiskt grundad forskning, såsom experiment som tillfogar individer skada. Ett exempel på oetiskt förfarande är att bedriva forskning när man vet eller kan förväntas anta, och ignorerar, vedertagna konsekvenser för forskningsindividens liv och hälsa (University of North Carolina at Chapel Hill, 2023; Svensk sjuksköterskeförening, 2017a; Nationalencyklopedin, u.åb)

Ett svenskt exempel på detta är Vipeholmsexperimenten som genomfördes 1945–1955. Under experimentets gång valde man att gå från kariesförebyggande till kariesprovocerande experiment. Då prövade man hypotesen att socker framkallar karies genom att modifiera kosthållningen för patienter på Vipeholmsanstalten genom att bland annat specialtillverka mycket seg och sockerrik kola. Patientgruppen valdes ut på grund av att de ansågs beslutsoförmögna som resultat av funktionsvariationer och eftersom de enformiga levnadsvanor man förhöll sig till på sjukhuset gjorde experimenten enkla att utföra och följa upp. Experimenten ledde till kariesangrepp, vilket i sin tur medförde irreversibla skador och stort lidande för de patienter som fått en av de kostregimer som testades. Majoriteten av patientgruppen skulle inte heller ha kunnat ta emot den information som numera krävs för att kunna ge ett informerat samtycke (Nationalencyklopedin, u.åc). Under experimentets gång, år 1947, fastställdes Nürnberg-koden som bland annat definierade vad ett informerat samtycke innebär (University of North Carolina at Chapel Hill, 2023; National Encyklopedin, u.åb). Ur Nürnberg-koden utvecklades Helsingfors-deklarationen år 1964. Nürnberg-koden beskriver forskningspersonernas rättigheter och Helsingfors-deklarationen beskriver forskarens skyldigheter (Nationalencyklopedin, u.åd; Shuster, 1997).

Etiska krav regleras i lagen om etikprövning av forskning (SFS 2003:460). Lagens intention är att säkerställa rättssäkerhet, att forskningspersoner inte skadas och att allmänheten ska ha möjlighet att ta del av forskningsprocessen. Forskning får enligt denna lag endast utföras om den kan göras med forskningspersonernas människovärde intakt, vilket prövas av etikprövningsmyndigheten. Lagen innebär även att enskilda personers välmående är att betrakta som mer relevant än de eventuella framsteg och fördelar forskningen kan innebära för samhället. Vidare anger lagen att informerat samtycke, för vilket det finns specificerade krav, måste inhämtas från forskningspersoner. Undantag från samtyckeskravet kan göras i särskilda fall (Kjellström, 2017; SFS 2003:460)

För att minska risken av att forskningsresultatet styrts av författarens inneboende bias fick söktermerna och ordningsföljden styra vilka artiklar som skulle läsas först. Författaren valde att läsa igenom nästintill samtliga artiklar som framkom i sökresultaten i den sorterade tidsföljden där den nyaste publicerade artikeln lästes först. I den första genomgången lästes endast titel och "abstracts", därefter lästes de relevanta artiklarna i fulltext och kvalitets- och innehållsgranskades.

För att undvika att gå emot god forskningssed och/eller göra sig skyldig till oredlighet i forskning, har författaren varit noga med att referera enligt Sophiahemmets modifierade APA-system samt reflekterat över sin tolkning av litteraturen så att resultatet inte förvrängs, varken med uppsåt eller av oaktsamhet, för att inte författarens förförståelse ska påverka resultatet.

RESULTAT

Trots att våldsutsatta uttrycker en önskan att vårdpersonal ställer frågan om deras utsatthet på ett rakt och empatiskt sätt, visar denna litteraturöversikt omfattande barriärer för vårdpersonal att ta sig tiden och modet att ställa frågan. Innehållsanalysen av 13 artiklar utvalda efter en noggrann kvalitetsgranskning resulterade i två huvudkategorier där huvudkategorin *”Yrkesmässigt ansvar”* hade två underkategorier; *”Tidsbrist & Screening”* och *”Farhågor”*. Till huvudkategorin *”Förutsättningar”* hörde underkategorierna *”Riktlinjer, styrdokument”* och *”Utbildning”*. Dessa kategorier presenteras nedan i Tabell 1. Kategoriindelning.

Tabell 1. Kategoriindelning

Huvudkategori	Underkategori
Yrkesmässigt ansvar	Tidsbrist & Screening Farhågor
Förutsättningar	Riktlinjer, styrdokument Utbildning

Yrkesmässigt ansvar

Frågan om det åligger vårdpersonal att identifiera våldsutsatta besvarades av majoriteten studier med att det enligt vårdpersonalens uppfattning inte tillhör deras ansvarsområde (Al-Natour, et al., 2016;2014, Ibrahim, et al., 2021; Poreddi, et al., 2020; Portnoy, et al., 2020; Sundborg, et al., 2017; Sutherland, et al., 2020; Taylor, et al., 2013). Motiveringen till detta förhållningssätt skiljde sig åt mellan studierna på så vis att forskningsdeltagarna i två av studierna såg våld i nära relationer som en privat angelägenhet, och inget man som vårdpersonal bör blanda sig i (Al-Natour, et al., 2014; Ibrahim, et al., 2021); en annan vanlig motivering var att emedan det är sjukvården i allmänhets ansvar att identifiera våldsutsatta, så är det inte just forskningsdeltagarnas profession i synnerhet som bär ansvaret (Al-Natour, et al., 2014; Ibrahim, et al., 2021; Poreddi, et al., 2021; Sundborg, et al., 2017). Sjuksköterskor och barnmorskor anger själva att yrkesmässigt ansvar ingår i professionen (Anguzu et al., 2022; Taylor, 2013). En av studierna tar upp distriktsköterskors perspektiv på ansvaret där vissa uppger att detta ansvar är för stort för att läggas på just deras profession (Sundborg, et al., 2017). I studien av Al-Natour et al (2014) kom man fram till att nästan hälften av de tillfrågade inte ansåg det vara i sjuksköterskans ansvarsområde att fråga om våldsutsatthet.

Tidsbrist & Screening

Att tiden inte räcker till för att identifiera och handlägga våldsutsatta uppges som en barriär i majoriteten av artiklarna som inkluderats i resultatet (Al-Natour, et al., 2014; Anguzu, et al., 2022; Ibrahim, et al., 2021; Poreddi, et al., 2020; Portnoy, et al., 2020; Rodriguez & Mandich (2019); Saberi, et al., 2017; Sundborg, et al., 2017; Sutherland, et al., 2020). Al-

Natour, et al. (2014) tar upp att en etablerad rutin kring screening inte behöver vara så tidskrävande som vårdpersonal befärad (Al-Natour, et al. (2014); Saberi, et al., 2017; Sundborg, et al., 2017). Att ställa en fråga anses inte vara tidskrävande i sig; snarare är det faktorerna relaterade till frågan som är tidskrävande. Något som tas upp av Anguzu, et al., (2021) är att det tar tid att vinna den våldsutsattas tillit, och att denna tillit är oundgänglig för en screening där man annars riskerar att endast få ett falskt negativt svar. En annan tidsrelaterad barriär som tas upp är att det är tidskrävande att ta hand om den våldsutsatta på ett lämpligt sätt vid ett tillkännagivande (Anguzu et al., 2022; Portnoy, et al., 2020).

Våldsutsatta rapporterar upplever av att de stressas igenom en screening eller att vårdpersonalen som screenar inte har, eller tar sig tiden att, lyssna på svaren eller ställa frågan, vilket upplevs som en otrygg miljö att ge ett tillkännagivande i (Rodriguez & Mandich, 2019). Både manliga och kvinnliga våldsutsatta uppger att de inte skulle ta illa vid sig eller uppleva det så dramatiskt om detta samtalsämne utfördes per rutin Rodriguez & Mandich, 2019).

Farhågor

Olika typer av farhågor inför att ställa frågan som kan leda till ett tillkännagivande av den våldsutsatta presenterades i flera studier (Al-Natour, et al., 2016; Al-Natour, et al., 2014; Ibrahim, et al., 2021; Poreddi, et al., 2020; Portnoy, et al., 2020; Rodriguez & Mandich, 2019; Saberi, et al., 2017; Sundborg, et al., 2017; Taylor, et al., 2013).

I huvudsak var rädslan att förnärma patienten vanligast (Al-Natour, et al., 2016; Al-Natour, et al., 2014; Ibrahim, et al., 2021; Poreddi, et al., 2020; Portnoy, et al., 2020; Saberi, et al., 2017). Rädslan att förnärma patienten genom att ställa frågan till någon som inte är våldsutsatt hindrar vårdpersonalen från att våga initiera samtalsämnet. Det är inte enbart denna rädsla som hindrar vårdpersonalen i identifieringen av den våldsutsatta i vårdmötet. Den emotionella responsen hos den vårdpersonal som tar emot tillkännagivandet och den eventuella ångest det potentiellt skulle medföra hos vårdpersonalen av att ta del av patientberättelsen är ett ämne som tas upp (Sundborg, et al., 2017). Vårdpersonal upplever även rädsla för repressalier; dels för den våldsutsatta i form av att våldet skulle kunna eskalera och dels för att förövarens aggressivitet ska riktas mot vårdpersonalen. Båda scenarierna upplevs som hinder inför att ställa frågor om våld i nära relationer (Taylor, et al., 2013). En osäker vårdpersonal som inte vågar sig på ämnet om våld i nära relationer hindrar den våldsutsatta att våga tillkänna ge sin våldsutsatthet enligt Rodriguez & Mandich (2019). I tre av artiklarna uppgavs en oro för den egna säkerheten, då en rädsla för repressalier från våldsutövaren gentemot vårdpersonalen verkade som en barriär inför att screena patienter per rutin (Al-Natour, et al., 2016; 2014; Portnoy, et al., 2020).

Förutsättningar

Riktlinjer, styrdokument

Bristen på riktlinjer, styrdokument och handläggning som barriärer för att identifiera och ta hand om våldsutsatta angavs i flera studier (Al-Natour, et al., 2016; 2014; Anguzu, et al., 2022; Ibrahim, et al., 2021; Mackenzie, et al., 2019; Poreddi, et al., 2020; Portnoy, et al., 2020; Rodriguez & Mandich, 2019; Saberi, et al., 2017; Sundborg, et al., 2017; Sutherland, et al., 2020).

