

**FRÅN VÅLD TILL VÅRD**

**En icke-systematisk litteraturöversikt över faktorer som möjliggör eller  
hindrar samtal om våld i nära relation med patienter**

**FROM HARM TO HEALING**

**A non-systematic literature review of factors that facilitate or prevent  
conversations about intimate partner violence with patients**

Sjuksköterskeprogrammet 180 högskolepoäng  
Examensarbete i omvårdnadsvetenskap, 15 högskolepoäng  
Examinationsdatum: 2024-10-28

Kurs: Examensarbete i omvårdnadsvetenskap HT24

Författare: Inez Söderberg  
Författare: Loviza Stenlund

Handledare: Anni Maarit Henttonen  
Examinator: Christine Gustafsson

## SAMMANFATTNING

**Bakgrund** Våld i nära relation är ett omfattande samhällsproblem som leder till allvarliga fysiska, psykiska och sociala konsekvenser för utsatta individer. Sjuksköterskor träffar sannolikt ofta personer som utsätts för våld, men tecken på våldsutsatthet kan vara diffusa. Trots att patienter sällan själva berättar om våldet, är de i regel positiva till att tillfrågas om våld i vårdssammanhang. Riktlinjer uppmanar sjuksköterskor att fråga patienter om våldsutsatthet och hälso- och sjukvården har pekats ut som en viktig arena för att hjälpa våldsutsatta personer. Samtidigt finns indikationer på att sjuksköterskor inte alltid frågar patienter om våld i nära relation.

**Syfte** Syftet var att beskriva faktorer som påverkar huruvida sjuksköterskor frågar patienter om våld i nära relation.

**Metod** En icke-systematisk litteraturöversikt genomfördes i databaserna PubMed och CINAHL. Sökräffarna gallrades baserat på urvalskriterier samt kvalitetsgranskning. Slutligen kvarstod ett urval om 12 vetenskapliga artiklar. Studiernas samlade resultat analyserades med hjälp av integrerad dataanalys.

**Resultat** Två teman utarbetades: *Faktorer som skapar möjlighet för att fråga patienter om våldsutsatthet* och *faktorer som utgör hinder för att fråga patienter om våldsutsatthet*. Möjliggörande faktorer framkom i form av att frågor om våld var sjuksköterskans arbetsuppgift, att sjuksköterskan hade kunskap om våld och att verksamheten hade tydliga rutiner. En god relation med patienten, personligt engagemang och egna livserfarenheter möjliggjorde också frågor om våld. Hindrande faktorer utgjordes av att sjuksköterskor inte ansåg att frågor om våld var professionens ansvar. Sjuksköterskor hindrades av hög arbetsbelastning, avsaknad av riktlinjer och brister i organisationen. Ytterligare hindrande faktorer var kunskapsluckor, fördomar och personliga rädslor.

**Slutsats** Frågor om våld i nära relation behöver tydligare implementeras som sjuksköterskans arbetsuppgift och professionens kunskap är i behov av fördjupning. Med rätt praktiska förutsättningar och organisatoriskt stöd kan sjuksköterskan, genom en god relation till patienten, möjliggöra fler samtal om våldsutsatthet.

**Nyckelord:** Omvårdnad, Patientsamtal, Screening, Sjuksköterskor, Våld i nära relation

## ABSTRACT

**Background** Intimate partner violence is a societal issue resulting in serious physical, psychological, and social consequences for affected individuals. Presumably, registered nurses often encounter individuals who are subjected to intimate partner violence, but signs are often subtle. Patients rarely disclose the violence themselves but are receptive to being asked about it. According to guidelines, nurses are encouraged to ask patients about violence, and the healthcare sector has been identified as a critical arena for helping victims. However, evidence suggests that nurses do not always ask patients about intimate partner violence.

**Aim** The study aimed to describe factors that influence whether nurses ask patients about intimate partner violence.

**Method** A non-systematic literature review was conducted in the databases PubMed and CINAHL. Search results were filtered based on selection criteria and quality assessment. In the end, 12 scientific articles were selected. The collective results of the studies were analyzed using integrated data analysis.

**Results** Two themes were developed: *Factors that facilitate asking patients about exposure to violence* and *factors that serve as barriers to asking patients about exposure to violence*. Facilitating factors were that questions about intimate partner violence was the nurse's duty, that nurses had knowledge about violence and clear routines within the organization. A good relationship with the patient, personal commitment and personal life experiences also facilitated asking. Barriers included that nurses did not consider questions about violence to be their responsibility. Nurses were hindered by stress, lack of guidelines, and organizational deficiencies. Additional barriers were gaps in knowledge, prejudices, and personal fears.

**Conclusions** Screening for intimate partner violence needs to be more clearly integrated as part of the nurse's area of responsibility, and the profession's knowledge requires further development. With the right practical conditions and organizational support, nurses, through a good relationship with the patient, can facilitate more questions about exposure to violence.

**Keywords:** Intimate partner violence, Patient dialogue, Nurses, Nursing, Screening

## INNEHÅLLSFÖRTECKNING

<b>INLEDNING</b> .....	<b>1</b>
<b>BAKGRUND</b> .....	<b>1</b>
Förtydligande av begrepp .....	1
Våld i nära relation .....	1
Sjuksköterskans roll och ansvar .....	4
Personcentrerade möten .....	6
Teoretiskt perspektiv .....	7
Problemformulering .....	8
<b>SYFTE</b> .....	<b>8</b>
<b>METOD</b> .....	<b>8</b>
Design .....	8
Urval .....	9
Datainsamling .....	10
Kvalitetsgranskning .....	12
Dataanalys .....	13
Forskningsetiska överväganden .....	14
<b>RESULTAT</b> .....	<b>15</b>
Faktorer som skapar möjlighet för att fråga patienter om våldsutsatthet .....	16
Faktorer som utgör hinder för att fråga patienter om våldsutsatthet .....	18
<b>DISKUSSION</b> .....	<b>21</b>
Resultatdiskussion .....	21
Metoddiskussion .....	24
<b>SLUTSATS</b> .....	<b>27</b>
Fortsatta studier .....	27
Klinisk tillämpbarhet .....	28
<b>FÖRFATTARNAS BIDRAG</b> .....	<b>28</b>
<b>REFERENSER</b> .....	<b>29</b>

## BILAGA A-B

## **INLEDNING**

På Sophiahemmet Högskola ingår utbildning om våld i nära relation som en del av sjuksköterskeprogrammets kursplan. Som unga kvinnor i ett samhälle där våld i nära relation är vanligt förekommande har vi, författarna till detta arbete, redan ett personligt engagemang för ämnet. När vi som sjuksköterskestudenter tagit del av högskolans undervisning inom området har det engagemanget integrerats i vår framtida yrkesroll. Att kunna stötta personer som utsätts för våld i nära relation känns, kort sagt, fundamentalt för sjuksköterskeprofessionen. Samtidigt känns det också svårt att fråga patienter om ett så känsligt ämne. När vi deltagit i verksamhetsförlagd utbildning inom olika verksamheter har vi fått insyn i huruvida sjuksköterskor frågar patienter om våld i nära relation i sitt dagliga arbete. Verkligheten ter sig som att patienter i stor utsträckning inte tillfrågas. Ofta saknas rutiner eller så finns rutiner som inte följs. Även färdigutbildade sjuksköterskor verkar osäkra.

Vi blev intresserade av hur det kommer sig att sjuksköterskor inte frågar om våldsutsatthet, trots att våld i nära relation är ett erkänt samhällsproblem och frågor om våld enligt utbildningen ingår i professionens ansvar. Vi beslutade att ägna vårt examensarbete åt ämnet, med målet att öka förståelsen för vilka förutsättningar som krävs för att kunna fråga patienter om våld i nära relation. Vår förhoppning är att vi, och kanske även du som läser detta, ska känna oss bättre förberedda när det är vår tur att som legitimerade sjuksköterskor fråga patienter om våldsutsatthet.

## **BAKGRUND**

### **Förtydligande av begrepp**

I detta examensarbete används termerna våldsutsatt person, våldsutsatt patient, våldsutsatt och offer synonymt för att beskriva individer som utsätts för våld i nära relation. Våld i nära relation benämns ibland som relationsvåld, våld eller våldsutsatthet. Det finns flera olika begrepp som kan användas för att beskriva våld i nära relation och de som utsätts för våldet. En del personer som utsätts för våld i nära relation kan föredra andra begrepp än de som används i detta arbete för att beskriva sig själva eller sin situation.

### **Våld i nära relation**

Våld i nära relation kännetecknas av att våldet utövas av en partner, före detta partner, familjemedlem, släkting eller att barn ser eller upplever våld i sin familj. Begreppet används vanligtvis för att belysa våld i en partnerrelation (Nationellt Centrum för Kvinnofrid [NCK], 2024d). Våld som utövas i en relation kan liknas vid en process där offret tvingas anpassa sig till en vardag präglad av våld, vilket kan leda till isolering och beroende av förövaren. Perioder utan våld skapar hopp om förbättring och kan bidra till att offret stannar kvar i relationen. När våldet eskalerar sker vanligtvis en normalisering av våldet som en typ av överlevnadsstrategi (NCK, 2024c). Denna normaliseringsprocess, att den våldsutsatta personen genom omväxlande värme och våld binds till förövaren och därigenom förskjuter uppfattningen om vad som är normalt, karaktäriserar våld i nära relation (NCK, 2010). Personen som utsätts för våld i nära relation har ofta känslomässiga, sociala eller praktiska band till förövaren som gör det svårt att lämna relationen. Offret kan

exempelvis vara bunden av gemensamma barn, ekonomiskt beroende eller av kärlek till sin förövare (Heron et al., 2022).

Våld i nära relation kan ta sig olika uttryck och utövas inte alltid genom handlingar som enligt lagstiftning definieras som brott (Socialstyrelsen, 2023). Chisholm et al. (2017) beskriver hur våldet kan vara fysiskt, psykiskt, sexuellt, materiellt, ekonomiskt eller hedersrelaterat. Det fysiska våldet utgörs av handlingar med potential att orsaka kroppslig skada av olika grad. Våld med psykisk karaktär präglas av både verbal eller icke-verbal kommunikation med syfte att bryta ner offret emotionellt och psykiskt. Stalking, vilket kännetecknas av upprepad, oönskad kontakt, är en annan form av psykiskt våld i nära relation. Sexuellt våld definieras av att offret utan medgivande påtvingas olika sexuella handlingar (Chisholm et al., 2017). Materiellt våld kan utövas genom att förövaren slår sönder ägodelar som den utsatta är beroende av eller som har ett emotionellt värde (Sveriges kommuner och regioner, 2023). Ekonomiskt relationsvåld innebär att förövaren kontrollerar personens ekonomi, exempelvis genom direkt åtkomst till bankkonton (Stylianou, 2018). Hedersrelaterat våld kännetecknas vanligtvis av att personen begränsas i exempelvis sociala kontakter för att upprätthålla familjens heder (Nationellt centrum mot hedersrelaterat våld och förtryck, 2024). Våld i nära relation kan ta sig uttryck genom latent våld, som innebär att offret lever med en ständig rädsla att utsättas för våld till följd av att förövaren exempelvis har ett hotfullt kroppsspråk. Försummelse och digitalt våld är också uttryck för våld i nära relation. Försummelse innebär att offret exempelvis förvägras hjälp med mat eller medicin. Digitalt våld kännetecknas bland annat av övervakning av den våldsutsattas kontakter i sociala medier (Socialstyrelsen, 2023).

#### Konsekvenser av våld i nära relation

Konsekvenserna av att utsättas för våld i nära relation kan vara akuta i form av fysiska skador av olika svårighetsgrad. Särskilt förödande exempel är hjärnskada och att offret avlider (Lutgendorf, 2019). Fysiska konsekvenser av våld i nära relation är vanligtvis långsiktiga snarare än akuta. Personer som utsätts för relationsvåld lider bland annat oftare av kroniska smärttillstånd, frekvent huvudvärk och gastrointestinala syndrom i form av bland annat irritable bowel syndrom [IBS] jämfört med övriga befolkningen (Rivara et al., 2019). Våldsutsatthet är dessutom förknippat med högre prevalens av HIV och sexuellt överförbara sjukdomar (World Health Organization [WHO], 2019). Andra fysiska komplikationer är en förhöjd risk att drabbas av kardiovaskulär sjukdom och diabetes mellitus typ 2 samt en generellt högre dödlighet (Chandan et al., 2020; Stubbs & Szoek, 2022).