Utbildning

Samtliga granskade artiklar angav att brist på utbildning om våld i nära relationer och screening som barriärer för att ställa frågan som rutin (Al-Natour, et al., 2016; 2014; Anguzu, et al., 2022; Ibrahim, et al., 2021; Mackenzie, et al., 2019; Poreddi, et al., 2020; Portnoy, et al., 2020; Rodriguez & Mandich, 2019; Saberi, et al., 2017; Sundborg, et al., 2017; Sutherland, et al., 2020; Woerner et al., 2019). I en studie uppgav samtliga forskningsdeltagare bristen på utbildning som en barriär till varför det screenas så sällan för våldsutsatthet (Poreddi, et al., 2020). Bristen på utbildning resulterar i att vårdpersonalen upplever en osäkerhet som tar sig uttryck i rädsla för att mista sitt anseende gentemot den våldsutsatta, samt en oro för både hur vårdpersonalen själv och den våldsutsatta personen kommer att reagera på samtalet (Sundborg et al., 2017). Denna brist på utbildning anses också ligga till grund för en uppfattning hos vårdpersonal som inte baseras på evidens i ämnet. Dålig utbildning i ämnet resulterar i ett sämre bemötande av våldsutsatta, något som visat sig resultera i sämre psykisk hälsa jämfört med de våldsutsatta som upplevt ett bra bemötande av vårdpersonalen (Woerner, et al., 2019).

DISKUSSION

Resultatdiskussion

Samtliga kategorier som identifierats i denna icke systematiska litteraturöversikt överensstämmer med resultatet av andra litteraturöversikter med liknande syften (Kirk & Bezzant, 2020; Sprauge et al, 2012). I denna översikt utfördes en innehållsanalys av 13 artiklar för att besvara syftet som var: att belysa barriärer i vårdmötet som kan försvåra sjuksköterskans möjlighet att identifiera våld i nära relationer. Analysen resulterade i totalt fyra underkategorier som utgjorde grunden för de två huvudkategorierna ”Yrkesmässigt ansvar” och ”Förutsättningar”. Den första underkategorin var att tidsbristen ansågs vara en tungt vägande barriär för vårdpersonal vad gäller att ta sig tid att screena i syftet att identifiera våldsutsatta. Denna tidsbrist upplevdes av patienterna, de våldsutsatta, som att vårdpersonalen var stressad och att även om frågan ställts så var upplevelsen att vårdpersonalen inte hade haft tid att hjälpa dem oavsett svar. Vårdpersonalen som huvudsakligen var sjuksköterskor; både grund- och specialistutbildade, uppgav att det bland annat var tidskrävande att ta emot ett tillkännagivande. Det beskrevs som att de, om de skulle få vetskap om att patienten var våldsutsatt, då skulle få en plikt och ett ansvar att ingripa, stötta, och/eller erbjuda patienten hjälp. Detta kan tolkas som att tidsbrist ansågs rättfärdiga att aktivt välja bort att ta reda på om patienten var våldsutsatt eller inte. Trots att screening-procedurer enligt författarna inte var särdeles tidskrävande, befarades eller uppfattades den som sådan av vårdpersonalen. En stressad vårdpersonal upplevdes ofta som empatilös av patienterna, då det uppfattades som att man skyndade sig igenom protokoll och rutiner. Denna upplevelse resulterade i en negativ påverkan av möjligheten till ett tillkännagivande från en våldsutsatt.

I den personcentrerade omvårdanden tar man upp vikten av att ge personer/patienter, oavsett om de är våldsutsatta eller inte, tid att anförtro sin berättelse. Genom att inte validera, och/eller inte eftersträva att tillgodose patientens behov, riskerar man att försitta chansen att hjälpa sin patient (McCormack & McCance, 2010). En dokumenterad konsekvens av detta tillkortakommande är att patienten associerar vårdgivarens egenskaper med våldsutövarens, vilket sker genom att vårdgivaren normaliserar de brott som begås mot den våldsutsatta (Mattsson, 2016).

Den andra underkategorin, farhågor, innefattade till största del rädslan att förnärma patienten genom att ställa frågan till en som inte var våldsutsatt; detta trots att evidensen visar ett motsatt förhållande. Vårdpersonal beskrev även att de fruktade att synliggörandet av en faktiskt våldsutsatt skulle kunna förnärma även denna, då vårdpersonalen själva uppfattade våld i nära relation i en kontext av skuld och skam. Så trots en överväldigande positiv attityd gentemot att frågan ställdes i enrum och utan medföljande hos både våldsutsatta och icke-våldsutsatta, så fortsatte denna rädsla anses vara en befogad anledning till att underlåta att identifiera våldsutsatta. Som det beskrevs i en studie, att det skulle vara pinsamt, som om denna fråga skulle vara att anklaga fel person för att uppleva våld i nära relation. Vore ett sådant resonemang rimligt vore det ju också acceptabelt att inte fråga patienter om de har någon blodsmitta med hänvisning till stigmatisering.

Rädslan att förnärma patienten genom att ställa frågan är inte en unik eller ny rädsla bland vårdpersonalen. Det är en rädsla som utgjort en barriär för identifiering av våldsutsatta inom sjukvården sedan 70-talet. Denna rädsla ansågs då som nu inte vara grundad i patientens upplevelse av att få frågan ställd utan snarare i vårdpersonalens (Heron et al, 2021; McCauley et al., 1998; Loring & Smith, 1994; Friedman, 1977; Rounsaville & Weissman, 1977).

Ytterligare en rädsla som togs upp bland vårdpersonal var hur emotionellt betungade ett tillkännagivande skulle kunna vara för vårdpersonalen. Det positiva med detta är att vårdpersonal uttrycker en empati för våldsutsatta, men denna empati blir i realiteten oftare en barriär, och då vårdpersonal kan välja att inte ställa frågan så behöver de inte heller konfrontera den rädslan. Enligt den personcentrerade omvårdnadsteorin är definitionen av en person vem som helst, oavsett profession eller andra yttre attribut. Att förneka att även vårdpersonal har känslor och kämpar med hur man hanterar det man upplever i sin profession genom att ta del av andra personers liv och berättelser skulle vara motsatsen till det personcentrerade förhållningssätt som förespråkas. Att ha empati och att känna att det är emotionellt krävande och betungande är inte ett negativt attribut hos vårdpersonalen. Det är trots allt en upplevd empatilöshet som våldsutsatta uppger som en av de avgörande faktorerna för att inte våga eller vilja tillkännage sin utsatthet. Om vårdpersonalens rädsla inför eventuella emotionella konsekvenser tillåts prioriteras framför de konsekvenser som drabbar den våldsutsattas vore det svårt att bedriva någon vård alls. En humanistisk värdegrund och ett personcentrerat arbetssätt ingår i sjuksköterskeprofessionen, och vårdpersonal i Sverige ska följa hälso- och sjukvårdslagen (HSLF-FS 2022:39; SFS 2017:30; Svensk sjuksköterskeförening 2021; 2017).

Sjukvårdspersonalen har en professionell skyldighet gentemot alla de möter i sin professionella roll. Detta ska gälla även när det riskerar att vara något man kan få emotionella konsekvenser av. Våldsutsatta lever i ett konstant maktunderläge. Maktunderläge beskrivs även i den personcentrerade omvårdande relationen mellan vårdpersonal och patienter. Det underläge våldsutsatta upplever kan vårdpersonal välja att försöka utjämna för att lyfta upp den våldsutsatta så att hon kan se möjligheter till ett nytt liv utan våldsutövaren. Det är ett privilegium att kunna vara den som erbjuder hjälp istället för den som behöver hjälp. Det privilegiet kommer med en skyldighet enligt lag och etiska koder som inte rättfärdigar att rädslor är barriärer för handlande i vårdpersonals professionella roll (HSLF-FS 2022:39; Socialstyrelsen, 2022b; SFS 2017:30; Svensk sjuksköterskeförening 2021; 2017).

I tre av studierna lyftes vårdpersonals säkerhet upp. Denna farhåga eller oro är ett övervägande som görs dagligen världen över i länder där krig och katastrofer utgör direkta faror för vårdpersonal. Vårdpersonal har ett professionellt ansvar att hjälpa, men denna

hjälp ska inte behöva innebära fara för eget liv. Rädslan för att man ska möta en våldsutövare på vägen hem från arbetet eller dylikt ska inte vara något som en vårdpersonal upplever som en så stor risk att man inte vågar fråga om någon upplever våld i nära relation eller att erbjuda hjälp och stöd till denne. Det finns sätt som detta eventuellt skulle kunna överbryggas. Genom att koda personalens namn i journalanteckningar som finns tillgängliga i den öppna journalen, att namnskyltar inte ska ha både för- och efternamn, skyddad adress som ett alternativ för all vårdpersonal, i ett led att respektera vårdpersonals anonymitet utan att tillintetgöra möjligheten för vårdpersonal att hållas till svars för felbehandlingar är några av författarens förslag på åtgärder.

Sjuksköterskans roll innefattar även ett ansvar att utföra vård och omvårdnad evidensbaserat. Den evidensbaserade vården ska per definition vara grundad i vetenskaplig litteratur och där patientens delaktighet och autonomi inte bara noteras utan även respekteras och följs i största möjliga mån. I kategorin ”utbildning” i resultatet, är just bristen på utbildning en stor barriär som uttrycks av vårdpersonal världen över. Att arbetsgivaren inte erbjudit utbildning i ämnet anses alltså vara en rimlig anledning till att inte identifiera och behandla våldsutsatta. Bristen på utbildning upplevdes som en barriär trots att man redan på 80-talet konstaterat att enbart utbildning av personal inte tillför någon som helst långsiktig effekt på synliggörandet av våldsutsatta (McLeer, 1989). Olika normer presenteras i studierna som analyserats. I den personcentrerade vården ska vårdpersonalen se bortom dessa normer, men för att kunna det behöver vårdpersonalen vara medveten om dessa normer i ett försök att minska dess avfärgning på den objektivitet och professionalism vårdpersonalen ska upprätthålla. I studierna som analyserats uppger många att de inte vet hur ett samtal med en våldsutsatt bör se ut, vilken terminologi som är lämplig att använda, eller vem man bör ställa frågan till. För att överkomma denna barriär uppger deltagarna i flera av studierna som analyserats att standardiserade frågor minskar risken för en negativ upplevelse hos den våldsutsatta. Genom att införa en screeningrutin kan man avdramatisera och normalisera frågan inte bara för vårdpersonal utan även för den våldsutsatta (Rhodes et al, 2007).

Bristen på riktlinjer & styrdokument framkom som en barriär till synliggörandet av våldsutsatta. Att detta skapar osäkerhet och rädslor är inte förvånande. Genom att inte veta vad man ska göra med ett tillkännagivande framställs försöket i att identifiera våldsutsatta i vårdmötet ineffektivt. Det räcker trots allt inte enligt varken vårdpersonalen, patienterna eller evidensen med att endast identifiera våldsutsatta. Handling krävs för en effektiv personcentrerad vård. Risken med att endast identifiera våldsutsatta i vårdmötet men inte upprätta en vårdplan är att den våldsutsatta vidareutvecklar normaliseringen av våldet hon upplever och att det bidrar till att inte tillkännage våldet vid framtida vårdtillfällen (Duchesne et al, 2022; Silva et al, 2022; Svensson, 2017; Loring & Smith 1994; Stark et al, 1979).

En överväldigande majoritet av vårdpersonal i studierna som analyserats i denna översikt uppgav att identifiering och behandling, eller handläggning, av dem som är utsatta för våld i nära relation inte låg i deras ansvarsområde. Detta påstående är inte samstämmigt med varken den personcentrerade omvårdanden, etiska koder, lagar, eller globala överenskommelser om hälso- och sjukvårdens roll. Sjuksköterskans roll innefattar att stärka personers egenmakt, *empowering*, för att i sin tur stärka henne i hennes autonomi. Denna autonomi är tvådelad enligt den personcentrerade omvårdanden. Ena delen är det man kallar för handlingsautonomi, *executional autonomy*. Handlingsautonomi är förmågan att utföra en handling efter hennes beslutsfattandeautonomi, *decisional*

autonomy. Normaliseringen av våldet en våldsutsatt upplever har ofta en negativ inverkan på likväl beslutsfattandeautonomin som handlingsautonomin. Denna barriär i identifiering av våldsutsatta i nära relation är något sjuksköterskan enligt den personcentrerade omvårdnaden, lagar, samt etiska koder har en skyldighet att försöka överbrygga. Att ignorera våldets existens osynliggör våldsutsatta och hjälper förövaren att isolera och fästa sitt grepp över den våldsutsatta. Sjuksköterskan ska i sitt arbete, enligt den personcentrerade vården, lagar och etiska koder, arbeta för att främja och värna personers självständighet. Detta kan göras på så många sätt, men inte genom att ignorera. Vid tillbakablickar på tidigare forskning i ämnet visar det sig att forskningsresultaten skiljer sig åt exceptionellt lite. De barriärer vårdpersonal uppger på 70-talet är desamma som uppges idag. Brist på tid och utbildning, oro över att förnärma patienten, och rädsla för att själv bli emotionellt påverkad är alla exempel som återkommer i decennier av forskning; likaså återkommer fenomenet att man inte frågar patienten i enrum. Även patienternas barriärer inför att berätta är samstämmig genom tiden – sedan årtionden tillbaka är barriärerna för våldsutsatta bland annat att själv identifiera sig som våldsutsatt och att tidigare ha upplevt dåligt bemötande. Normaliseringsprocessen och traumabonding finns också som barriärer för utsatta, även om man ännu inte namngett dessa fenomen i tidig forskning – koncepten som uttrycks är kongruenta.

Ansvarsfrågan är komplex och kräver inte enbart nationell styrning i form av lagar och författningar utan även en möjlighet för de som ska vara ansvariga för synliggörandet och vården av våldsutsatta. Studier från våldsutsattas perspektiv visar att preferensen hos de våldsutsatta är att sjuksköterskan ska vara ansvarig för synliggörandet och omvårdnaden (Silva et al, 2022). Sjuksköterskan är omvårdnadsansvarig och anses ofta vara teamledaren. Sjuksköterskan är ofta första ledet i kontakten med sjukvården, exempelvis i kontakten med akutsjukvården då det är sjuksköterskan som ansvarar för triageringen av patienterna i väntan på läkare. Sjuksköterskan ansvarar även för den kontinuerliga kontakten med sjukvården, exempelvis som kontaktsjuksköterska. Det är även sjuksköterskan som tillsammans med undersköterskan arbetar närmast patienten och som ofta tillbringar mer tid med patienten än andra professioner i sjukvården. Då tillit till den som ställer frågan anses vara en av nyckelfaktorerna för att synliggöra våldsutsatta så kan det argumenteras för att sjuksköterskan även har störst möjlighet till att nå ut till de våldsutsatta och möjliggöra för en tillåtande och trygg atmosfär (Silva et al, 2022; Heron & Eisma, 2021; Heron et al, 2021).

Enligt HSLF-FS 2022:39 är det sjukvården, tandvården och socialtjänstens ansvar synliggöra och dra försorg om våldsutsatta. Sjukvården är dock i realiteten den instans som oftast möter våldsutsatta; dels eftersom de våldsutsatta oftare, och på eget initiativ, uppsöker sjukvården än de övriga instanserna. Detta på grund av att fysiskt våld ofta resulterar i skador som kräver sjukvård. Det har visat sig att en majoritet av våldsutsatta som sedermera blir mördade av sin förövare sökt akutsjukvård för skador relaterade till våld i nära relation, två år innan de bragts om livet (UNDOC, 2021; Hackenberg et al, 2019; Crandall, 2004; Wadman & Mulleman, 1999). Sjuksköterskan har i sin profession vanligtvis både den första och den mer långvariga kontakten med patienten. Således ter det sig lämpligt att just sjuksköterskan har störst möjlighet av alla ovan nämnda professioner att initiera hjälp för den våldsutsatta mot ett liv utan förövaren.

Metoddiskussion

Flera databaser användes för artikelsökning. Att använda sig av flera databaser vid artikelsökningar kan stärka tillförlitligheten. Är det dessutom så att artiklar återkommer i sökresultatet i multipla databaser, kan dessa sökresultat anses öka litteraturöversiktens

trovärdighet och tillförlitlighet (Henricson, 2017). Enligt Henricsson (2017) kan litteraturoversiktens validitet påverkas negativt av att inkludera studier som inte använt sig av samma typ av design. Å andra sidan kan det leda till större insikt i ämnet och göra överblicken mer täckande. Det senare menar även Forsberg och Wengström (2016), som gör gällande att man genom att inkludera heterogena metoder kan få en mer mångfacetterad uppfattning om problemet. Urvalet exkluderade den äldre populationen som upplever våld i nära relationer. Den begränsningen innebär att resultaten inte kan överföras till den gruppen.

Kvalitetsgranskningen av artiklarna var generellt svårutförd. Mallen upplevdes som otydlig och svårapplicerad relaterat till de öppningar för subjektiva bedömningar den lämnar; exempelvis graderas kvaliteten efter antal studiedeltagare, men mallen specificerar inte vilket antal som anses tillhöra vilken kvalitet. Liknande exempel genomsyrar mallen, varför den upplevdes som ett otillräckligt bedömningsinstrument för kvalitetsgranskning. Detta tillför inte bara onödigt arbete för författaren, utan påverkar även studiens tillförlitlighet (Henricson, 2017). Då kvalitetsgranskningen dessutom utfördes av en ensam författare försvårades genomförandet; dessutom riskerar det att sänka trovärdigheten och pålitligheten för resultatet av granskningen (Rosén, 2017). Kvalitetsgranskningsmallens vaghet i hur den ska användas och vad som krävs för bedömningen enligt den tregradiga skalan resulterar i att risken för bias ökar markant, detta kombinerat med att endast en författare kvalitetsgranskade artiklarna kan ha medfört att artiklar som har kunnat vara av betydelse för resultatet exkluderats. Kunskapen och erfarenheten hos medlemmarna i handledningsgruppen samt handledaren användes i ett vägledande syfte då dessa hade mer erfarenhet om hur kvalitetsgranskningsmallen kunde användas. Endast 15 av de 40 artiklarna som identifierades kvalitetsgranskades. Bortfallet av resterande 25 artiklar är således inte motiverade av gallring och kvalitetsgranskning gjord av författaren, något som minskar risken för att bortfallet berott på författarens bias. Författaren gjorde bedömningen att bortfallet då det inte var systematiskt torde ha ringa betydelse för resultatet då den genomgångna litteraturen varit samstämmig de senaste 50 åren. Barriärerna för sjukvårdspersonalen samt våldsutsatta har inte nämnvärt förändrats.

Slutsats

Sjukvården står inför liknande utmaningar och barriärer som identifierades på 70-talet. Då våldsutsatta uppsöker sjukvård oftare än de som inte är våldsutsatta behöver identifieringen och omhändertagandet av denna patientgrupp optimeras. Den här litteraturoversikten kom fram till att inte bara synliggörandet av våldsutsatta, utan även omhändertagandet av desamma, behöver förbättras. Utbildning av sjukvårdspersonal och fastställda rutiner i omhändertagandet bryter två av de mest nämnda barriärerna i de analyserade artiklarna. Från patienternas perspektiv uppges empati hos sjukvårdspersonalen som en nyckel som öppnar dörren för tillkännagivande och vilja att ta emot hjälpen som erbjuds.

Fortsatta studier

Då ämnet är välutforskat borde det vara någorlunda okontroversiellt att påstå att tillräcklig skildring av barriärerna redan finns. Det som sannolikt skulle kunna göra större reell skillnad är forskning på tillvägagångssätt för att överkomma vårdpersonals barriärer samt upprätta mer generellt tillämpbara strategier; främja förmågan att vidta åtgärder och undersöka metoder för att bidra till en säkrare uppbrottsprocess. Även forskning inom normer, normmedvetenhet och normkritik skulle kunna gynna våldsutsattas situation både kort- och långsiktigt då många av studieresultaten pekar på att identifiering av våldsutsatta uteblir på grund av vårdpersonalens förutfattade meningar om vilken typ av person det är som blir våldsutsatt, samt skammen det medför.