Ofta är konsekvenser av våld i nära relation av psykisk eller social karaktär. Relationsvåld leder exempelvis i regel till en mycket lägre livskvalitet (Rivara et al., 2019) och en försämrad självkänsla och självbild (Estrellado & Loh, 2019). Wessells och Kostelny (2022) beskriver hur offrets sociala nätverk och handlingsfrihet begränsas. Våldet ger upphov till känslor av rädsla, skam och förnedring, vilket ytterligare kan begränsa personen i sina relationer och förpliktelser. En förälder som blir utsatt för våld av sin partner kan få bristande omsorgsförmåga och ha svårare att ta hand om sitt barn (Chiesa et al., 2018). Personer som utsätts lider i större utsträckning än övriga befolkningen av depression, ångest, substansberoende och posttraumatisk stress (Wessells & Kostelny, 2022). Att utsättas för våld i nära relation förknippas dessutom med en högre risk för suicid (Devries et al., 2013). Wessells och Kostelny (2022) poängterar att en av dessa många konsekvenser kan vara svår nog, men att offer för våld i nära relation ofta lever med flera konsekvenser samtidigt.

Det är inte enbart de personer som direkt utsätts för våld i nära relation som lider av våldets konsekvenser. Barn som bevittnar våld i hemmet upplever känslomässig övergivenhet och skyddslöshet. Att se sin ena förälder som en hotfull förövare och den andra som ett utsatt offer skadar barnets anknytning till båda föräldrarna. Det finns också samband mellan att barn bevittnar våld mellan sina föräldrar och en ökad risk att själv uppleva våld i nära relation som vuxen (Proposition 2020/21:170).

Många våldsutsatta behöver även uppsöka sjukhusvård samt sjukskriva sig från jobb eller skola, vilket leder till stora ekonomiska kostnader för både individen och samhället (NCK, 2024b). Kostnader för samhället inkluderar bland annat rättsliga processer samt medicinska och sociala insatser (European Institute for Gender Equality, 2021). European Institute for Gender Equality (2021) poängterar emellertid att liv och lidande inte kan värderas med en prislapp. Uppskattningar om våldets ekonomiska börda kan dock användas för att belysa dess omfattning och allvarlighetsgrad. En amerikansk studie uppskattar exempelvis att våld i nära relation leder till kostnader på totalt 103 767 dollar för den våldsutsatta personen (Peterson et al., 2018).

### Omfattning och mörkertal

I en av regeringens skrivelser beskrivs svårigheterna med att mäta förekomsten av våld och våldsutsatthet. Förekomst kan mätas på olika sätt och siffror som beskriver våldets omfattning skiljer sig ofta stort beroende på olika studiers syften, genomföranden och vilken typ av våld som granskats (Skrivelse 2016/17:10). Med det i åtanke är ett sätt att försöka mäta våldsutsatthet genom befolkningsundersökningar. I den senaste nationella kartläggningen av brott i nära relationer uppgår 13,6 procent av Sveriges befolkning i åldrarna 16-84 år att de blivit utsatta för våld i nära relation under det senaste året. Motsvarande siffra för att ha utsatts för någon form av våld i nära relation under sin livstid är 28,7 procent (Frenzel, 2024). Globalt uppskattas 30 procent av den kvinnliga befolkningen vara utsatt för våld i nära relation (WHO, 2019). Den vanligaste formen av våld i nära relation är psykiskt våld, men det våld som utövas i nära relation är ofta flera olika former av våld samtidigt (Frenzel, 2024).

Kartläggningen av brott i nära relation framhåller att anmälningsbenägenheten för våld i nära relation, oavsett form, är låg. Totalt uppgår 2,7 procent av personer som utsatts för våld i nära relation att de anmält händelsen till polisen (Frenzel, 2024). I en rapport från Brottsförebyggande rådet beskriver Hradilova Selin (2009) våld i nära relation som ett mycket känsligt ämne och en privat angelägenhet, särskilt när en person ombeds att berätta om pågående våldsutsatthet. Eftersom den sexuella integriteten är den mest intima anses ofta sexuellt våld vara den mest förnedrande kränkningen, vilket kan göra det särskilt svårt att berätta om sexuell våldsutsatthet (Öberg et al., 2010). Offer för våld i nära relation kan dessutom frukta konsekvenserna av att berätta om våldet. De kan till exempel vara rädda för att förlora sina barn eller att våldet ska eskalera om de berättar vad de utsatts för. Vissa har inte möjlighet att lämna sin förövare på grund av ekonomiskt beroende eller brist på ett socialt nätverk. Många offer för våld i nära relation har dessutom normaliserat våldet, förnekar våldet eller är omedvetna om att det de utsatts för är våld (Heron & Eisma, 2020). Mörkertalet för våld i nära relation kan följaktligen förmodas vara stort.

### Skillnader i våldsutsatthet

Vem som helst kan utsättas för våld i nära relation, oberoende kön, ålder eller bakgrund. Samtidigt är risken att utsättas högre för vissa grupper. Kvinnor utsätts för våld i nära

relation i större utsträckning än män (Frenzel, 2024). Kvinnors särskilda utsatthet är så omfattande att våld i nära relation betraktas som ett jämställdhetsproblem (Socialstyrelsen, 2023). Enligt en rapport från Brottsförebyggande rådet är våld i nära relation den vanligaste formen av våld som drabbar kvinnor i Sverige (Frenzel, 2014). Det finns stora skillnader i våldets karaktär när kvinnor utsätts jämfört med män. Våld som riktas mot kvinnor är i större utsträckning upprepat, grövre och resulterar i allvarigare konsekvenser (Skrivelse 2016/17:10). Det avspeglas bland annat i statistiken över dödligt våld i en parrelation. Samtliga offer för dödligt relationsvåld under 2022 och 2023 var flickor eller kvinnor (Brottsförebyggande rådet, 2024). Kvinnor är dessutom oftare offer för sexuellt våld och en kombination av olika sorters våld jämfört med män (Frenzel, 2024).

Kvinnors särskilda utsatthet för våld i nära relation är tydlig. Andra faktorer kan ytterligare öka utsattheten. Särskilda livsvillkor kan innebära en förhöjd risk att utsättas för våld i nära relation eller att konsekvenserna av våldsutsattheten blir särskilt allvarliga. Kvinnor med missbruksproblematik eller funktionsnedsättning lever under villkor som bidrar till sådan särskild sårbarhet. Likaså är kvinnor i prostitution och äldre kvinnor särskilt utsatta. Barn och unga med självskadebeteende, ensamkommande barn, hbtq-personer och personer på anstalt eller i institutionsvård är andra grupper som lever under villkor som gör dem särskilt utsatta för våld i nära relation (HSLF-FS 2022:39, 5 kap, 11 §; Skrivelse 2016/17:10).

Av statistiken framkommer andra gruppers utsatthet för våld i nära relation. Bland annat uppger fler personer i yngre åldersgrupper att våld förekommer i deras relationer. Ekonomiskt våld är däremot vanligare bland äldre personer jämfört med yngre åldersgrupper. Personer med lägre utbildningsnivå och lägre inkomst är grupper som i större utsträckning utsätts för återkommande våld i nära relation. Likaså är ensamstående personer mer utsatta för återkommande våld. Av statistiken framkommer också att de med utrikesfödda föräldrar oftare utsätts för psykiskt och fysiskt våld i nära relation (Frenzel, 2024). Även ur ett globalt perspektiv finns skillnader i förekomst av våld i nära relation. Prevalensen är högst i länder i Afrika, Mellanöstern, Sydasien och subregioner i Oceanien. Kvinnor i de, enligt Förenta Nationernas definition, minst utvecklade länderna är särskilt utsatta för våld i nära relation (WHO, 2021).

### **Sjuksköterskans roll och ansvar**

Medvetenheten kring våld i nära relation har ökat i samhället. Det avspeglas bland annat i Högskoleförordningen (SFS 1993:100) vilken sedan 2018 fastslår att alla sjuksköterskor ska ha kunskap om mäns våld mot kvinnor och våld i nära relation. Mot bakgrund av det starka vetenskapliga stöd som talar för att ett liv där våld förekommer påverkar hälsan negativt (Stubbs & Szoeki, 2022) är våldsutsatta personer en angelägen grupp för sjuksköterskan, vars uppgift är att främja hälsa och förebygga ohälsa (Svensk sjuksköterskeförening, 2024). Hälso- och sjukvårdens roll att fråga om våld ökar i takt med ökad kunskap om våldets negativa hälsokonsekvenser (Alvarez et al., 2017). WHO (2016) konstaterar att hälso- och sjukvården spelar en särskilt viktig roll när det kommer till att hantera den allvarliga situationen.

Det mörkertal som tidigare beskrivits behöver emellertid även sjuksköterskan ta i beaktande. Enligt Frenzel (2024) söker nämligen få våldsutsatta personer vård med synliga skador. Faktum är att mindre än tre procent av de som utsätts för relationsvåld får fysiska skador som leder till behov av sjukvård. Samtidigt söker personer som utsätts för våld i



nära relation uppskattningsvis upp till tre gånger mer hälso- och sjukvård jämfört med icke-våldsutsatta (Socialstyrelsen, 2018; Stubbs & Szoeki, 2022). Sjuksköterskan möter alltså personer som utsätts för våld i sin relation, men som inte nödvändigtvis visar tydliga tecken på det. Trots att våldsutsatta personer frekvent besöker hälso- och sjukvården, menar Socialstyrelsen (2018) att våldet sällan uppdagas i vårdmötet.

Enligt Socialstyrelsen (2023) kan frågor om våld i nära relation bidra till att våldet upptäcks tidigare vilket i sin tur kan leda till minskat lidande för den våldsutsatta patienten. Forskning visar att upptäckten av våld ökar när hälso- och sjukvårdspersonal ställer frågan till patienter (O'Doherty et al., 2014) och att samtal om våld i vårdmötet bidrar till att våldsutsatta personer efter vårdbesöket på olika sätt söker stöd för sin situation eller gör en plan för att lämna sin förövare (Houry et al., 2008). Att verksamheter frågar om våld signalerar även till våldsutsatta att det finns hjälp att få (Socialstyrelsen, 2023). I en kartläggning rapporterar Socialstyrelsen (2018) att 60 procent av verksamheter inom hälso- och sjukvården frågar om våld på indikation och 29 procent frågar rutinmässigt. Liknande resultat återses i studier som visar att screening vid tecken på våld är 79 procent eller lägre och rutinmässig screening är 10 procent eller lägre (Alvarez et al., 2017).

#### Riktlinjer kring att fråga om våld i nära relation

Socialstyrelsen har i en författningssamling utfärdat riktlinjer kring hur hälso- och sjukvårdspersonal ska arbeta med våld i nära relationer. Utifrån vad som står i riktlinjerna som sjuksköterskan förhåller sig till kan andelen som frågar patienter om våld anses vara låg. Om en patient visar tecken på våldsutsatthet ska sjukvårdspersonal ställa frågor till patienten i enrum (HSLF-FS 2022:39, 7 kap, 10 §). Socialstyrelsen (2014) rekommenderar även att alla kvinnor inom mödravården och psykiatri rutinmässigt ska tillfrågas om erfarenheter av våld. Eftersom våldsutsatthet har en tydlig koppling till hälsa men få personer uppvisar tecken på våld, argumenterar NCK (2010) att frågor om våld ska ställas rutinmässigt och ingå i anamnesen. Sjuksköterskan är dessutom enligt lag skyldig att genast anmäla till socialnämnden om ett barn far illa eller misstänks fara illa (SFS 2001:453, 14 kap, 1 §), vilket innefattar att barnet bevittnar våld i hemmet.