Klinisk tillämpbarhet

Då studierna visar att brist på riktlinjer verkar som en barriär för vårdpersonal kan litteraturöversiktens resultat vara kliniskt tillämpbart genom att påvisa vikten av införandet av sådana riktlinjer. Exempel kan vara påminnelser om screening, integrerade systematiska åtgärder som exempelvis SoL-anmälningar (till skillnad från att det som nu är upp till individuell vårdpersonal huruvida man gör en sådan anmälan eller inte); samt ökade utbildningstillfällen då studier visar att enstaka tillfällen inte ökar kunskaperna nämnvärt. Frågan behöver hållas levande till dess att den blivit en del av vedertagna rutiner.

REFERENSER

*Alla artiklar som är inkluderade i resultatet är märkta med en asterisk **

*Al-Natour, A., Qandil, A., & Gillespie, G. L. (2016). Nurses' roles in screening for intimate partner violence: a phenomenological study. *International nursing review*, 63(3), 422–428. <https://doi.org/10.1111/inr.12302>

* Al-Natour, A., Gillespie, G. L., Felblinger, D., & Wang, L. L. (2014). Jordanian nurses' barriers to screening for intimate partner violence. *Violence against women*, 20(12), 1473–1488. <https://doi.org/10.1177/1077801214559057>

* Anguzu, R., Cassidy, L. D., Beyer, K., Babikako, H. M., Walker, R. J., & Dickson-Gomez, J. (2022). *Facilitators and barriers to routine intimate partner violence screening in antenatal care settings in Uganda*. *BMC health services research*, 22(1), 283. <https://doi.org/10.1186/s12913-022-07669-0>

Azam Ali, P., & Naylor, P. B. (2013). *Intimate partner violence: A narrative review of the feminist, social and exological explanations for its causation*. In *Aggression and Violent Behavior* (Vol. 18, Issue 6, pp. 611-619). Elsevier BV. <http://doi.org/10.1016/j.avb.2013.07.009>

Berg, A., Dencker, K., & Skärsäter, I. (1999). Evidensbaserad omvårdnad: Vid behandling av personer med depressionssjukdomar (Evidensbaserad omvårdnad, 1999:3). SBU, SFF.

Bieneck, S., & Krahe, B. (2011). Blaming the Victim and Exonerating the Perpetrator in Cases of Rape and Robbery: Is There a Double Standard? *Journal of Interpersonal Violence*, 26(9), 1785–1797. <https://doi.org/10.1177/0886260510372945>

Björner, A., & Eriksson, K. (u.å). *Boolesk algebra och booleska funktioner*. Institutionen för matematik, KTH. <https://people.kth.se/~boij/5B1118/>

Brottsförebyggande rådet. (2022a). *Anmälda brott 2021*. https://bra.se/download/18.146acb6517fd55784016f2/1653313416347/Statistikrapport_anmalda_2021.pdf

Brottsförebyggande rådet. (2022b). *Konstaterade fall av dödligt våld 2021*. https://bra.se/download/18.146acb6517fd5578401854/1653313576727/Statistikrapport_D%C3%B6dligtv%C3%A5ld_2021.pdf

Brottsförebyggande rådet. (2022c). *Våld i nära relationer*. Hämtad 18 september, 2022, från <https://bra.se/statistik/statistik-utifran-brottstyper/vald-i-nara-relationer.html>

Casassa, K., Knight, L., & Mengo, C. (2022). Trauma Bonding Perspectives From Service Providers and Survivors of Sex Trafficking: A Scoping Review. *Trauma, violence & abuse*, 23(3), 969–984. <https://doi.org/10.1177/1524838020985542>

- Crandall, M. L., Nathens, A. B., Kernic, M. A., Holt, V. L., & Rivara, F. P. (2004). Predicting future injury among women in abusive relationships. *The Journal of trauma*, 56(4), 906–912. <https://doi.org/10.1097/01.ta.0000111753.45748.e8>
- Dahlberg, K., & Segesten, K. (2010). *Hälsa och vårdande: i teori och praxis*. Natur & Kultur Akademisk.
- Daoud, N., Kraun, L., Sergienko, R., Batat, N., Shoham-Vardi, I., Davidovitch, N., & Cohen, A. (2020). Patterns of healthcare services utilization associated with intimate partner violence (IPV): Effects of IPV screening and receiving information on support services in a cohort of perinatal women. *PloS one*, 15(1), e0228088. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0228088>
- Duchesne, E., Nathoo, A., Walker, M., & Bartels, S. A. (2022). Patient and Provider Emergency Care Experiences Related to Intimate Partner Violence: A Systematic Review of the Existing Evidence. *Trauma, Violence, & Abuse*, 0(0). <https://doi.org/10.1177/15248380221118962>
- European Union Agency for Fundamental Rights [FRA]. (2015). *Violence against women: an EU-wide survey*. https://fra.europa.eu/sites/default/files/fra_uploads/fra-2014-vaw-survey-main-results-apr14_en.pdf
- Finnström, B. (2014). Den professionella sjuksköterskan i dagens vård. I E. Dahlborg Lyckhage (Red.), *Att bli sjuksköterska* (2. uppl., ss. 59-84). Studentlitteratur.
- Forsberg, C., & Wengström, Y. (2016). Att göra systematiska litteraturstudier: värdering, analys och presentation av omvårdnadsforskning. Stockholm: Natur och Kultur.
- Fossum, B. (2019). *Kommunikation: Samtal och bemötande i vården*. (3:e uppl). Studentlitteratur.
- Friberg, F. (2012). Att göra en litteraturoversikt I F. Friberg (Red.). *Dags för uppsats: Vägledning för litteraturbaserade examensarbeten*. (2. uppl., ss. 133- 144).
- Friedman K. O. (1977). The image of battered women. *American journal of public health*, 67(8), 722–723. <https://doi.org/10.2105/ajph.67.8.722>
- Försäkringskassan. (2021). *Vårt uppdrag att motverka våld: Du har rätt till ett liv fritt från våld*. Hämtad 2 september, 2022, från <https://www.forsakringskassan.se/press/vart-uppdrag-att-motverka-vald/du-har-ratt-till-ett-liv-fritt-fran-vald>
- Gravelin, C. R., Biernat, M., & Bucher, C. E. (2019). Blaming the Victim of Acquaintance Rape: Individual, Situational, and Sociocultural Factors. In *Frontiers in Psychology* (Vol. 9). Frontiers Media SA. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2018.02422>
- Hackenberg, E., Sallinen, V., Handolin, L., & Koljonen, V. (2019). *Victims of Severe Intimate Partner Violence Are Left Without Advocacy Intervention in Primary Care Emergency Rooms: A Prospective Observational Study*. *Journal of interpersonal violence*, 36(15-16), 7832–7854. <https://doi.org/10.1177/0886260519837649>

Henricson, M. (2017). Diskussion. I M. Henricson (Red.), *Vetenskaplig teori och metod: Från ide till examination inom omvårdnad* (2. uppl., ss. 411-420). Lund: Studentlitteratur

Heron, R. L., & Eisma, M. C. (2021). Barriers and facilitators of disclosing domestic violence to the healthcare service: A systematic review of qualitative research. *Health & social care in the community*, 29(3), 612–630. <https://doi.org/10.1111/hsc.13282>

Heron, R. L., Eisma, M. C., & Browne, K. (2021). Barriers and Facilitators of Disclosing Domestic Violence to the UK Health Service. In *Journal of Family Violence* (Vol. 37, Issue 3, pp. 533–543). Springer Science and Business Media LLC. <https://doi.org/10.1007/s10896-020-00236-3>

Holopainen, G., Kasén, A., & Nyström, L. (2015). Caring Elements in the Short Encounter. In *International Journal for Human Caring* (Vol. 19, Issue 4, pp. 50–55). Springer Publishing Company. <https://doi.org/10.20467/1091-5710-19.4.50>

HSLF-FS 2022:39. (2022). *Gemensamma författningssamlingen avseende hälso- och sjukvård, socialtjänst, läkemedel, folkhälsa m.m.* <https://www.socialstyrelsen.se/globalassets/sharepoint-dokument/artikelkatalog/foreskrifter-och-allmanna-rad/2022-6-7967.pdf>

Hydén M. (1995). *Kvinnomisshandel inom äktenskapet: Mellan det omöjliga och det möjliga*. Liber.

*Ibrahim, E., Hamed, N., & Ahmed, L. (2021). Views of primary health care providers of the challenges to screening for intimate partner violence, Egypt. *Eastern Mediterranean health journal = La revue de sante de la Mediterranee orientale = al-Majallah al-sihhiyah li-sharq al-mutawassit*, 27(3), 233–241. <https://doi.org/10.26719/emhj.20.125>

Isdal, P. (2001). *Meningen med våld*. Gothia.

Jasinski, J. L. (2001). Theoretical explanations for violence against women. In Renzetti, C. M., Edleson, J. L., & Kennedy Bergen R. (ed.). *Sourcebook on violence against women*. (pp. 5 – 21). Sage publications.

Karolinska intitutet. (2022). *Söka & Värdera: Systematiska översikter*. Hämtad 21 september, 2022, från <https://kib.ki.se/soka-vardera/systematiska-oversikter>

Kirk, L., & Bezzant, K. (2020). *What barriers prevent health professionals screening women for domestic abuse? A literature review*. *British journal of nursing* (Mark Allen Publishing), 29(13), 754–760. <https://doi.org/10.12968/bjon.2020.29.13.754>

Kjellström, S. (2017). Forskningsetik. I M. Henricson (Red.), *Vetenskaplig teori och metod: Från idé till examination inom omvårdnad*. (2 uppl., ss. 57-80). Studentlitteratur.

Kothari, C. L., & Rhodes, K. V. (2006). *Missed opportunities: emergency department visits by police-identified victims of intimate partner violence*. *Annals of emergency medicine*, 47(2), 190–199. <https://doi.org/10.1016/j.annemergmed.2005.10.016>

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

Kvinnofridsjouren Frideborg. (u.å.). *Det här är våld*. Hämtad 2 september, 2022, från <https://www.frideborg.se/det-hr-r-vld>

Loring, M. T., & Smith, R. W. (1994). Health care barriers and interventions for battered women. *Public health reports (Washington, D.C. : 1974)*, 109(3), 328–338.

Lundgren, E. (2012). *Våldets normaliseringsprocess och andra våldsförståelser*. (3 uppl.). ROKS.

* Mackenzie, M., Gannon, M., Stanley, N., Cosgrove, K., & Feder, G. (2019). ‘You certainly don’t go back to the doctor once you’ve been told, “I’ll never understand women like you.”’ Seeking candidacy and structural competency in the dynamics of domestic abuse disclosure. In *Sociology of Health & Illness*. Wiley. <https://doi.org/10.1111/1467-9566.12893>

Mattsson, T. (2016). Motstånd och neutralisering. Kön, makt och professionalitet i arbetet med våld i nära relationer. In *Socialvetenskaplig tidskrift* (Vol. 20, Issues 3–4). Linköping University Electronic Press. <https://doi.org/10.3384/svt.2013.20.3-4.2433>

McCance, T., McCormack, B., & Dewing, J. (2011). An Exploration of Person-Centredness in Practice. In *OJIN: The Online Journal of Issues in Nursing* (Vol. 16, Issue 2). American Nurses Association. <https://doi.org/10.3912/ojin.vol16no02man01>

McCauley, J., Yurk, R. A., Jenckes, M. W., & Ford, D. E. (1998). Inside "Pandora's box": abused women's experiences with clinicians and health services. *Journal of general internal medicine*, 13(8), 549–555. <https://doi.org/10.1046/j.1525-1497.1998.00166.x>

McCormack, B., & McCance, T. (2010). *Person-Centered Nursing: Theory and Practice*. Wiley-Blackwell.

McLeer, S. V., & Anwar, R. (1989). A study of battered women presenting in an emergency department. *American Journal of Public Health*, 79(1), 65-66.

Montesanti, S. R., & Thurston, W. E. (2015). Mapping the role of structural and interpersonal violence in the lives of women: implications for public health interventions and policy. *BMC women's health*, 15, 100. <https://doi.org/10.1186/s12905-015-0256-4>

National Encyklopedin. (u.åa.). *Norrmalmstorgsdramat*. <https://www.ne.se/uppslagsverk/encyklopedi/l%C3%A5ng/norrmalmstorgsdramat>

National Encyklopedin. (u.åb). *Nurnbergsprocessen*. Hämtad 7 oktober, 2022, från <https://www.ne.se/uppslagsverk/encyklopedi/enkel/nurnbergsprocessen>

National Encyklopedin. (u.åc). *Vipeholms sjukhus*. Hämtad 7 oktober, 2022, från <https://www.ne.se/uppslagsverk/encyklopedi/l%C3%A5ng/vipeholms-sjukhus>

National Encyklopedin. (u.å.d). *Helsingforsöverenskommelsen*. Hämtad 7 oktober, 2022, från <https://www.ne.se/uppslagsverk/encyklopedi/l%C3%A5ng/helsingfors%C3%B6verenskommelsen>

National Encyklopedin. (u.å.e). *Bemötande*. Hämtad 7 oktober, 2022, från <https://www.ne.se/uppslagsverk/ordbok/svensk/bem%C3%B6tande>

Polisen. (2020). *Det här är brott i nära relation*. Hämtad 2 januari, 2023, från <https://polisen.se/utsatt-for-brott/olika-typer-av-brott/brott-i-nara-relation/vad-raknas-som-brott-i-en-nara-relation/>

Polit, D. F., & Beck C. T. (2017). *Nursing research: Generating and assessing evidence for nursing practice* (10th ed.). I M. Lippincott Williams & Wilkins.

*Poreddi, V., Gandhi, S., S, S. N. R., Palaniappan, M., & BadaMath, S. (2020). *Violence against women with mental illness and routine screening: Nurses' knowledge, confidence, barriers and learning needs*. *Archives of Psychiatric Nursing*, 34(5), 398–404. <https://doi.org/10.1016/j.apnu.2020.07.015>

*Portnoy, G. A., Colon, R., Gross, G. M., Adams, L. J., Bastian, L. A., & Iverson, K. M. (2020). *Patient and provider barriers, facilitators, and implementation preferences of intimate partner violence perpetration screening*. *BMC health services research*, 20(1), 746. <https://doi.org/10.1186/s12913-020-05595-7>

Regeringskansliet. (2021). *Nya uppdrag till BRÅ: Kvalitetsgranskning av statistiken över anmäld misshandel och stöd kring kartläggning om våld i nära relationer*. Hämtad 19 september, 2022, från <https://www.regeringen.se/pressmeddelanden/2021/10/nya-uppdrag-till-bra-kvalitetsgranskning-av-statistiken-over-anmald-misshandel-och-stod-kring-kartlaggning-om-vald-i-nara-relationer/>

Reid, J.A., Haskell, R.A., Dillahunt-Aspillaga, C., & Thor, J. (2013). Contemporary review of empirical and clinical studies of trauma bonding in violent or exploitative relationships. *Journal of Psychology Research*, 8, 37.

Rhodes, K. V., Frankel, R. M., Levinthal, N., Prenoveau, E., Bailey, J., & Levinson, W. (2007). *"You're not a victim of domestic violence, are you?" Provider patient communication about domestic violence*. *Annals of internal medicine*, 147(9), 620–627. <https://doi.org/10.7326/0003-4819-147-9-200711060-00006>

* 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.

Rosén, M. (2017). Systematisk litteraturöversikt. I M. Henricson (Red.), *Vetenskaplig teori och metod – från idé till examination inom omvårdnad*. (ss. 375-389). Lund: Studentlitteratur.

Rounsaville, B., & Weissman, M. M. (1977). Battered women: a medical problem requiring detection. *International journal of psychiatry in medicine*, 8(2), 191–202. <https://doi.org/10.2190/cdhj-dplg-183q-t0b8>

*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: AENJ*, 20(2), 82–86. <https://doi.org/10.1016/j.aenj.2017.02.001>

SFS 2003:460. *Lag om etikprovning av forskning som avser människor*. Hämtad 7 oktober, 2022, från https://www.riksdagen.se/sv/dokument-lagar/dokument/svensk-forfattningssamling/lag-2003460-om-etikprovning-av-forskning-som_sfs-2003-460

SFS 2017:30. *Hälso- och sjukvårdslag*. Hämtad 8 oktober, 2022, från https://www.riksdagen.se/sv/dokument-lagar/dokument/svensk-forfattningssamling/halso-och-sjukvardslag_sfs-2017-30

SFS 2009:400. *Offentlighets- och sekretesslag*. Riksdagen. Hämtad 20 december, 2022, från https://www.riksdagen.se/sv/dokument-lagar/dokument/svensk-forfattningssamling/offentlighets--och-sekretesslag-2009400_sfs-2009-400

SFS 2001:453. *Socialtjänstlag*. Hämtad 8 oktober, 2022, från https://www.riksdagen.se/sv/dokument-lagar/dokument/svensk-forfattningssamling/socialtjanstlag-2001453_sfs-2001-453

Shuster E. (1997). Fifty years later: the significance of the Nuremberg Code. *The New England journal of medicine*, 337(20), 1436–1440. <https://doi.org/10.1056/NEJM199711133372006>

Silva, T., Agampodi, T., Evans, M., Knipe, D., Rathnayake, A., & Rajapakse, T. (2022). Barriers to help-seeking from healthcare professionals amongst women who experience domestic violence - a qualitative study in Sri Lanka. *BMC public health*, 22(1), 721. <https://doi.org/10.1186/s12889-022-13116-w>

Sinha, P., Gupta, U., Singh, J., & Srivastava, A. (2017). Structural Violence on Women: An Impediment to Women Empowerment. *Indian journal of community medicine : official publication of Indian Association of Preventive & Social Medicine*, 42(3), 134–137. https://doi.org/10.4103/ijcm.IJCM_276_15

Socialstyrelsen. (2022a). *Våld i nära relationer*. Hämtad 20 november, 2022 från <https://www.socialstyrelsen.se/kunskapsstod-och-regler/omraden/vald-och-brott/vald-i-nara-relationer/>

Socialstyrelsen. (2022b). *Nya föreskrifter och allmänna råd om våld i nära relationer*. <https://www.socialstyrelsen.se/globalassets/sharepoint-dokument/artikelkatalog/meddelandeblad/2022-6-8012.pdf>

Sprague, S., Madden, K., Simunovic, N., Godin, K., Pham, N. K., Bhandari, M., & Goslings, J. C. (2012). Barriers to screening for intimate partner violence. *Women & health*, 52(6), 587–605. <https://doi.org/10.1080/03630242.2012.690840>

Stark E, Flitcraft A, Frazier W. (1979). Medicine and Patriarchal Violence: The Social Construction of a "Private" Event. *International Journal of Health Services*. 1979;9(3):461-493. doi:10.2190/KTLU-CCU7-BMNQ-V2KY

*Sundborg, E., Törnkvist, L., Saleh-Statinn, N., Wändell, P., & Hylander, I. (2017). *To ask, or not to ask: the hesitation process described by district nurses encountering women exposed to intimate partner violence*. *Journal of clinical nursing*, 26(15-16), 2256–2265. <https://doi.org/10.1111/jocn.12992>

*Sutherland, M. A., Hutchinson, M. K., Fantasia, H. C., Si, B., & Jiang, L. (2020). Are We Asking? Nurse Practitioners' Interpersonal Violence Screening Practices. *Journal for Nurse Practitioners*, 16(9), 683–688. <https://doi.org/10.1016/j.nurpra.2020.07.023>

Svenska akademins ordbok. (2019). *Våld*. https://saob.se/artikel/?unik=V_1583-0177.5V63&pz=8

Svensk sjuksköterskeförening. (2021). *ICN:s etiska kod för sjuksköterskor*. <https://www.swenurse.se/download/18.7104a0bd1817fce0092f0132/1656659417909/A4%20ICN%20Etiska%20kod%20enkelsidor.pdf>

Svensk sjuksköterskeförening. (2017). *Kompetensbeskrivning för legitimerad sjuksköterska*. <https://www.swenurse.se/download/18.9f73344170c003062317be/1584025404390/kompetensbeskrivning%20legitimerad%20sjuksk%C3%B6terska%202017.pdf>

Svensk sjuksköterskeförening. (2016). *Värdegrund för omvårdnad*. <https://www.swenurse.se/download/18.9f73344170c003062314be/1584005152878/v%C3%A4rdegrund%20f%C3%B6r%20omv%C3%A5rdnad%20reviderad%202016.pdf>

Svensk sjuksköterskeförening. (2011). *Evidensbaserad vård och omvårdnad*. <https://swenurse.se/download/18.21c1e38d175977459261527b/1605099405072/Evidensbaserad%20v%C3%A5rd%20och%20omv%C3%A5rdnad.pdf>

Svensson, A. (2017). *Hatrelaterade trauman: Bemötande, stöd och behandling*. Studentlitteratur.