För att upptäcka våldsutsatta personer ska varje vårdgivare inom hälso- och sjukvården fastställa relevanta rutiner för hur och när personal ska ställa frågor om våld i nära relation (HSLF-FS 2022:39, 7 kap, 2 §). För att öka kunskapen om och förutsättningar för att upptäcka våld rekommenderar Socialstyrelsen (2014) dessutom att hälso- och sjukvårdspersonal bör erbjudas fortbildning om ämnet. Riktlinjer bör utvärderas regelbundet, eftersom forskning kan komma fram till nya indikationer på våld som hälso- och sjukvårdspersonal behöver känna till (Socialstyrelsen, 2023). Mot bakgrund av de styrdokument som bestämmer hur vård ska utföras har sjuksköterskan alltså vissa skyldigheter att fråga patienter om våld i nära relation.

#### Sjuksköterskans verktyg för att fråga om våld i nära relation

När sjuksköterskan frågar patienten om våld i nära relation finns särskilda verktyg till hands. Eftersom varje vårdgivare ska fastställa rutiner kring att fråga om våld (HSLF-FS 2022:39, 7 kap, 2 §) finns inget gemensamt nationellt material att förhålla sig till. Däremot finns utbildningsmaterial om hur hälso- och sjukvårdspersonal kan ställa frågor om våld (NCK, u.å.). Socialstyrelsen (2019) har även utarbetat standardiserade bedömningsmetoder, FREDÅ, som kan användas för att upptäcka och bedöma vilka skyddsbehov som finns hos vuxna personer som blivit utsatta för våld i nära relationer. Ett annat verktyg för att nå ut till personer som utsätts för våld i nära relation är hjälpkort som

placeras i väntrum med kontaktuppgifter till hjälporganisationer. Korten kan även signalera att vårdpersonal på avdelningen är öppen för att prata om våld i nära relation (Västra Götalandsregionens kompetenscentrum om våld i nära relationer, 2024).

Vid dokumentation av omvårdnad finns International Classification for Nursing Practice [ICNP] till sjuksköterskans hjälp. Instrumentet är ett register av standardiserade omvårdnadsdiagnoser och har utvecklats för att sjuksköterskan på ett strukturerat sätt ska dokumentera sitt omvårdnadsarbete. Ett av de områden ICNP innefattar är säkerhet (Svensk förening för omvårdnadsinformatik, 2024a). Exempel på diagnoser enligt ICNP är ”*screena för misshandel, vanvård eller övergrepp*” samt ”*utsatt för våld i intim relation*” (Svensk förening för omvårdnadsinformatik, 2024b).

I och med att patienter numera själva har tillgång till sina journaler digitalt finns risk att förövre tilltvingar sig information som står i offrets journal. För att inte riskera patientens säkerhet är det därför av vikt att all dokumentation om våld i nära relation sker under skyddat sökord. År 2014 genomförde Inera, det nationella nätverket för e-journaler, ett nationellt skydd av sökordet ”*våldsutsatthet i nära relationer*”. Oavsett vilket journalsystem som används i Sverige är det som dokumenteras under sökordet skyddat från åtkomst via nätet (NCK, 2024a).

### **Personcentrerade möten**

Constand et al. (2014) skriver att ett personcentrerat förhållningssätt är en värdegrund som vägleder hälso- och sjukvårdspersonal i sina handlingar både som yrkespersoner och som medmänniskor. Rent praktiskt innebär det att partnerskapet och patientberättelsen står i fokus. Patienten ska bli sedd som en hel människa med specifika kunskaper, erfarenheter och behov och inte enbart reduceras till en patient med en sjukdom. Genom ett sådant arbetssätt skyddas och värdesätts patientens autonomi och integritet samtidigt som delaktighet främjas (Constand et al., 2014)

Svensk sjuksköterskeförening (2024), vilka företräder sjuksköterskeprofessionens kunskapsområde, identifierar personcentrering som en grund i omvårdnaden. Enligt Svensk sjuksköterskeförening (2014) innebär personcentrerad vård att inte enbart synliggöra patientens fysiska behov, utan även de andliga, existentiella, sociala och psykiska. Mot bakgrund av att våld i nära relation på ett omfattande sätt påverkar den våldsutsatta personens fysiska, psykiska och sociala tillvaro (Chandan et al., 2020; Devries et al., 2013; Estrellado & Loh, 2019; Rivara et al., 2019; Wessells & Kostelny, 2022) kan frågor om våldsutsatthet till patienter anses vara i linje med en personcentrerad vård.

Att sjuksköterskor frågar om våld i nära relation är dessutom accepterat av patienter. Trots att patienter i möten med vården sällan själva berättar om våldsutsatthet (Breiding et al., 2014) är de i regel positiva till att få frågan av hälso- och sjukvårdspersonal (NCK, 2010). En studie av Salmon et al. (2015) visar att över 94 procent av patienter anser att frågor om våld är lämpliga i vårdsammanhang och att screening av våld är en god idé.

### Personcentrering som verktyg

Samtidigt som frågor om våld accepteras av patienter är det av betydelse hur sjuksköterskan lyfter ämnet (Alvarez et al., 2017). Utöver de praktiska verktyg som bistår sjuksköterskan i mötet med våldsutsatta personer och som tidigare redogjorts för, är mötet i sig ett verktyg. Det finns nämligen faktorer i vårdmötet som avgör om patienten berättar

om sin situation eller inte. I en systematisk översikt identifierar Heron och Eisma (2021) de faktorer som hindrar patienter från att prata med hälso- och sjukvårdspersonal om sin våldsutsatthet. En faktor som har direkt med sjuksköterskan att göra är att ha en negativ relation med hälso- och sjukvårdspersonalen. Det innefattar enligt Heron och Eisma bland annat att personalen har ett oempatiskt bemötande, inte håller ögonkontakt och brister i att lyssna på patienten. Ett ytterligare vanligt förekommande hinder enligt Heron och Eisma är att patienten fruktar att hälso- och sjukvårdspersonalen ska döma dem eller att deras förövre får kännedom om att de talat med sjukvården genom att personalen bryter mot regler om tystnadsplikt.

Williams et al. (2017) menar att ett personcentrerat arbetssätt är viktigt i alla vårdmöten, men när mötet innefattar samtal om känsliga ämnen är ett personcentrerat förhållningssätt av yttersta vikt. Det bekräftas av Heron och Eisma (2021) som lyfter fram faktorer som bidrar till att patienter berättar om våldet. Att ha en god relation till hälso- och sjukvårdspersonalen samt att känna sig trygg med att personalen håller sitt ord bidrar, enligt patienterna själva, till att de kan berätta om sin situation. Ytterligare faktorer som bidrar till att patienten kan berätta om våldet är att patienten själv får bestämma hur mycket eller lite samt vilken information som delas. Constand et al. (2014) beskriver öppna frågor och aktivt lyssnande som strategier för att arbeta mer personcentrerat och på så sätt fånga upp och se patientens specifika behov och sårbarheter. Relationsbygget mellan patient och personal beskrivs som en förutsättning för att få en större förståelse för hur aktuell sjukdom eller skada, som våldsutsatthet, har påverkat patientens liv.

Således ter sig sjuksköterskans roll att fråga om våldsutsatthet nära förknippad med sjuksköterskans roll att utföra personcentrerad omvårdnad. Att fråga om våld framstår vara i linje med att utföra en personcentrerad vård, samtidigt som ett personcentrerat förhållningssätt i sin tur tycks vara en förutsättning för att kunna ställa frågan.

## **Teoretiskt perspektiv**

Kari Martinsen är sjuksköterska, filosof och omvårdnadsforskare. Martinsen skriver om vård och omsorg med utgångspunkt i olika filosofiska perspektiv (Martinsen, 1989; Martinsen, 2005). Enligt Martinsen (2005, s. 40) innebär vårdande att mötas i ömsesidig sårbarhet och överlämnande. Att hjälpa till och att bli hjälpt är allmänmänskligt och det allmänmänskliga är en förutsättning för att vårda. Motsatsen är självständighet och oberoende, vilket går emot de värden som utgör omsorg och omvårdnad. Martinsen (1989, s. 76, 81) relaterar vårdandet till vår vardag och förklarar hur det vardagliga förhållningssättet kan vägleda det professionella. Eftersom omsorg och omtanke är allmänmänskligt och något alla visar i sin vardag, går det inte att skilja på analysen av vårt vardagliga liv och analysen av omvårdnad.

På liknande sätt resonerar Martinsen (2005, s. 23-25) kring samtalet. Samtal i klinisk miljö utgår från de vi har i vardagliga sammanhang. Martinsen beskriver samtalet som en tredelad relation, med ett *jag*, ett *du* och *det som talas om*. Ämnet eller frågan som diskuteras skapar gemenskap mellan de två parter som samtalar. Därför behöver *jag* visa engagemang och omtanke för det *du* säger, annars blir samtalet tvådelat och distanserat. I sitt resonemang om samtalet betonar Martinsen även vikten av rummet. Rum innebär dels den fysiska plats där samtalet utspelar sig, vilket påverkar atmosfären och tonen för samtalet, men rum innebär också samtalets rymlighet och hur parterna förhåller sig till varandra. Samtalet får inte bli för närgånget, men ska inte heller leda till distans.

Martinsens analys av bland annat omsorg och samtalet används som teoretisk utgångspunkt i litteraturöversiktens diskussion.

## **Problemformulering**

Våld i nära relation är ett allvarligt och omfattande samhällsproblem. En av tre kvinnor världen över kommer att utsättas för våld av en partner eller tidigare partner under sin livstid. Våldet kan ta sig uttryck på många sätt och resulterar i allvarliga fysiska, psykiska och sociala konsekvenser. Personer som utsätts för våld i nära relation söker i stor utsträckning hälso- och sjukvård, vilket gör gruppen angelägen för sjuksköterskan vars ansvar är att främja hälsa. Sedan 2018 fastslår dessutom Högskoleförordningen att den legitimerade sjuksköterskan ska ha kunskap om våld i nära relation. Trots att patienter sällan själva berättar om våldet, är de i regel positiva till att tillfrågas om våld i vårdssammanhang. Det finns flera riktlinjer och rekommendationer som uppmanar sjuksköterskan att fråga patienter om de utsätts för våld. Att fråga om våld är dessutom i linje med en personcentrerad vård. Hälso- och sjukvården har pekats ut som en viktig arena för att fånga upp de som utsätts för våld och situationen har visat sig kunna förbättras för patienten om sjuksköterskan frågar om våld utsatthet. Trots detta är det en stor andel sjuksköterskor som inte frågar patienter om våld i nära relation. När sjuksköterskor undviker samtal om våld riskerar patienter att fortsätta drabbas av våldets konsekvenser. Kunskap om de förutsättningar som krävs för att kunna fråga om våld skulle möjliggöra för sjuksköterskor att utföra omvårdnad i enlighet med riktlinjer, professionens ansvar och en personcentrerad vård. Inte minst hade livet kunnat förbättras för de individer som utsätts för våldet.

## **SYFTE**

Syftet var att beskriva faktorer som påverkar huruvida sjuksköterskor frågar patienter om våld i nära relation.

## **METOD**

### **Design**

Studien som genomfördes var en icke-systematisk litteraturöversikt. Med utgångspunkt i studiens syfte genomfördes en strukturerad sökning av befintlig litteratur inom ämnet. Ett urval av vetenskapliga artiklar sammanställdes och värderades varvid slutsatser kunde dras. Litteraturöversiktens resultat bygger på ett selektivt urval av litteraturen inom ämnet och betraktas därför som en sekundärkälla, till skillnad från systematiska översikter som syftar till att sammanställa all befintlig litteratur och betraktas som primärkällor (Kristensson, 2014, s. 150-153). Däremot genomfördes litteraturöversikten utifrån samma struktur som för en systematisk översikt. Det innebär att den inkluderade litteraturen har inhämtats från flera databaser, kvalitetsgranskats utifrån bland annat bias och att studiens samtliga steg redovisas (Statens beredning för medicinsk och social utvärdering, 2023).

Examensarbetets begränsade tidsram föranledde valet av en icke-systematisk litteraturöversikt framför en systematisk sådan. Systematiska litteraturöversikter anses vara en av de viktigaste komponenterna för en evidensbaserad hälso- och sjukvård, men även en

icke-systematisk översikt kan bidra med värdefull kunskap. Studien kan öka förståelsen för och bidra till lösningar på problem inom sjuksköterskans kliniska arbete, vilket i detta fall gäller de förutsättningar som krävs för att fråga patienter om våldsutsatthet. På så sätt kan studien bli ett stöd för att omsätta kunskap i praktiken (Kristensson, 2014, s. 150-153).

## **Urval**

För att sökningarna skulle generera resultat som var relevanta för studiens syfte krävdes tydliga urvalskriterier. Urvalskriterierna utgick från syftets bärande delar med avsikt att göra sökningen träffsäker (Kristensson, 2014, s. 156). För att uppnå ett analyserbart material skulle urvalet uppgå till minst 10-15 artiklar. Redovisning av urvalskriterier bidrar dessutom till studiens reproducerbarhet och transparens. Att andra personer med hjälp av urvalskriterier kan återskapa sökningen ökar studiens tillförlitlighet (Rosén, 2023, s. 437). Följande text redogör för de avgränsningar och inklusions- och exklusionskriterier som användes för litteraturoversikten.

### Avgränsningar

En avgränsning var att enbart inkludera vetenskapligt publicerade originalartiklar, vilket anses vara ett kriterium för att säkerställa vetenskaplig kvalitet (Backman, 2016, s. 78). Samtliga artiklar som inkluderades var dessutom peer reviewed. Att studierna granskats av andra forskare är ytterligare ett sätt att säkerställa vetenskaplig kvalitet (Helgesson, 2015, s. 81-82). En språklig avgränsning var att artiklarna var skrivna på engelska, eftersom att majoriteten av publicerade artiklar är skrivna på engelska och att en avgränsning till svenska artiklar hade genererat för få träffar (Östlundh, 2022, s. 102). För att forskningen som studerades skulle vara aktuell gjordes avgränsningen att studierna publicerats de senaste tio åren (Kristensson, 2014, s. 162). Detta innefattar artiklar som publicerats mellan årtalen 2014 och 2024.

### Inklusionskriterier

Mot bakgrund av studiens syfte var ett inklusionskriterium att populationen som undersöktes i artiklarna var sjuksköterskor som vårdar vuxna personer över 18 år. Även sjuksköterskor med olika vidareutbildningar, exempelvis barnmorskor och distriktssjuksköterskor, inkluderades. Artiklar med forskning som genomförts vid alla typer av verksamheter inkluderades. För att ytterligare överensstämja med studiens syfte var ett inklusionskriterium att artiklarna studerade att lyfta ämnet våld i nära relation med patienter. Både artiklar med kvalitativ och kvantitativ metodansats inkluderades. Med avsikt att ha ett globalt perspektiv inkluderades studier från hela världen.

### Exklusionskriterier

Artiklar som studerar patientens upplevelse av att tillfrågas om våld exkluderades, eftersom det inte överensstämmer med litteraturoversiktens syfte. På motsvarande sätt exkluderades studier som undersökte andra yrkesgrupper än sjuksköterskor inom hälso- och sjukvården. Ytterligare studier som exkluderades var de som enbart undersökte sjuksköterskors kunskap om våld i nära relation eller sjuksköterskors förmåga att identifiera eller behandla våldsutsatta personer. Slutligen var ett exklusionskriterium att studien undersökte effekten av en intervention.

## Datainsamling

### Sökstrategi

Att skapa en sökstrategi handlar bland annat om att identifiera sökvägar. Sökningarna för litteraturöversikten genomfördes i databaserna PubMed och CINAHL, eftersom systematiska sökningar i bibliografiska databaser är den mest effektiva metoden för att hitta studier till en litteraturöversikt. (Kristensson, 2014, s. 158-159). Valet av databaser avgjordes i sin tur av studiens syfte. PubMed tillhandahålls av National Library of Medicine och innehåller vetenskaplig litteratur med medicinsk inriktning. Med cirka 21 miljoner samlade artiklar är det den största databasen för ändamålet. CINAHL, Cumulative Index to Nursing and Allied Health Literature, är en annan omfattande databas och har en vårdvetenskaplig inriktning (Kristensson, 2014, s. 158-159). Mot bakgrund av databasernas medicinska och vårdvetenskapliga orienteringar ansågs de användbara för litteraturstudiens syfte.

Utöver att identifiera sökvägar behöver en god sökstrategi identifiera sökord. För att hitta relevanta studier bland de många miljoner som finns utgick sökningen från de nyckelbegrepp som finns i litteraturöversiktens syfte (Kristensson, 2014, s. 158-159). Syftet delades in i tre block med identifierade nyckelbegrepp i respektive block. Ett sökblock utgick från *våld i nära relation*, ett sökblock utgick från *faktorer som påverkar att ställa frågan* och ett sökblock utgick från *sjuksköterskor*. Med hjälp av bibliotekarier på Sophiahemmet Högskola utökades respektive sökblock med liknande termer med utgångspunkt i databasernas indexord. Sökningar som genomfördes i databasen PubMed utgick från MeSH-termer och sökningar i CINAHL utgick från Subject headings. Genom att utgå från katalogiserade och strukturerade indexord blev sökningen mer specifik (Kristensson, 2014, s. 160). I de fall indexord saknades kompletterades sökningen med ord i fritext. Med hjälp av trunkering i form av en asterisk (\*) utökades fritexttermer till att inkludera olika suffix (Östlundh, 2022, s. 94-95).

När relevanta söktermer för respektive nyckelbegrepp tagits fram kombinerades de med booleska sökoperatörer, vilket är nödvändigt för att kunna genomföra en litteratursökning (Kristensson, 2014, s. 161). Sökorden kombinerades först med sökoperanden "OR" för att skapa ett sökblock. Sökblocken kombinerades därefter med sökoperanden "AND" för att generera träffar som enbart innehöll termer från samtliga sökblock. Flera inledande sökningar genomfördes och utvärderades varpå sökningar och söktermer reviderades och förfinades. Denna sökprocess fortsatte tills studiens slutliga sökningar fastställts (Östlundh, 2022, s. 80-81). De två slutliga sökningarna presenteras nedan, se tabell 1, med syfte att bidra till studiens reproducerbarhet (Kristensson, 2014, s. 162-164).

### Sökningar

Litteraturöversiktens första sökning genomfördes i databasen PubMed, se tabell 1. Som beskrivet skapades tre sökblock med MeSH-termer samt ord i fritext. Det första sökblocket var gällande våld i nära relation och innehöll MeSH-termerna *domestic violence (noExp)*, *intimate partner violence*, *spouse abuse* och *battered women*. Det andra sökblocket var gällande faktorer som påverkar att fråga. Då relevanta MeSH-termer saknades utgick sökblocket från termer i fritext i titel och abstract och innefattade *facilitator\**, *screening\**, *factor\**, *barrier\**, *challenge\**, *motivation\**, *ask*, *enquiry\** och *inquiry\**. Det tredje sökblocket var gällande sjuksköterskor och innehöll MeSH-termerna *nursing staff*, *nurse's role*, *nurses* och *nurse-patient relations*. Samtliga sökord i respektive block kombinerades med sökoperanden "OR". När sökblocken skapats kombinerades de med sökoperanden

AND varpå den slutliga sökningen genomfördes. Sökningen avgränsades därefter till studier som publicerats efter 20140101 samt var skrivna på engelska. Totalt genererades 56 artiklar. Efter gallringar och kvalitetsgranskning kvarstod slutligen åtta artiklar från sökningen som inkluderades i resultatet.

Den andra sökningen genomfördes i databasen CINAHL, se tabell 1. Söktermer utgick följaktligen från subject headings samt ord i fritext. Det första sökblocket gällande våld i nära relation innehöll sökorden *domestic violence*, *intimate partner violence* och *abused women* i form av subject headings samt *battered women* och *intimate partner violence* som termer i fritext. Det andra sökblocket gällande att fråga innehöll enbart söktermer i fritext och innefattade *barrier\**, *factor\**, *screening\**, *facilitator\**, *challenge\**, *motivation\**, *ask\**, *enquiry\** och *inquiry\**. Det tredje sökblocket gällande sjuksköterskor innehöll subject headings-termerna *nurse-patient relations*, *nurse attitudes*, *nursing role*, *nursing skills* och *nurses (+)*. Samtliga sökord i respektive block kombinerades med sökoperanden "OR" och de tre sökblocken kombinerades sedan med sökoperanden "AND". Sökningen genomfördes och avgränsades till artiklar som publicerats efter 20140101, var skrivna på engelska, genomgått peer review och klassades som research articles. Totalt genererades 136 artiklar. Efter gallringar och kvalitetsgranskning samt exkludering av de åtta artiklar som överlappade med resultatet från PubMed, kvarstod slutligen fyra artiklar från sökningen som inkluderades i resultatet.

Tabell 1: Redovisning av datainsamling.

Datum Databas	Sökord	Avgränsningar	Antal träffar	Antal lästa abstrakt	Antal lästa artiklar	Antal inkluderade artiklar
240903 PubMed	I tr jxyh% [rt:qshj R jxmS tJ}ul% TW%yr fyj %fwesjw% [rt:qshj R jxm%TW% Xutzxj %gzxj R jxm%TW% Gfyyjwji% tr js R jxm% <b>AND</b> Kfhnyfytw/%TW% xhwjjsrl/Ynj4Fgxyfhy %TW% kfhyt w/Ynj4Fgxyfhy% TW% Gfwrjw/Ynj4Fgxyfhy% TW% hmfqj slj/Ynj4Fgxyfhy %TW% r tyf fyt s/Ynj4Fgxyfhy %TW% jsvzrw-/Ynj4Fgxyfhy% TW% rsvzrw-/Ynj4Fgxyfhy% <b>AND</b> S zwarsl %yfkR jxm%TW% S zwj x%wtcj R jxm%TW% S zwjx R jxm%TW%S zwj2 Ufyj syw jcfytsx R jxm% TW%	Publication Date: 10 years  Article language: English	56	56	10	8

240903 CINAHL	MH Domestic Violence OR MH Intimate Partner Violence OR MH Abused Women OR battered women OR intimate partner violence <b>AND</b> barrier* OR factor* OR screening* OR facilitator* OR challenge* OR motivation* OR ask* OR enquiry* OR inquiry* <b>AND</b> MH Nurse-Patient Relations OR MH Nurse Attitudes OR MH Nursing Role OR (MH Nursing Skills OR MH Nurses+	Publication Date: 20140101  English Language  Peer Reviewed  Research Article	136	136	9 (exklusive 8 dubletter från sökningen i PubMed)	4 (exklusive 8 dubletter från sökningen i PubMed)
<b>TOTALT</b>			192	192	19	12

### Beskrivning av artiklarna

Sammanlagt inkluderades 12 artiklar i resultatet. Av dessa hade två av artiklarna en kvantitativ metodansats, nio hade en kvalitativ metod och en artikel använde både kvantitativ och kvalitativ metod. Deltagarna var övervägande kvinnliga sjuksköterskor. Sjuksköterskeprofessioner som fanns representerade var grundutbildade sjuksköterskor, barnmorskor, psykiatrisjuksköterskor, distriktssjuksköterskor och akutsjuksköterskor. Sjuksköterskorna arbetade inom somatisk vård, psykiatri, mödravård och antenatalvård samt på akutmottagning, vårdcentral och kvinnokliniker. En studie specificerade inte verksamheten och tre studier genomfördes inom flera olika verksamheter. Studierna genomfördes i Sverige, Jordanien, Saudiarabien, Egypten, Australien, Norge, Indien, Sydafrika, USA och Irland.

### **Kvalitetsgranskning**

Eftersom sökningar ofta genererar många träffar kommer artiklarnas vetenskapliga kvalitet att variera. En noggrann, kritisk granskning av den genererade litteraturen var därför nödvändig för att säkerställa att artiklarna var av tillräckligt hög kvalitet för att ingå i litteraturstudien. Gallringar av sökningarnas resultat genomfördes som ett första steg i en sådan kvalitetsgranskning, med avsikt att välja ut de artiklar som svarade på studiens syfte (Kristensson, 2014, s. 164-165).