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

Tilden VP, Schmidt TA, Limandri BJ, Chiodo GT, Garland MJ, & Loveless PA. (1994). Factors that influence clinicians' assessment and management of family violence. *American Journal of Public Health*, 84(4), 628–633. <https://doi.org/10.2105/AJPH.84.4.628>

United Nations Office on Drugs and Crime [UNODC] (2021) *Data Matters N0. 3: Killings of women and girls by their intimate partner or other family members - Global estimates 2020*. https://www.unodc.org/documents/data-and-analysis/statistics/crime/UN_BriefFem_251121.pdf

University of North Carolina at Chapel Hill. (2023). *Nuremberg Code*. Hämtad 28 augusti, 2023, från https://research.unc.edu/human-research-ethics/resources/ccm3_019064/

Västra Götalandsregionens kompetenscentrum om våld i nära relationer & Göteborgs stads kompetenscentrum om våld i nära relationer. (2022). *Att dokumentera*. Hämtad 20 januari, 2023, från <https://www.valdinararelationer.se/tand-halso-sjukvard/att-dokumentera/>

Wadman, M. C., & Muelleman, R. L. (1999). Domestic violence homicides: ED use before victimization. *The American journal of emergency medicine*, 17(7), 689–691. [https://doi.org/10.1016/s0735-6757\(99\)90161-4](https://doi.org/10.1016/s0735-6757(99)90161-4)

Wennstam, K. (2022). *Flickan och skulden: En bok om samhällets syn på våldtäkt*. Albert Bonniers Förlag.

Wiklund Gustin, L. (2020). *Psykologi för sjuksköterskor*. (2. uppl.). Studentlitteratur.

Willman, A., Bahtsevani, C., Nilsson, R., & Sandström, B. (2016). Evidensbaserad omvårdnad: En bro mellan forskning och klinisk praktik (4. uppl.). Studentlitteratur.

*Woerner, J., Wyatt, J., & Sullivan, T. P. (2019). *If You Can't Say Something Nice: A Latent Profile Analysis of Social Reactions to Intimate Partner Violence Disclosure and Associations With Mental Health Symptoms*. *Violence against women*, 25(10), 1243–1261. <https://doi.org/10.1177/1077801218811681>

WONSA: World of no sexual abuse. (2021). *Talande fakta: Ord och siffror om sexuella övergrepp i Sverige 2015–2019*. <https://www.wonsa.se/media/nymfiiu5/5-talandefakta2020-pdf.pdf>

World Health Organization [WHO]. (2021). *Violence Against Women Prevalence Estimates, 2018*. <https://www.who.int/publications/i/item/9789240022256>

World Health Organization [WHO]. (2013). *Responding to Intimate Partner Violence and Sexual Violence Against Women*. World Health Organization, Geneva.

BILAGA A DATABASSÖKNINGAR

Datum Databas	Sökord	Avgränsningar	Antal träffar	Antal lästa abstrakt	Antal lästa artiklar	Antal ink. artiklar
220927 PubMed	((("Domestic Violence"[Mesh:NoExp]) OR ("Intimate Partner Violence"[Mesh])) AND (Screening[Title/Abstract]) AND ("Primary Health Care"[Mesh]))	10 år English Abstracts Fulltext	51	19	13	3
220927 PubMed	((("Domestic Violence"[MeSH Terms:noexp] OR ("Intimate Partner Violence"[MeSH Terms])) AND ("disclosure"[MeSH Major Topic] OR "mass screening"[MeSH Terms]))	10 år English Abstracts Fulltext	343	119	20	4
220927 CINAHL	(MH "Domestic Violence") OR (MH "Intimate Partner Violence") AND Barrier* AND Screening	10år English Abstracts Full Text Peer Reviewed	81	20	10	4
Manuell sökning		10år English Abstracts Full Text Peer Reviewed	5	5	2	2
TOTALT			477	163	45	13

BILAGA B GALLRING

Sökning	(((("Domestic Violence"[Mesh:NoExp]) OR ("Intimate Partner Violence"[Mesh])))		(((("Domestic Violence"[MeSH Terms:noexp]) OR ("Intimate Partner Violence"[MeSH Terms])))		(MH "Domestic Violence") OR (MH "Intimate Partner Violence"))		Manuella sökningar:
	AND		AND		AND		
	(Screening[Title/Abstract])		("Disclosure"[MeSH Major Topic] OR "Mass Screening"[MeSH Terms]))		Barrier*		
	AND				AND		
	("Primary Health Care"[Mesh]))				Screening		
Träffar	51		343		81		
Gallring 1	18		26		10		
Gallring 2	3 SVP	9 Pat	9 SVP	11 Pat	5 SVP	3 Pat	2st
Inkl. i resultatet	XX	XX	XX	XX	XX	XX	

Gallring 1: Titel och abstracts

Gallring 2: Borttagning av dubletter. Särskiljning baserat på perspektiv: SVP = Sjukvårdspersonal, Pat = Patient

Inkl. i resultatet: 13st artiklar inkluderades i resultatet. Dessa kvalitetsgranskades och finns redovisade i Matris

BILAGA C KVALITETSGRANSKNINGSMALL

Sophiahemmet Högskolas bedömningsunderlag för vetenskaplig klassificering samt kvalitet avseende studier med kvantitativ och kvalitativ metodansats, modifierad utifrån Berg, Dencker och Skärsäter (1999) och Willman, Bahtsevani, Nilsson och Sandström (2016).

KOD OCH KLASSIFICERING	VETENSKAPLIG KVALITET		
	I = Hög kvalitet	II = Medel	III = Låg kvalitet
Randomiserad kontrollerad studie/Randomised controlled trial (RCT) är prospektiv och innebär jämförelse mellan en kontrollgrupp och en eller flera experimentgrupper.	Större väl planerad och väl genomförd multicenterstudie med adekvat beskrivning av protokoll, material och metoder inklusive behandlingsteknik. Antalet deltagare tillräckligt stort för att besvara frågeställningen. Adekvata statistiska metoder.	*	Randomiserad studie med få deltagare och/eller för många delstudier, vilket ger otillräcklig statistisk styrka. Bristfälligt antal deltagare, otillräckligt beskrivet eller stort bortfall.
Klinisk kontrollerad studie/Clinical controlled trial (CCT) är prospektiv och innebär jämförelse mellan kontrollgrupp och en eller flera experimentgrupper. Är inte randomiserad.	Väl planerad och väl genomförd studie med adekvat beskrivning av protokoll, material och metoder inklusive behandlingsteknik. Antalet deltagare tillräckligt stort för att besvara frågeställningen. Adekvata statistiska metoder.	*	Begränsat/för få deltagare, metoden otillräckligt beskriven, brister i genomförande och tveksamma statistiska metoder.
Icke- kontrollerad studie (P) är prospektiv men utan relevant och samtida kontrollgrupp.	Väl definierad frågeställning, tillräckligt antal deltagare och adekvata statistiska metoder.	*	Begränsat/för få deltagare, metoden otillräckligt beskriven, brister i genomförande och tveksamma statistiska metoder.
Retrospektiv studie (R) är en analys av historiskt material som relateras till något som redan har inträffat, exempelvis journalhandlingar.	Antal deltagare tillräckligt stort för att besvara frågeställningen. Väl planerad och väl genomförd studie med adekvat beskrivning av protokoll, material och metoder.	*	Begränsat/för få deltagare, metoden otillräckligt beskriven, brister i genomförande och tveksamma statistiska metoder.
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).	Klart beskriven kontext. Motiverat urval. Väl beskriven urvalsprocess, datainsamlingsmetod, transkriberingsprocess och analysmetod. Beskrivna tillförlitlighets/ reliabilitetshänsyn. Interaktionen mellan data och tolkning påvisas. Metodkritik.	*	Dåligt/vagt formulerad frågeställning. Deltagargruppen är otillräckligt beskriven. Metod/analys otillräckligt beskriven. Bristfällig resultatredovisning.

* Några av kriterierna utifrån I = Hög kvalitet är inte uppfyllda men den vetenskapliga kvaliteten värderas högre än III = Låg kvalitet.

Bilaga D Matris

Författare År (för publikation) Land (där studien genomfördes)	Titel	Syfte	Metod (Design, urval, datainsamling och analys)	Deltagare (bortfall)	Resultat	Typ Kvalitet
Al-Natour, A., Qandil, A., & Gillespie, G. L. (2016). Jordanien	Nurses' roles in screening for intimate partner violence: a phenomenological study.	Att beskriva jordanska sjuksköterskors roll och utövande i screening för våld i nära relationer	<u>Design:</u> Kvalitativ, fenomenologisk ansats <u>Urval:</u> Avsiktligt, sjuksköterskor <u>Datainsamling:</u> Djupgående, semistrukturerade intervjuer <u>Dataanalys:</u> Tematisk, Colaizzi's metod att analysera transkriberingarna för att sortera in i teman.	12 (-)	Jordanska sjuksköterskor anser det av vikt att våldsutsatta identifieras och blir hjälpa. De anser dock att ansvaret att screena per rutin inte åligger dem, detta trots att de uttrycker en medvetenhet om de potentiellt förödande konsekvenserna om identifieringen uteblir för den enskilda våldsutsatta. Motivering till att screena var en förmåga att kunna relatera till att en anhörig skulle kunna vara i behov av just en sådan rutin. Barriär som tas är bland annat konservativa könsroller där kvinnan ska vara tyst och inte tillkännage sin utsatthet, samt att det anses olämpligt för män att screena kvinnor. Ämnen som utbildning och riktlinjer identifierades i studien som bidragande till motvilligheten till att screena per rutin.	K I