Samtliga titlar och abstracts till de totalt 192 artiklar som genererats lästes igenom. Först genomfördes individuella grovsällningar genom att bedöma vilka artiklar som svarade på studiens syfte, varpå urvalen jämfördes och diskuterades. Efter den första gallringen kvarstod tio artiklar från PubMed och nio från CINAHL att läsa i fulltext. Likt den första gallringen lästes de 19 artiklarna individuellt i sin helhet varpå bedömningarna jämfördes. Av den andra sällningen exkluderades ytterligare sju artiklar vilka bedömdes irrelevanta för studiens syfte. Resultatet av de två gallringarna blev ett urval på totalt 12 artiklar.



Det tredje steget i kvalitetsgranskningen innebar att utifrån en systematisk struktur bedöma de 12 artiklarnas validitet, trovärdighet och förekomst av bias. Detta möjliggjordes genom att använda en granskningsmall (Kristensson, 2014, s. 165). Den granskningsmall som användes i litteraturöversikten har utformats av Sophiahemmet Högskola. Mallen är modifierad utifrån Berg et al. (1999) samt Willman et al. (2016) och används för att bedöma både studier med kvalitativ och kvantitativ metodansats, se bilaga A. Med hjälp av granskningsmallen klassificerades studien baserat på dess metod. Därefter bedömdes den vetenskapliga kvaliteten som låg (III), medel (II) eller hög (I) utifrån olika kriterier beroende på klassificering. Aspekter som granskades avsåg framför allt studiens metodologiska genomförande. De delar som enligt klassificeringen var relevanta för bedömning lästes individuellt, varpå dessa diskuterades och motiverades (Kristensson, 2014, s. 165).

Eftersom granskningsmallen inte tillgodoser exakta gränser för när en artikel har tillräcklig eller otillräcklig kvalitet inkluderades enbart de studier som ansågs ha en hög eller medelhög kvalitet (Berg et al., 1999; Willman et al., 2016). Kvalitetsgranskningen resulterade i att tre artiklar ansågs vara av hög vetenskaplig kvalitet, nio artiklar ansågs vara av medelhög vetenskaplig kvalitet och ingen artikel ansågs vara av låg vetenskaplig kvalitet, se matris i bilaga B. Följaktligen inkluderades samtliga 12 artiklar i litteraturöversiktens resultatdel.

## Dataanalys

Den analysmetod som användes var en integrerad analys. En integrerad analys möjliggör en kombinerad analys av olika sorters data (Whittemore & Knafl, 2005) vilket hade relevans för litteraturstudien som inkluderade både artiklar med kvantitativ och kvalitativ data. Med hjälp av en integrerad analys kunde resultaten i litteraturstudien förstås, värderas och presenteras i relation till varandra, istället för separat (Kristensson, 2014, s. 174).

Studenter efterfrågar ofta riktlinjer kring hur en integrerad analys går till, men Polit och Beck (2021, s. 598) konstaterar att det inte finns helt tydliga regler för hur data ska analyseras. Däremot finns ett tydligt tillvägagångssätt som innebär att data från alla artiklar sorterades, kodades, kategoriserades och summerades för att en gemensam slutsats skulle kunna genereras av resultaten. Målet var att göra en grundlig och objektiv tolkning av primärkällornas samlade data (Whittemore & Knafl, 2005). Tillvägagångssättet delas vanligtvis in i tre steg (Kristensson, 2014, s. 174), se figur 1.



**Figur 1.** Den integrerade dataanalysens tre steg

Det första steget var att resultatdelen i samtliga 12 artiklar lästes igenom. Under genomläsningen studerades de olika resultaten för att identifiera likheter och skillnader i de olika studierna. Därefter, i det andra steget, delades artiklarnas texter upp. Alla meningsbärande enheter, det vill säga de delar i resultaten som svarade på syftet, identifierades. Dessa mindre beståndsdelar kallades koder. Samtliga koder extraherades ur artiklarna och samlades i ett gemensamt dokument. I det här stadiet utkristalliserades resultatets huvudteman. Under två dagar pågick arbetet med att sammanställa koderna till subteman. Först skapades kluster av koder som rörde samma ämne. Ett krav var att inga koder fick utelämnas. Inledningsvis utarbetades två förslag av subteman. Dessa förslag jämfördes sedan och en diskussion fördes kring likheter och skillnader. Till sist fastställdes subteman genom en kombination av respektive förslag. Slutligen, i det tredje steget, kunde flera subteman grupperas under övergripande huvudteman vilka blev grunden för litteraturöversiktens resultat.

### **Forskningsetiska överväganden**

Eftersom etik som ämne är föränderligt och påverkas av både tid och plats, behöver forskningsvärldens etiska överväganden utgå från en tydlig och gemensam grund, som Helsingforsdeklarationen. Att forskning förhåller sig till deklarationen säkerställer etisk försvarbarhet kring bland annat granskning, samtycke och kompetens (Vergnes et al., 2010). Helsingforsdeklarationen är en av de mest inflytelserika etiska koderna inom medicinsk forskning. I Sverige och många andra länder har etiska kommittéer, som i stor utsträckning följer Helsingforsdeklarationens riktlinjer, upprättats för att på ett organiserat sätt granska forskning (Sandman & Kjellström, 2018, s. 374-378). För att säkerställa att studierna i litteraturöversikten uppfyllde kraven på etisk försvarbarhet, kontrollerades att de fått godkännande från etiska kommittéer eller motsvarande etiskt godkännande från de institutioner där studierna genomfördes.

Ytterligare etiska överväganden behövde bland annat göras i samband med urval. Den forskning som var grund för litteraturöversikten skulle bygga på bra metoder, vara tillförlitlig och relevant samt hålla god vetenskaplig kvalitet (Helgesson, 2015, s. 53-55). Detta säkerställdes bland annat genom att kontrollera att artiklarna var peer reviewed (Helgesson, 2015, s. 81-82). De artiklar som genererades via CINAHL granskades genom att databasen automatiskt avgränsar sökresultaten till att endast omfatta peer reviewed-artiklar. För artiklar från PubMed genomfördes en manuell kontroll för att säkerställa att de aktuella tidskrifterna enbart publicerar peer reviewed-artiklar. Att artiklarna var av god vetenskaplig kvalitet säkerställdes därtill genom kvalitetsgranskningen.

I Sverige ska forskning utföras i enlighet med Etikprövningslagen (SFS 2003:460) vilken fastslår att enskilda individer och människovärdet ska skyddas. Litteraturstudien i detta arbete, som utfördes inom ramen för högskolestudier, kräver inte prövning enligt lagen. Däremot behöver forskning följa etiska riktlinjer, oavsett om den prövas eller ej (Sandman & Kjellström, 2018, s. 378). Det innebär bland annat att litteraturstudien behövde upprätthålla öppenhet kring metodval, genomförande och utfall (Helgesson, 2015, s. 60-66). Noggrann redovisning av samtliga steg i litteraturöversiktens process har bidragit till sådan öppenhet. Det finns dessutom risk för bias när en integrerad analys genomförs, exempelvis genom att data från primärkällorna faller bort eller utelämnas. Av den anledningen användes systematiska metoder som är specifika för analysen (Whittemore & Knafl, 2005), vilket redogjorts för under avsnittet för dataanalys.

Resultat får inte plagieras, fabriceras eller förvanskas (Helgesson, 2015, s. 60-66). Ett sätt att säkerställa att sådant undvikits är genom tydlig referenshantering. Genom att använda referenssystemet American Psychological Association [APA], vilket modifierats av Sophiahemmet Högskola, har transparens upprätthållits kring varifrån kunskap inhämtats. Referenshantering, det vill säga att hänvisa till den ursprungliga källan, var nödvändigt för att säkerställa arbetets vetenskapliga akribi (Gunnarsson, 2023, s. 501). Arbetet har dessutom genomgått plagiatkontroll av verktyget Ouriginal.

I rollen som sjuksköterskestudenter behövde även det egna etiska ansvaret tas i beaktande. Det har inneburit att agera utifrån en värdegrund byggd på bland annat professionalitet, respekt, ansvar och empati (International Council of Nurses, 2021). Det har också inneburit att uppmärksamma att avvikelser från god forskningssed kan vara avsiktliga eller oavsiktliga, vilket betyder att exempelvis fabricering eller partiskhet kan ske omedvetet (Helgesson, 2015, s. 62). Eftersom att etiska övertramp kan ske utan uppsåt fördes en kontinuerlig diskussion om arbetsprocessen med syfte att upprätthålla medvetenhet kring och få syn på eventuella snedsteg.

## RESULTAT

Av litteraturöversiktens 12 artiklar framkom flera faktorer som påverkar om sjuksköterskan frågar patienter om våld i nära relation. Som resultat av dataanalysen utarbetades två huvudteman, vilka beskrivs med hjälp av totalt nio subteman, se figur 2. Resultatet inleds med en kort sammanfattning, följt av en detaljerad presentation av varje tema och dess tillhörande subteman under respektive rubrik.

De faktorer som påverkar om sjuksköterskor frågar om våld delades in i *faktorer som skapar möjlighet för att fråga patienter om våldsutsatthet* och *faktorer som utgör hinder för att fråga patienter om våldsutsatthet*. Faktorer som skapade möjlighet för samtal om våldsutsatthet framkom i form av att frågor om våld ingick i sjuksköterskans arbetsuppgift. Kunskap om tecken på våld och tydliga rutiner inom verksamheten bidrog också till att sjuksköterskor frågade om våld. Likaså bidrog en god relation med patienten till fler frågor om våld. Sjuksköterskor motiverades också av ett personligt engagemang för ämnet och egna livserfarenheter. Faktorer som hindrade samtal om våldsutsatthet framkom i sin tur i form av att sjuksköterskor inte ansåg att frågor om våld var inom professionens ansvar. Sjuksköterskor hindrades därtill av en hög arbetsbelastning, avsaknad av riktlinjer och brister i verksamhetens rutiner. Kunskapsluckor, fördomar och personliga rädslor var andra faktorer som hindrade sjuksköterskor från att fråga patienter om våld.



**Figur 2.** Översikt av teman och subteman

## **Faktorer som skapar möjlighet för att fråga patienter om våldsutsatthet**

### Våld i nära relation är sjuksköterskans ansvarsområde

Frågor om våld i nära relation möjliggjordes av att sjuksköterskor ansåg att det var en del av deras professionella roll att fråga patienter om våldsutsatthet (Eustace et al., 2016; Henriksen et al., 2017; Sprague et al., 2017; Webster 2019). Det framkom i form av att det ingick i sjuksköterskans arbetsuppgifter att screena för våld i nära relation (Eustace et al., 2016; Webster 2019) och att sjuksköterskor upplevde en moralisk plikt att fråga patienter om våld (Henriksen et al., 2017). Den moraliska plikten kunde vara en starkare drivkraft att ställa frågor om våld i nära relation än de riktlinjer som uppmanade till att göra det (Henriksen et al., 2017). Att våld i nära relation är inom sjuksköterskans ansvarsområde visade sig också genom att sjuksköterskor upplevde att patienter förväntade sig att få hjälp med våldsutsatthet (Sprague et al., 2017). Sjuksköterskor identifierade även fysiskt, sexuellt och emotionellt våld som deras professionella angelägenhet (Poreddi et al., 2020). Sjuksköterskor beskrev att våldets negativa hälsokonsekvenser utgör kärnan av deras professionella ansvar och att deras ansvar att fråga om våld av den anledningen ingick i sjuksköterskans övergripande ansvar att vårda (Sprague et al., 2017).

Att våld i nära relation är inom sjuksköterskans ansvarsområde framkom också i form av att sjuksköterskor hade kunskap om ämnet, vilket i sin tur skapade möjlighet för frågor om våldsutsatthet. Kunskap om tecken på våld och dess konsekvenser gjorde att sjuksköterskor kunde ta upp ämnet med patienter (Aregger Lundh et al., 2023; Henriksen et al., 2017; Poreddi et al., 2020; Sprague et al., 2017; Sundborg et al., 2017). Förmågan att se diffusa tecken på våld lyftes fram som något som särskilt skapade möjlighet att fråga om våld (Henriksen et al., 2017; Sprague et al., 2017; Sundborg et al., 2017). Sjuksköterskor beskrev att tydliga fysiska tecken och skador, som blåmärken, leder till att de frågar om våldsutsatthet, men att även låg självkänsla, psykosomatisk smärta och depression är tydliga indikationer som gör att de ställer frågor om våld till patienter (Sprague et al., 2017; Sundborg et al., 2017). En diskrepans mellan patientens skada och berättelse samt avvikelser i relationen mellan patient och närstående kunde ge upphov till en dålig magkänsla hos sjuksköterskor, vilket också ledde till att de frågade patienter om våld i nära relation (Aregger Lundh et al., 2023).

### En förberedd verksamhet

Att fråga patienter om våld i nära relation möjliggjordes av att verksamheten där sjuksköterskor arbetade var förberedd i avseendet (Aregger Lundh et al., 2023; Henriksen et al., 2017; Sundborg et al., 2017; Sutherland et al., 2020; Webster, 2019). Tydliga rutiner för att fråga om våld bidrog till sådan beredskap (Aregger Lundh et al., 2023; Sundborg et al., 2017; Sutherland et al., 2020). Det innebar bland annat att sjuksköterskorna hade tillgång till standardiserade frågeformulär för att underlätta samtal om våld i nära relation (Aregger Lundh et al., 2023) och riktlinjer för hur frågor bäst formuleras (Sundborg et al., 2017). Verksamheter som implementerat rutinmässig screening av våld uppvisade en högre frekvens av sjuksköterskor som frågade om våld jämfört med de verksamheter som saknade rutiner. Likaså genomförde fler sjuksköterskor screening av våld när verksamheter gjorde screening till en organisatorisk prioritet (Sutherland et al., 2020).

En förberedd verksamhet kännetecknades också av stöd från arbetsgruppen (Aregger Lundh et al., 2023; Sundborg et al., 2017). Sjuksköterskor framhöll vikten av samverkan med andra professioner, som socialarbetare och kollegor, för att kunna fråga patienter om våld i nära relation. Vetskapen om att det finns professionellt stöd från kollegor i det fall en

patient berättar om våldsutsatthet gjorde att sjuksköterskor kunde ställa frågor om våld till patienter. En stöttande arbetsmiljö, där funderingar om våld i nära relation kan diskuteras öppet, möjliggjorde också samtal om våld med patienter (Sundborg et al., 2017).

En förberedd verksamhet innefattade även att sjuksköterskor hade fått träna på att fråga om våld. Sjuksköterskor beskrev det som att övning ger färdighet och att praktisk erfarenhet bidrog till att de tog upp ämnet med patienter (Webster, 2019). När sjuksköterskor fått öva på att fråga om våld ökade även intentionen att screena för våld (Sutherland et al., 2020).

#### Inre motivation och engagemang

Sjuksköterskors inre liv, kopplat till både deras yrkesroll och deras person, bidrog till att de frågade patienter om våld i nära relation. Inställning, tankar och känslor framkom som faktorer som skapade möjlighet för samtal om våldsutsatthet (Al-Natour et al., 2016; Eustace et al., 2016; Henriksen et al., 2017; Sprague et al., 2017; Sundborg et al., 2017; Sutherland et al., 2020). Bland annat kunde sjuksköterskors personliga engagemang för deras yrkesroll stärka känslan av ansvar att screena för våld i nära relation (Eustace et al., 2016). Sjuksköterskor motiverades även av en tro på och glädje inför att screening kunde göra skillnad i våldsutsatta patienters liv (Al-Natour et al., 2016; Henriksen et al., 2017). Vidare påverkades sjuksköterskors benägenhet att fråga om våld av deras självförtroende. De med hög tilltro till sin egen förmåga genomförde oftare screening av våld i nära relation. Likaså ledde en positiv inställning till att fler sjuksköterskor frågade patienter om våld (Sutherland et al., 2020). Vetskapen om att våldsutsatta personer inte får tillräckligt stöd från andra håll i samhället var ytterligare en faktor som stärkte sjuksköterskornas inre motivation att själva ta upp ämnet med patienter (Sprague et al., 2017).

Erfarenheter från det egna livet motiverade sjuksköterskor att fråga patienter om våld i nära relation (Al-Natour et al., 2016; Henriksen et al., 2017; Sprague et al., 2017; Sundborg et al., 2017). Det framkom bland annat i form av att sjuksköterskor beskrev hur ett personligt engagemang för ämnet våld i nära relation motiverade dem att fråga, trots känslor av osäkerhet och brist på praktisk erfarenhet (Henriksen et al., 2017). Egen erfarenhet av våld i nära relation eller annat lidande bidrog också till att sjuksköterskor frågade patienter om våldsutsatthet (Sprague et al., 2017; Sundborg et al., 2017). Samtal om våld möjliggjordes dessutom av sjuksköterskors inre mod (Aregger Lundh et al., 2023) och deras förmåga att leva sig in i patientens upplevelse (Al-Natour et al., 2016). Insikten om att det kunde finnas någon i deras egen närhet som behövde screening för våld motiverade sjuksköterskor att genomföra screening av patienter (Al-Natour et al., 2016). Emotionellt stöd från närstående, exempelvis en partner eller vän, uppgavs som ytterligare en faktor som bidrog till att sjuksköterskor ställde frågor om våld till patienter (Sundborg et al., 2017).

#### Rätt förutsättningar i patientmötet

Praktiska och relationella faktorer i själva patientmötet kunde skapa rätt förutsättningar för att fråga om våld i nära relation (Al-Natour et al., 2014; Aregger Lundh et al., 2023; Eustace et al., 2016; Henriksen et al., 2017; Sundborg et al., 2017; Webster, 2019). En sådan förutsättning var att sjuksköterska och patient hade en god relation. En tillitsfull relation, där patienten känner förtroende för sjuksköterskan, framkom som något nödvändigt för att kunna fråga patienten om våldsutsatthet (Eustace et al., 2016; Henriksen et al., 2017; Sundborg et al., 2017). Om relationen mellan sjuksköterska och patient var långvarig underlättade det för samtal om våld. Kontakt över lång tid gjorde att sjuksköterskor kunde fånga upp avvikelser i patientens beteende, som nedstämdhet eller

beteendeförändringar i närvaro av en partner. Sjuksköterskor beskrev hur sådana avvikelser fick dem att lyfta ämnet med patienter, eftersom det kunde indikera våld i nära relation (Eustace et al., 2016).

Det framkom även praktiska förutsättningar som möjliggjorde för samtal om våld i nära relation. Bland annat kunde kontinuitet i vårdkontakten bidra till fler tillfällen att fråga om våldsutsatthet (Eustace et al., 2016; Webster, 2019). Möjligheten att prata med patienten i enrum och att prata samma språk som patienten var andra praktiska förutsättningar för att fråga om våld (Aregger Lundh et al., 2023). Sjuksköterskor beskrev även hur strategier för att avdramatisera ämnet underlättade för dem att fråga patienter om våld. Det innebar bland annat att börja med att diskutera ett annat ämne, som alkoholvanor, för att smidigare kunna övergå till våldsutsatthet, eller att inleda samtalet med att säga att alla patienter får frågor om våldsutsatthet (Henriksen et al., 2017).

### **Faktorer som utgör hinder för att fråga patienter om våldsutsatthet**

#### Det är inte sjuksköterskans roll

Subtemat beskriver hur sjuksköterskor inte ansåg att det var inom professionens ansvar att fråga patienter om våld i nära relation (Al-Natour et al., 2014; Al-Natour et al., 2016; Alshammari et al., 2023; Poreddi et al., 2020; Sundborg et al., 2017). Det framkom bland annat i form av att screening av våld inte betraktades som en del av sjuksköterskans arbetsuppgifter, vilket i sin tur hindrade sjuksköterskor från att ställa frågan till patienten (Al-Natour et al., 2014; Al-Natour et al., 2016; Poreddi et al., 2020). Sjuksköterskor upplevde att de saknade auktoritet att screena patienter för våld i nära relation (Al-Natour et al., 2016). De ansåg också att de saknade lagligt mandat att ta beslut angående patienters våldsutsatthet och att de därför inte såg det som sin plikt att fråga patienterna om våld (Alshammari et al., 2023).

Sjuksköterskor beskrev även att de inte såg det som sin roll att ta upp ämnet med patienter därför att ansvaret att göra det låg hos andra professioner (Alshammari et al., 2017; Sundborg et al., 2017). Sjuksköterskor beskrev hur de, vid misstanke om att en patient utsattes för våld i nära relation, överlämnade ansvaret att ta upp ämnet till andra professioner, såsom läkare och socialarbetare (Sundborg et al., 2017). Eftersom läkare ansågs inneha en högre auktoritet, menade sjuksköterskor att de är den yrkesgrupp som ska genomföra screening av våld. Avsaknad av auktoritet och riktlinjer kring deras roll att fråga gjorde att sjuksköterskor inte kände sig ansvariga för att hjälpa våldsutsatta kvinnor. Det bidrog till att de förblev tysta, även när patienter visade tecken på våld i nära relation (Alshammari et al., 2023).

#### Organisatoriska brister

Subtemat beskriver de organisatoriska brister som framkom och hindrar sjuksköterskor från att fråga patienter om våld i nära relation. Tidsbrist återkom som en faktor som utgör hinder för frågor om våld (Aregger Lundh et al., 2023; Eustace et al., 2016; Henriksen et al., 2017; Poreddi et al., 2020; Sundborg et al., 2017; Sutherland et al., 2020). Screening av våld beskrevs som alltför tidskrävande och försvårades av hög arbetsbelastning (Poreddi et al., 2020; Sutherland et al., 2020), stress (Aregger Lundh et al., 2023) och låg bemanning (Poreddi et al., 2020). Riktlinjer för att fråga om våld beskrevs även som orealistiska i förhållande till verkligheten (Henriksen et al., 2017). Sjuksköterskor hindrades också att ställa frågan eftersom medicinsk vård prioriterades över säkerhet och screening (Al-Natour et al., 2016) och av att screening av våld ansågs störa det kliniska arbetet (Sutherland et al.,

2020). I verksamheter med höga flöden av patienter nedprioriterades ofta komplexa interventioner som samtal om våldsutsatthet (Aregger Lundh et al., 2023). Höga arbetsbelastning kunde också leda till att sjuksköterskor helt enkelt glömde bort att fråga patienter om våld i nära relation (Henriksen et al., 2017; Sundborg et al., 2017).

Avsaknad av rutiner och riktlinjer var andra organisatoriska brister som utgjorde hinder för att fråga patienter om våld i nära relation (Alshammari et al., 2023; Henriksen et al., 2017; Poreddi et al., 2020). Sjuksköterskor som saknade standardiserade frågeformulär (Poreddi et al., 2020) och tydliga rutiner för hur screening går till (Alshammari et al., 2023) undvek att fråga patienter om våldsutsatthet. När det saknades formella riktlinjer om hur frågor om våld bör ställas frågade sjuksköterskor enbart de patienter som uppvisade fysiska tecken på våld (Sundborg et al., 2017). Bristande stöd för våldsutsatta identifierades som en annan organisatorisk brist. Sjuksköterskor hindrades av att det saknades riktlinjer för hur patienter som berättar om våldsutsatthet ska remitteras (Henriksen et al., 2017). Sjuksköterskor beskrev hur de undvek att fråga om våld i nära relation eftersom det saknades tillräckligt stöd, i form av psykiatrisk vård eller socialarbetare, för de patienter som berättade om våldsutsatthet (Al-Natour et al., 2014; Eustace et al., 2016).

Organisatoriska brister utgjordes även av praktiska hinder för samtal om våld (Aregger Lundh et al., 2023; Eustace et al., 2016; Henriksen et al., 2017; Poreddi et al., 2020). Sjuksköterskor upplevde svårigheter att ta upp ämnet på grund av brist på privata utrymmen för enskilda samtal (Aregger Lundh et al., 2023; Poreddi et al., 2020). När patienten hade med sig en närstående eller anhörig undvek sjuksköterskor att fråga om våldsutsatthet (Henriksen et al., 2017). Vidare beskrevs hur bristande kontinuitet bidrog till en sämre relation mellan sjuksköterska och patient, vilket i sin tur försvårade samtal om känsliga ämnen som våld i nära relation (Aregger Lundh et al., 2023; Eustace et al., 2016).