Författare År (för publikation) Land (där studien genomfördes)	Titel	Syfte	Metod (Design, urval, datainsamling och analys)	Deltagare (bortfall)	Resultat	Typ Kvalitet
Al-Natour, A., Gillespie, G. L., Felblinger, D., & Wang, L. L. (2014). Jordanien	Jordanian nurses' barriers to screening for intimate partner violence.	Att undersöka sjuksköterskors prevalens och barriärer ... screening för våld i nära relationer. Man ville också jämföra prevalensen med USAs prevalens, samt att ta reda på hur sjuksköterskor som själva upplevt eller upplever våld i nära relation screenar.	<u>Design:</u> Tvärsnittstudie <u>Urval:</u> Stratifierat, slumpmässigt urval. Sjuksköterskor och barnmorskor som härstammar från Jordnien samt från något av de 4 sjukhusen eller vårdcentralen som slumpmässigt valts ut. <u>Datainsamling:</u> Översatta standardiserade formulär; Domestic Violence Health Care Provider Survey (DVHCPS), the Woman Abuse Screening Tool (WAST), samt ett formulär för att fastställa demografin <u>Dataanalys:</u> Beskrivande statistisk analys sammanställt av mjukvara, SSP19.	125 (0)	Den största anledningen (72 procent) till varför personen blir våldsutsatt i nära relation upplevs av sjuksköterskorna vara på grund av den våldsutsattes personlighet. Majoriteten är rädda för sin egen säkerhet om de frågar om skreening. Avsaknad av rutiner och kontakt med socialtjänst bidrog starkt till att inte kunna hjälpa våldsutsatta. Ingen signifikant skillnad mellan hur mycket våldsutsatta och icke-våldsutsatta sjuksköterskor screenar. Nämnvärt är att studien kom fram till att våldsutsatta sjuksköterskor screenar oftare baserat på sökorsaken "kronisk smärta i pelvis" (23,5 procent jämfört 14,3 procent). De screenar i mindre utsträckning baserat på "depression/ängest" (15,4 procent jämfört med 22,4 procent). Amerikanska sjuksköterskor screenade oftare än jordanska sjuksköterskor.	P I

Författare År (för publikation) Land (där studien genomfördes)	Titel	Syfte	Metod (Design, urval, datainsamling och analys)	Deltagare (bortfall)	Resultat	Typ Kvalitet
Anguzu, R., Cassidy, L. D., Beyer, K., Babikako, H. M., Walker, R. J., & Dickson-Gomez, J. (2022). Uganda	Facilitators and barriers to routine intimate partner violence screening in antenatal care settings in Uganda.	Att identifiera barriärer och För screening per rutin.	<u>Design:</u> Kvalitativ <u>Urval:</u> Avsiktligt (typiskt) urval. Legitimerad sjukvårdspersonal (barnmorskor, gynekologer, läkare, överläkare från två offentliga hälso- och sjukvårdsinrättningar. Informanter <u>Datainsamling:</u> Djupgående intervjuer utförda av första författaren. Dessa spelades in och transkriberades ordagrant <u>Dataanalys:</u> Tematisk innehållsanalys med hjälp av datorprogram.	28 (0)	Fyra huvudkategorier: Resources, Awareness and training, lack of awareness of IPV severity, establishing trust. Bristande kunskap och utbildning samt bristande incitament till att ta reda på huruvida patienten upplever våld i nära relation eller inte. Tidsfaktorn hade en negativ inverkan på prevalensen av screening.	K II

Författare År (för publikation) Land (där studien genomfördes)	Titel	Syfte	Metod (Design, urval, datainsamling och analys)	Deltagare (bortfall)	Resultat	Typ Kvalitet
Ibrahim, E., Hamed, N., & Ahmed, L. (2021). Eygpten	Views of primary health care providers of the challenges to screening for intimate partner violence	Att identifiera hinder till screening per rutin hos sjukvårdspersonal	<u>Design:</u> Kvantitativ, Tvärsnitt <u>Urval:</u> Informanterna valdes avsiktligt från slumpmässigt valda inrättningar från varje distrikt i staden. Läkare, sjuksköterskor, socialarbetare. <u>Datainsamling:</u> Enkät <u>Dataanalys:</u> Statistisk	385 (105)	Ingen utbildning i våld i nära relationer trots många år i yrket, bristande kunskaper i uppföljande åtgärder, brist på riktlinjer och att de anser att ansvaret inte ligger deras professionella ansvarsområde. Kvinnlig vårdpersonal i studien uppgav att de uppfattar sig själva som bättre på att screena.	P I
Mackenzie, M., Gannon, M., Stanley, N., Cosgrove, K., & Feder, G. (2019). Skottland	‘You certainly don’t go back to the doctor once you’ve been told, ‘I’ll never understand women like you.’” Seeking candidacy and structural competency in the dynamics of domestic abuse disclosure.	Att beskriva våldsutsattas upplevelse av vårdmöten med allmänläkare.	<u>Design:</u> Kvalitativ <u>Urval:</u> Avsiktligt urval via representanter på Scottish women’s aid samt ASSIST. Informanterna var kvinnor som tidigare upplevt våld i nära relation, samt att de är i ett tryggt skede nu. <u>Datainsamling:</u> Intervjuer som transkriberades och kodades. <u>Dataanalys:</u> Tematisk	32 (-)	Att vårdpersonalen som frågar om våld i nära relation upplevs som genuin och omtänksam är nyckel till ett tillkännagivande. Tidigare negativa upplevelser av ett tillkännagivande, victimblaming, och ett visat ointresse att hjälpa den våldsutsatta ur situationen är barriärer som identifierades av studien.	K II

Författare År (för publikation) Land (där studien genomfördes)	Titel	Syfte	Metod (Design, urval, datainsamling och analys)	Deltagare (bortfall)	Resultat	Typ Kvalitet
Poreddi, V., Gandhi, S., S, S., Palaniappan, M., & BadaMath, S. (2020) Indien	Violence against women with mental illness and routine screening: Nurses' knowledge, confidence, barriers and learning needs.	Kartläggning av vad sjukvårdarna visste om våld, vilka barriärer de upplever för att screena per rutin, vad de ser för lösningar på deras upplevda barriärer.	<u>Design</u> : Kvalitativ <u>Urval</u> : Avsiktligt, sjuksköterskor från psykiatriska avdelningar på ett sjukhus. <u>Datainsamling</u> : Semi-strukturerade intervjuer i grupp och enskilt. <u>Dataanalys</u> : Tematisk, inspelade intervjuer som transkriberades ordagrant	21 (-)	Studien visade att sjuksköterskorna, överlag, hade en grundkunskap i de olika uttrycken för våld i nära relation. Tidsbrist, brist på utbildning och att screena efter våld i nära relation var barriärer som identifierades i studien. Trots detta uppgav många att de skulle screena om det fanns en fastställd rutin.	K I

Författare År (för publikation) Land (där studien genomfördes)	Titel	Syfte	Metod (Design, urval, datainsamling och analys)	Deltagare (bortfall)	Resultat	Typ Kvalitet
Portnoy, G. A., Colon, R., Gross, G. M., Adams, L. J., Bastian, L. A., & Iverson, K. M. (2020). USA	Patient and provider barriers, facilitators, and implementation preferences of intimate partner violence perpetration screening.	Kartläggning av barriärer, facilitatorer, och implementering av att screena för våld i nära relation från våldutsattas och vårdpersonalens perspektiv.	<u>Design:</u> Kvalitativ, induktiv ansats <u>Urval:</u> Avsiktligt, 10st patienter, 29st vårdpersonal som indelades i 6 fokusgrupper <u>Datainsamling:</u> Semi-Strukturerade intervjuer med patienterna, 6st fokusgrupper för vårdgivarna. En intervjuare, en som antecknade den icke-verbala kommunikationen och aktiviteten i rummet, under intervjuerna bekräftar och sammanfattar sin förståelse om vad som sagts med vederbörande. Inspelning och ordagrann transkribering. <u>Dataanalys:</u> Tematisk	39 (-)	Patienterna: Majoriteten har inte blivit screenade förut. De som hade blivit screenade upplevde ofta en avsaknad av en medmänsklighet. De uppger att tidigare negativa upplevelser har en negativ inverkan på att våga tillkännage sin utsatthet. Vårdpersonal: Tidsbrist, inadekvata riktlinjer och rutiner, svårigheter i dokumentation och olika typer av rädslor uppgavs som barriärer.	K I

Författare År (för publikation) Land (där studien genomfördes)	Titel	Syfte	Metod (Design, urval, datainsamling och analys)	Deltagare (bortfall)	Resultat	Typ Kvalitet
Rodriguez, B., & Mandich, M. (2019). USA	What Victims of Domestic Violence Experience in Emergency Departments; a Cross Sectional Study	Undersöka våldsutsattas upplevelse av vårdmötet på en akutmottagning	<u>Design:</u> <u>Urval:</u> Kvinnor som sökt till akutmottagningen, delades in efter initial intervju, i två grupper. De som hade besöksorsak relaterat (13) till våld i nära relationer och de som inte hade det (11) <u>Datainsamling:</u> Enkät med öppna och slutna frågor <u>Dataanalys:</u>	24 (-)	Att bli screenad i närvaro av familjemedlem eller polis upplevs inte som en trygg miljö för den våldsutsatta. Känslan av att personen som screenar är obekvämt eller stressad hade en negativ effekt på vårdmötet. Tillit, empati och känslan av att bli betrodd är viktig för våldsutsatta. fyra av 13 kvinnor med skador relaterade till våld i nära relation blev inte screenade. En berättade att hon hade ett jack i huvudet efter att hon blivit slagen med en pistol, till och med en kvinna med ett mänskligt bitmärke missades att screenas.	P II

Författare År (för publikation) Land (där studien genomfördes)	Titel	Syfte	Metod (Design, urval, datainsamling och analys)	Deltagare (bortfall)	Resultat	Typ Kvalitet
Saberi, E., Eather, N., Pascoe, S., McFadzean, M. L., Doran, F., & Hutchinson, M. (2017). Australien	Ready, willing and able? A survey of clinicians' perceptions about domestic violence screening in a regional hospital emergency department	Kartläggning av upplevda barriärer och fastställda rutiner, samt att undersöka attityden för att screena per rutin är bland personalen inför en intervention studie.	<u>Design:</u> Kvantitativ, tvärsnitt <u>Urval:</u> Sjuksköterskor (61) ST-läkare (4), och At-läkare (6) som arbetade kliniskt på en akutmottagning i Australien. <u>Datainsamling:</u> Webbaserade enkäter <u>Dataanalys:</u> Statistisk, komparativ och beskrivande utfört med mjukvaran IBM SPSS version 22.	72 (-)	Screenas inte per rutin utan görs en bedömning om behov och möjlighet från fall till fall. Brist på adekvat utbildning i screening metoder, riktlinjer, samt tid identifierades. En rädsla för att förolämpa patienten var en stor bidragande faktor.	P II