#### Sjuksköterskans kunskapsluckor

Ett återkommande resultat var att sjuksköterskor inte frågade patienter om våld i nära relation till följd av kunskapsluckor (Al-Natour et al., 2014; Al-Natour et al., 2016; Sutherland et al., 2020; Alshammari et al., 2023; Aregger Lundh et al., 2023; Eustace et al., 2016; Henriksen et al., 2017; Poreddi et al., 2020; Sundborg et al., 2017). Kunskapsbrist framkom inom flera områden. Sjuksköterskor hindrades bland annat av att de inte hade tillgång till information om våld i nära relation (Al-Natour et al., 2014). De saknade också kunskap om hur våld tar sig uttryck. Det märktes genom att sjuksköterskor tenderade att inte fråga om våld i de fall patienter saknade fysiska skador och istället uppvisade psykosomatiska symtom, såsom kronisk smärta och depression (Aregger Lundh et al., 2023).

Kunskapsluckor framkom också avseende hur frågor om våld bör ställas. Brist på träning identifierades som en faktor som utgjorde hinder för frågor om våld. Sjuksköterskor hade inte fått tillräcklig övning i att ställa frågor om våld, vilket ledde till att de undvek att göra det (Al-Natour et al., 2016; Alshammari et al., 2023; Eustace et al., 2016; Henriksen et al., 2017; Poreddi et al., 2020; Sutherland et al., 2020). Vidare undvek de att fråga patienter om våld därför att de saknade strategier för hur frågan skulle ställas och inte visste när eller vem som borde tillfrågas (Aregger Lundh et al., 2023; Sundborg et al., 2017).

Sjuksköterskor saknade även kunskap om de riktlinjer som rör våld i nära relation. Sjuksköterskor beskrev att de saknade kunskap om hur personer som uppger att de utsätts för våld i nära relation ska remitteras för fortsatt hjälp (Alshammari et al., 2023; Aregger

Lundh et al., 2023). Det framkom också genom att sjuksköterskor inte var införstådda med sjukhusens riktlinjer för att genomföra screening av våld i nära relation (Al-Natour et al., 2016; Alshammari et al., 2023).

#### Föreställningar om våld och våldsoffer

Kulturella normer, fördomar och misstro utgjorde hinder för samtal om våld i nära relation (Al-Natour et al., 2014; Al-Natour et al., 2016; Alshammari et al., 2023; Aziz & El-Gazzar, 2019; Henriksen et al., 2017; Sundborg et al., 2017). Sådana hindrande faktorer förekom bland annat i form av att djupt rotade kulturella normer uppmanade kvinnor, och därigenom kvinnliga sjuksköterskor, att vara tysta (Alshammari et al., 2023).

Sjuksköterskor beskrev att det ansågs kulturellt opassande för en man att screena en kvinna för våld i nära relation, vilket ledde till att sådana frågor undveks (Al-Natour et al., 2016). Sociala normer i samhället bidrog också till en normalisering och acceptans av våld i nära relation. Våld ansågs vara en privat angelägenhet eller något som normalt förekom inom äktenskapet, vilket hindrade sjuksköterskor från att ta upp ämnet med sina patienter (Alshammari et al., 2023; Aziz & El-Gazzar, 2019).

Föreställningar om våld och våldsoffer tog sig också uttryck i form av fördomar. Sjuksköterskor ansåg bland annat att våld i nära relation var offrets eget fel (Al-Natour et al., 2014). De hade också föreställningar om att vissa patientgrupper, exempelvis personer med alkoholberoende, inte betraktade våld i nära relation som ett problem, eller att personer som utsattes för våld skämdes över sin våldsutsatthet och därför inte ville prata om det (Sundborg et al., 2017). Sjuksköterskor undvek att fråga vissa grupper om våld i nära relation eftersom de ansåg att gruppen inte riskerade att utsättas. Personer med hög utbildningsnivå och ett välordnat yttre var sådana patienter som inte ansågs tillhöra högriskgrupper och därför inte behövde tillfrågas om våld (Henriksen et al., 2017). Föreställningar om att patienten inte skulle berätta om sin våldsutsatthet även om sjuksköterskan frågade gjorde också att frågor om våld uteblev (Henriksen et al., 2017).

Även misstro framkom som en faktor som hindrade sjuksköterskor från att fråga patienter om våld i nära relation. Sjuksköterskor ansåg exempelvis att öppenvården var en opassande plats för screening av våld i nära relation (Aziz & El-Gazzar, 2019). De uttryckte också skepsis mot riktlinjer som rekommenderade rutinmässig screening av våld, eftersom de inte ansåg att alla patienter var i behov av det (Henriksen et al., 2017).

#### Känslomässiga reaktioner

Sjuksköterskors känslomässiga reaktioner och farhågor återkom som något som hindrade dem från att ställa frågor om våld till patienter (Al-Natour et al., 2014; Alshammari et al., 2023; Aregger Lundh et al., 2023; Aziz & El-Gazzar, 2019; Henriksen et al., 2017; Poreddi et al., 2020; Sundborg et al., 2017). Känslorna relaterade både till patienternas situation och till sjuksköterskornas egna upplevelser. En del sjuksköterskor uttryckte oro för att kränka patienten genom att fråga om våld i nära relation (Al-Natour et al., 2014; Aziz & El-Gazzar, 2019; Poreddi et al., 2020). Farhågor framkom också i form av rädsla för att patienter skulle uppfatta sjuksköterskans frågor som nyfikenhet eller misstänka att sjuksköterskan hade för avsikt att bryta sekretess och informera närstående (Poreddi et al., 2020). Sjuksköterskor beskrev en rädsla för att bli för emotionellt investerade om de lyfte ämnet (Sundborg et al., 2017) och att de fruktade att screening av våld skulle öka risken för att patienten utsätts för ytterligare våld (Al-Natour et al., 2014; Aziz & El-Gazzar, 2019). Patientens egen ambivalens inför våldet utgjorde också ett hinder när sjuksköterskor skulle fråga om våld i nära relation (Alshammari et al., 2023).



Andra känslomässiga reaktioner beskrevs också hindra sjuksköterskor från att fråga patienter om våld i nära relation. Ämnets känsliga natur lyftes fram som något som hindrade samtal om våld, även i de fall där sjuksköterskor hade erfarenhet av att fråga (Henriksen et al., 2017). Osäkerhet och otrygghet var andra känslor som hindrade sjuksköterskor från att ställa frågan (Alshammari et al., 2023). Likaså hindrades sjuksköterskor att fråga av rädslan att framstå som dumma (Sundborg et al., 2017). Bristande självförtroende var en annan faktor som gjorde att sjuksköterskor undvek att fråga om våld (Al-Natour et al., 2014; Poreddi et al., 2020). Sjuksköterskor uttryckte även en rädsla för det ansvar som följer om en patient berättar om pågående våldsutsatthet (Henriksen et al., 2017). Rädsla framkom även inför att screening av våld skulle göra förövaren upprörd, vilket i sin tur skulle utsätta sjuksköterskorna själva för risk (Al-Natour et al., 2014; Aziz & El-Gazzar, 2019).

## **DISKUSSION**

### **Resultatdiskussion**

Resultatet av litteraturöversikten visar att faktorer som hindrar och möjliggör att fråga om våld återfinns på personnivå och på organisatorisk nivå, i mellanmänskliga kontakter och i verksamheters strukturer. Det visar samtidigt att sjuksköterskans arbete med våld i nära relation inte är isolerat till mötet med patienten eller ens till hälso- och sjukvården. Sjuksköterskans screening av våld påverkas av de kulturella och sociala normer kring våld och kvinnor som råder i samhället, av de lagar och förordningar som fastslår sjuksköterskans utbildning och professionella ansvar och av andra aktörers arbete med våld i nära relation i samhället. Det som framkommit verkar alltså återspegla att våld i nära relation är ett samhällsproblem. Samtidigt som hälso- och sjukvården har pekats ut som en central arena (WHO, 2016), och sjuksköterskans arbete spelar stor roll, belyser resultatet vikten av att samhället gör kraftanstängningar på flera håll för att minska och hantera våldsutsatthet.

Våld i nära relation har aktualiserats i samhället, vilket bland annat återspeglas i Högskoleförordningen (SFS 1993:100) och hälso- och sjukvårdens riktlinjer (HSLF-FS 2022:39). Socialstyrelsen (2014) fastslår att sjuksköterskor ska erbjudas fortbildning om våld i nära relation och att kunskap om våldet är en förutsättning för att kunna fråga patienter om våldsutsatthet. Trots att sjuksköterskan, från flera håll, numera förväntas ha kunskap om våld i nära relation visar resultatet att det finns kunskapsluckor inom professionen, som påverkar huruvida våldsoffer tillfrågas om våld. Det verkar alltså finnas brister i hur kunskap om våld i nära relation och screening av våldsutsatthet har implementerats inom sjuksköterskans yrkesroll. Enligt en studie av Wyatt et al. (2019) tappar nyexaminerade sjuksköterskor snabbt den kunskap om våld i nära relationer som de erhållit under sin utbildning. Studien visar att nyutbildade sjuksköterskor snarare kan återge i vilka kurser utbildning om våld i nära relation ingick, än vad undervisningen faktiskt innehöll. De framkomna kunskapsluckorna och det faktum att kunskap snabbt glöms bort understryker vikten av att sjuksköterskor erbjuds kontinuerlig utbildning om våld i nära relation.

En viktig aspekt är att de kunskapsluckor som framkommit framstår som just kunskapsluckor ur ett svenskt perspektiv. I föregående stycke diskuterades varför sjuksköterskans ansvar inte är i linje med svensk lagstiftning och riktlinjer, men studierna i

litteraturoversikten genomfördes i en rad olika länder. Som framgått i bakgrundsavsnittet är kvinnor i låginkomstländer i Afrika, Mellanöstern och Sydasiens regioner som alla är representerade i artiklarna, särskilt utsatta för våld i nära relation (WHO, 2021). I studierna som genomfördes i Jordanien, Saudiarabien och Egypten framkom att djupt rotade kulturella normer påverkar sjuksköterskans möjligheter att fråga patienter om våld (Al-Natour et al., 2016; Alshammari et al., 2023; Aziz & El-Gazzar, 2019). I diskussionen om varför sjuksköterskor inte följer Högskoleförordningen behöver man ta hänsyn till att det sannolikt råder olika omständigheter och förutsättningar för sjuksköterskor och patienter i låginkomstländer jämfört med höginkomstländer, både vad gäller hälso- och sjukvårdssystem och lagstiftning om våld i nära relation.

Resultatet visar att kunskapsluckor kan begränsa sjuksköterskans arbete, men att även befintlig kunskap kan utgöra ett hinder. Sjuksköterskors föreställningar om vem som riskerar att utsättas för våld i nära relation leder till att de undviker att fråga patienter som inte betraktas tillhöra en riskgrupp. Liknande resultat återfinns inom annan forskning. Sjuksköterskor styrs av sin egen intuition eller en instinktiv känsla av att kunna "se" vem som utsätts för våld i nära relation (Wyatt et al., 2019; Alvarez et al., 2017). Enligt Hooker och Taft (2021) leder det till att sjuksköterskan missar att identifiera de patienter som faktiskt utsätts för våld. Inledningsvis redogjorde arbetet för de grupper som är särskilt utsatta för våldet. Men det finns alltså risker med att enbart utgå från normativa föreställningar om vem som utsätts. I sin redogörelse för särskilda gruppers utsatthet understryker Socialstyrelsen (2023) vikten av att inte anta att alla individer med sårbara livsvillkor automatiskt utsätts för våld i nära relationer. På motsvarande sätt är det angeläget att inte förutsätta att grupper med icke-sårbara livsvillkor inte utsätts. Dessa aspekter framhäver betydelsen av att den fortbildning som sjuksköterskor får om ämnet är bred, så att förutfattade meningar inte leder till att våldsutsatta patienter förbises.