Författare År (för publikation) Land (där studien genomfördes)	Titel	Syfte	Metod (Design, urval, datainsamling och analys)	Deltagare (bortfall)	Resultat	Typ Kvalitet
Sundborg, E., Törnkvist, L., Saleh- Stattin, N., Wändell, P., & Hylander, I. (2017). Sverige	To ask, or not to ask: the hesitation process described by district nurses encountering women exposed to intimate partner violence.	Förbättra förståelsen av distriktsköterskors upplevelse i mötet med kvinnor som upplever våld i nära relationer.	<u>Design:</u> Kvalitativ <u>Urval:</u> Distriktsköterskor från 20 slumpmässigtvalda vårdcentraler i Stockholm. En sjuksköterska med stor erfarenhet i ämnet adderades efter de 11 initiala intervjuerna utförts. <u>Datainsamling:</u> Djupgående intervjuer med öppna frågor <u>Dataanalys:</u> Grounded Theory	11 + 1 (9)	Osäkerhet, rädslor och okunskap genomsyrade vårdmötet med våldsutsatta. Rädslor för hur de själva skulle må av att höra om den våldsutsattes situation, rädslor för att skämma ut sig själv om de ställer frågan till fel person. Uppfattningar om att personer som har en annan kultur eller är från en äldre generation kanske tycker att det är en godtagbar situation. Känslan av att det inte ligger i deras ansvarsområde som distriktsjuksköterska att ta reda på om patienten upplever våld i nära relation. Brist på styrdokument, och utbildning i hur identifieringen ska gå till och hur ett tillkännagivande ska hanteras.	K I

Författare År (för publikation) Land (där studien genomfördes)	Titel	Syfte	Metod (Design, urval, datainsamling och analys)	Deltagare (bortfall)	Resultat	Typ Kvalitet
Sutherland, M. A., Hutchinson, M. K., Fantasia, H. C., Si, B., & Jiang, L. (2020). USA	Are We Asking? Nurse Practitioners' Interpersonal Violence Screening Practices.	Kartläggning av screeningvanor och vilka faktorer som har en inverkan på hur mycket man screenar.	<u>Design:</u> Kvantitativ, tvärsnittsstudie, <u>Urval:</u> 1000st slumpmässigt utvalda sjuksköterskor registrerade i American Academy of Nurse Practitioners Research Division (AANP) fick förfrågan, endast 170st blev inkluderade i resultatet. <u>Datainsamling:</u> Självskattningsenkät, informanterna fick välja pappers- eller onlineversion. <u>Dataanalys:</u> Statistisk, beskrivande. Sammanställning med mjukvara SPSS 15, bedömning av reliabiliteten med Cronbachs alpha.	170 (830)	Trots en övergripande positiv attityd till screening per rutin uppgav endast ca 19% att de gör detta. Tidskrävande, brist på rutin och utbildning var bland de identifierade barriärerna av sjuksköterskorna i studien.	P II

<p>Taylor, J., Bradbury-Jones, C., Kroll, T., & Duncan, F. (2013). Skottland</p>	<p>Health professionals' beliefs about domestic abuse and the issue of disclosure: a critical incident technique study.</p>	<p>Att belysa vårdpersonals och våldsutsattas kunskaper och upplevelser gällande ett tillkännagivande av våld i nära relationer.</p>	<p><u>Design:</u> Kvalitativ, critical incident-metoden. Fas 1 från vårdpersonalens perspektiv, fas 2 från våldsutsatta/överlevare.</p> <p><u>Urval:</u> <i>Fas 1:</i> Avsiktligt, 11st, barnmorskor, 16st grundutbildade sjuksköterskor, 2st allmänläkare <i>Fas 2:</i> Avsiktligt. Våldsutsatta kvinnor som tillkännagett sin utsatthet till vårdpersonal. Plats: Scottish Women's Aid.</p> <p><u>Datainsamling:</u> <i>Fas 1:</i> Semi-strukturerade intervjuer baserade på 2 fall som informanten upplevt där våldsutsatt tillkännagett sin utsatthet. Plats: 2 sjukvårdsregioner i Skottland. <i>Fas 2:</i> 3st fokus grupper med sammanlagt 14st våldsutsatta kvinnor</p> <p><u>Dataanalys:</u> Cormack's induktiva innehålls analys med Ritchie & Spencer's ramverks analys metod.</p>	<p>29 + 14 (-)</p>	<p>Många faktorer påverkar ett framgångsrikt tillkännagivande. De hinder som finns identifieras av båda är att många våldsutsatta inte vet att de de facto är just våldsutsatta. Det ligger i vårdpersonalens ansvarsområde att fråga om våldsutsattheten. Tillit, och stöttning genom processen är faktorer som nämns av båda grupperna. Säkerhetsaspekten är viktig att ha i åtanke när man talar med en våldsutsatt, innan, under, och efter ett tillkännagivande, strategier som nämns är kodade samtal, försäkra sig om att våldsutövaren inte är i närheten. Vikten av att agera vid ett tillkännagivande eller i de fall man vittnar våldet tas upp av såväl våldsutsatta som vårdpersonal. Kvinnorna uppger att de vill bli frågade och vårdgivarna uppger en rädsla och osäkerhet i att samtala om våldet.</p>	
--	---	--	---	------------------------	---	--

Författare År (för publikation) Land (där studien genomfördes)	Titel	Syfte	Metod (Design, urval, datainsamling och analys)	Deltagare (bortfall)	Resultat	Typ Kvalitet
Woerner, J., Wyatt, J., & Sullivan, T. P. (2019).	If You Can't Say Something Nice: A Latent Profile Analysis of Social Reactions to Intimate Partner Violence Disclosure and Associations With Mental Health Symptoms.	Att undersöka vilken inverkan agerandet efter ett tillkännagivande har på de våldsutsattas psykiska hälsa.	<u>Design:</u> Kvalitativ <u>Urval:</u> Bekvämlighetsurval, 240 respondenter till annonser i staden, endast 173 intervjuer inkluderades i resultatet. Samtliga som genomgått intervjuerna fick 50 dollar i kompensation. <u>Datainsamling:</u> Semi-strukturerade intervjuer, <u>Dataanalys:</u> Statistisk, latent profil analys med mjukvaran Mplus	173 (67)	Vårdpersonalens bemötande, agerande, och reaktion har en stor påverkan på den våldsutsatta psykiska hälsa. Negativa upplevelser kan inte göras ogjorda av flera positiva upplevelser. Alla möten sätter spår i den våldsutsatta, de våldsutsatta med flest negativa upplevelser led mer av PTSD och depression än de våldsutsatta med fler positiva upplevelser.	K II

BILAGA E RESULTAT

Författare. (År).	Förutsättningar		Yrkesmässigt ansvar			
	Brist på riktlinjer & styrdokument	Utbildning	Farhågor		Tidsbrist & Screening	Utanför ansvarsområde att identifiera våldsutsatta
Al-Natour et al. (2016).	X	X	Rädsla för konsekvenser från våldsutövaren mot våldsutsatt	Rädsla för konsekvenser från våldsutövaren mot vårdpersonal	Nämns ej	X (Sjuksköterskor)
Al-Natour, et al. (2014).	X	X	Förnärma personen som screenas	Rädsla för konsekvenser från våldsutövaren mot vårdpersonal	X	X (Sjuksköterskor, barnmorskor)
Anguzu et al. (2022).	X	X	Nämns ej	Nämns ej	X	Nämns ej

Författare. (År).	Förutsättningar		Yrkesmässigt ansvar			
	Brist på riktlinjer & styrdokument	Utbildning	Farhågor	Tidsbrist & Screening	Utanför ansvarsområde att identifiera våldsutsatta	
Ibrahim et al. (2021).	X	X	Förnärma personen som screenas Vill ej lägga sig i hur ett par hanterar osämja	Nämns ej	X	X (Vårdpersonal varav majoritet sjuksköterskor)
Mackenzie (2019).	X	X	Nämns ej (våldsutsattas perspektiv)	Nämns ej (våldsutsattas perspektiv)	X	Nämns ej (Våldsutsattas perspektiv)
Poreddi et al. (2020).	X	X	Förnärma personen som screenas	Nämns ej	X	X (Sjuksköterskor)
Portnoy, et al. (2020).	X	X	Förnärma personen som screenas Felaktig dokumentation	Rädsla för konsekvenser från våldsutövaren mot vårdpersonal	X	X “vissa” (Vårdpersonal, “providers”)

Författare. (År).	Förutsättningar		Yrkesmässigt ansvar			
	Brist på riktlinjer & styrdokument	Utbildning	Farhågor		Tidsbrist & Screening	Utanför ansvarsområde att identifiera våldsutsatta
Rodriguez & Mandich. (2019).	X Låg screeningprevalens Bristfälligt handhavande, anhörig närvarande, ingen vidare hjälp, missat tydliga tecken på våld i nära relation.	X	X (Upplevelse av osäker och obekvämvårdpersonal)	Nämns ej (Våldsutsattas perspektiv)	X	Nämns ej (Våldsutsattas perspektiv)
Saberi, et al. (2017).	X	X	Förnärma personen som screenas	Nämns ej	X	Nämns ej (Sjuksköterskor, ST-läkare, AT-läkare)
Sundborg, et al. (2017).	X	X	Förnärma personen som screenas Emotionell reaktion hos vårdpersonal	Nämns ej	X	X (Distriktssjuksköterskor)

Författare. (År).	Förutsättningar		Yrkesmässigt ansvar			
	Brist på riktlinjer & styrdokument	Utbildning	Farhågor		Tidsbrist & Screening	Utanför ansvarsområde att identifiera våldsutsatta
Sutherland, et al. (2020).	X	X	Nämns ej	Nämns ej	X	X (Ska göras på “health care center”, sjuksköterskor)
Taylor, et al. (2013).	Nämns ej	Nämns ej	Svårigheter att initiera samtalsämnet Rädsla för konsekvenser från våldsutövaren mot våldsutsatt	Nämns ej	Nämns ej	Ja, ligger i vårdpersonals ansvarsområde (Barnmorskor, grundutbildade sjuksköterskor, allmänläkare)