Ett sätt att minska risken för att fördomar styr vilka patienter som får frågor om våld är att fråga alla patienter. Det är möjligt att läsa in en värderande ansats, som förespråkar just rutinmässig screening, i detta arbete. Ett sådant perspektiv utgår från att sjuksköterskor hindras från att ta sitt ansvar och att dessa hinder måste identifieras och åtgärdas för att fler patienter ska tillfrågas om våld. Frågan uppstår dock om det verkligen är etiskt försvarbart att varje sjuksköterska rutinmässigt frågar alla patienter om våld i nära relationer. I resultatet av litteraturoversikten framkom att sjuksköterskor hindrades från att ställa frågor om våld för att de saknar möjlighet att erbjuda tillräckligt stöd till de patienter som berättar om våldsutsatthet. Är det etiskt motiverat att även de sjuksköterskorna, som inte har resurser att hjälpa våldsutsatta vidare, frågar alla patienter om våld?

I en av statens offentliga utredningar framhålls att hälso- och sjukvård ska vara ändamålsenlig och meningsfull för att vara till nytta, vilket bland annat innebär minskat lidande för patienten (SOU 1995:5). Det är alltså inte bara fråga om att få fler sjuksköterskor att ändamålsenligt fråga fler patienter om våld, utan också om att säkerställa att utfallet av sådana frågor blir meningsfullt för patienten. Forskning visar att om en patient berättar om våldsutsatthet och vårdpersonalen misslyckas med att ge lämpligt stöd, kan situationen leda till att patienten återupplever traumatisk stress och blir mindre benägen att söka hjälp i framtiden (Williams et al., 2017). Dessutom kan bristfälligt stöd få patienten att känna sig ansvarig för våldet eller tro att situationen är omöjlig att förändra (Damra et al., 2015). Att fråga patienten om våld utan att kunna erbjuda rätt stöd kan alltså förvärra patientens lidande, vilket inte bara är meningslöst (SOU 1995:5) utan rentav oetiskt.

För att frågor om våld ska vara etiskt motiverade måste vårdgivarna därför ha resurser och kompetens att ge lämpligt stöd till de patienter som berättar om våldsutsatthet. Samtidigt är det ofrånkomligt att vårdens resurser är begränsade och behöver prioriteras till områden där behoven är störst (SOU 1995:5). Därför kan de faktorer som utgör hinder för att fråga om våld i vissa verksamheter vara ett resultat av nödvändiga prioriteringar. Mödravård och psykiatri, som enligt riktlinjer uppmanas att genomföra rutinmässig screening (Socialstyrelsen, 2014), kan helt enkelt vara de verksamheter som har bäst förutsättningar, i form av resurser och kompetens, för att säkerställa att frågor om våld leder till en förbättrad situation för patienten.

Samtidigt finns det skäl att regelbundet ställa frågor om våld, även om utfallet inte omedelbart blir meningsfullt för patienten. Socialstyrelsen (2023) poängterar att verksamheter som frågar om våld signalerar till patienter att samhället erbjuder stöd för våldsutsatta. En studie av Portnoy et al. (2020) visar också att patienter föredrar rutinmässiga frågor om våld, eftersom rutinmässig screening minskar risken för att patienterna känner sig utpekade som våldsoffer. Beslutet att fråga eller att inte fråga patienter om våld framstår dessutom som mer självklart mot bakgrund av de förödande konsekvenser som oupptäckt våld kan leda, vilket i värsta fall innebär att patienten avlider (Frenzel, 2024). Utifrån det finns anledning att stärka de faktorer som skapar möjlighet för frågor om våld så att fler patienter tillfrågas.

Av resultatet framstår relationen mellan sjuksköterska och patient som en central faktor när det kommer till att skapa möjlighet för frågor om våld. Tillit och förtroende återkommer som viktiga element i vårdrelationen. Resultatet i litteraturstudien visar också att känslomässiga reaktioner, som att kunna relatera till våldsoffret, kan motivera sjuksköterskan till att fråga om våldsutsatthet. Enligt en metasyntes av Tarzia et al. (2020) önskar patienter en emotionell kontakt med hälso- och sjukvårdspersonal för att prata om våld. Tidigare forskning har lyft fram vikten av att hälso- och sjukvårdspersonalen är stöttande, men deras studie visar på vikten av att vårdpersonalen snarare är "loving and kind" (Tarzia et al., 2020, Discussion). En god relation och känslomässiga reaktioner återfinns alltså som möjliggörande faktorer ur både sjuksköterskans och patientens perspektiv.

Relationens och känslornas betydelse går att förstå genom Kari Martinsens omvårdnadsteori. Martinsen (2005, s. 40) menar att omvårdnad innebär att mötas i ömsesidig sårbarhet. Omsorg och omtanke är allmänmänskligt och det allmänmänskliga är en förutsättning för att utföra omvårdnad (Martinsen, 1989, s. 76, 81). Omvårdnaden ska utgå från det allmänmänskliga och samtal i vården behöver därför utgå från de samtal vi har i vardagen (Martinsen, 2005, s. 23-25). Sjuksköterskor bör alltså, i enlighet med Martinsen, vara i kontakt med det allmänmänskliga snarare än det professionella. De bör visa sårbarhet, omtanke och samtala med den våldsutsatta patienten på ett sätt som speglar hur de skulle tala med någon i sin vardag. Ett sådant förhållningssätt ligger också i linje med vad patienter själva önskar. Ett anmärkningsvärt fynd i Tarzia et al. (2020) visar nämligen att det som patienter värderar högst i samtal om våld inte är sjuksköterskans riskbedömning eller åtgärder för patientsäkerhet, utan den känslomässiga interaktionen med sjuksköterskan. En av de viktigaste möjliggörande faktorerna som framkommit av litteraturöversikten kan alltså, från patienternas perspektiv, vara sjuksköterskans inre liv.

## Metoddiskussion

Studien genomfördes som en icke-systematisk litteraturöversikt med ambitionen att ge en översikt av befintlig forskning inom ämnet. Att genomföra en systematisk litteraturöversikt är enligt litteraturen eftersträvansvärt men mot bakgrund av examensarbetets tidsbegränsningar var en sådan design inte genomförbar. Det innebär att resultatet av studien inte kan betraktas som lika generaliserbart som resultatet av en systematisk översikt (Kristensson, 2014, s. 150-151; Rosén, 2023, s. 437). Däremot hade studien kunnat genomföras som en kvalitativ forskningsintervju. När syftet med studien är att ta del av erfarenheter och upplevelser är kvalitativ forskningsintervju den vanligaste förekommande metoden för att samla in data. Dock krävs det kunskap, förberedelser och träning för att genomföra intervjuer, samtidigt som det är ett tidskrävande arbete (Engström & Juuso, s. 151-156). Ett argument för litteraturöversikt som val av design framför en intervjustudie är att det är i linje med etiska principer. Personers integritet ska prioriteras framför behovet av att inhämta material, vilket innefattar att de bör fredas från att ingå i examensarbeten. En litteraturöversikt som sammanställer redan befintlig forskning undviker därigenom att studenter genomför examensarbeten på bekostnad av andra (Kjellström, 2023, s. 80).

Våld i nära relation är ett brett, komplext och viktigt ämne. Till följd av begränsningar i form av tid och arbetets omfattning fanns det inte möjlighet att inkludera samtliga aspekter av våld i nära relation. Eftersom våld i nära relation också är ett känsligt ämne kan sådana begränsningar leda till att en del personer som utsätts eller har utsatts för våld känner att deras perspektiv eller upplevelser inte finns representerade i arbetet. Det var inte heller möjligt att återspegla all forskning inom området vilket i sin tur begränsar arbetets djup.

För att besvara studiens syfte behövs tydliga avgränsningar samt inklusions- och exklusionskriterier (Kristensson, 2014, s. 155). En språklig avgränsning gjordes i form av att endast artiklar skrivna på engelska inkluderades. Eftersom relevant forskning på ämnet kan ha publicerats på andra språk kan en sådan avgränsning ha inneburit att betydelsefull information utelämnats vilket i sin tur kan påverka studiens generaliserbarhet. Engelska är inte vårt modersmål, varför förenklingar av det vetenskapliga innehållet kan ha förekommit. Eftersom en del uttryck i engelska språket inte kan översättas ordagrant till svenska kan översättning ha bidragit till feltolkning. Diskussioner om oklarheter och digitala lexikon minskade risken för sådan feltolkning. Urval av artiklar har också skett utifrån huruvida forskningen är aktuell. Att exkludera artiklar som publicerats tidigare än år 2014 är ytterligare ett sätt som betydande forskning kan ha utelämnats från studien. Att överhuvudtaget genomföra ett urval av artiklar, istället för att inkludera all forskning inom området, ökar risken för att resultatet ger en snedvriden bild av verkligheten (Rosén, 2023, s. 437).

Inom ramen för studiens syfte beslutade vi att bredda begreppet *fråga* till att inkludera artiklar som beskriver *att ta upp ämnet* på olika sätt. I de vetenskapliga artiklarna som ligger till grund för resultatet används ord som *address*, *screening* och *enquire* för att beskriva när sjuksköterskan frågar patienter om våld i nära relationer. Att utöka innebörden av begreppet kan ha medfört risk för feltolkningar av studiers resultat.

Efter inledande sökningar med stöd från högskolans bibliotekarier togs beslutet att enbart genomföra slutliga sökningar i CINAHL och PubMed, eftersom genererade sökträffar via databasen PsycInfo ej bedömdes vara av relevans för ämnet. Valet att utesluta PsycInfo

kan ha inneburit att betydelsefull forskning missats. Därefter genomfördes många provsökningar som reviderades med syfte att utforma en så bra sökstrategi som möjligt. Kristensson (2014, s. 157) menar att arbetets kvalitet avgörs av hur litteratursökningen genomförs eftersom artiklarna som framkommer är grund för arbetets resultat och slutsats. Arbetets genomarbetade sökstrategi, med stöd från erfarna bibliotekarier, stärker följaktligen litteraturöversiktens kvalitet. Eftersom det finns risk att databaser inte alltid visar all relevant litteratur inom ett ämne kan manuella sökningar, som genomförs genom att exempelvis läsa andra studiers referenslistor, minska risk för att betydelsefull forskning förbises (Kristensson, 2014, s. 158). Ingen artikel i litteraturöversikten genererades från en manuell sökning, vilket i sin tur kan ha försvagat kvaliteten. Däremot genomfördes flera manuella sökningar utan att ge något relevant resultat, varför sådana sökningar inte redovisats i datainsamlingen.

En styrka med arbetet är att olika typer av forskning har inkluderats. Enligt Whittemore och Knafl (2005) tillåter litteraturöversikter med integrerad dataanalys att artiklar med en variation av urval och syften inkluderas. Det bidrar i sin tur till att ge en mer omfattande bild av konceptet som studeras. Att artiklarna i litteraturöversikten är av olika design och använder sig av olika metoder kan därför tänkas ge en mer fullständig bild av problemet som undersökts. Artiklarna som valts ut kommer dessutom från många olika delar av världen. Överförbarheten kan tänkas öka i och med att resultatet återspeglar ett globalt perspektiv av ämnet och förstärks ytterligare av att sjuksköterskor med olika specialistutbildningar och från olika verksamheter finns representerade i artiklarnas urval. Samtidigt kan det innebära att överförbarheten till varje enskilt land eller profession är begränsad, då förutsättningarna att fråga patienter om våld sannolikt ser olika ut för distriktsjuksköterskor inom primärvården jämfört med akutsjuksköterskor på akutmottagning.

Litteraturöversikten stärks därtill av att samtliga artiklar som inkluderats är peer reviewed. Genom att kontrollera att forskningen genomgått en extern granskning av andra forskare inom fältet har artiklarnas vetenskapliga kvalitet kunnat säkerställas (Helgesson, 2015, s. 81-82). Ytterligare en styrka är att översiktsartiklar har använts som källor till studiens bakgrund och diskussion. Översiktsartiklar sammanställer befintlig forskning och har stor vetenskaplig tyngd (Kristensson, 2014, s. 151). Att arbetet styrks av sådana källor innebär alltså att det som skrivits vilar på en gedigen bas av vetenskapliga insikter och slutsatser, vilket i sin tur stärker studiens angelägenhet.

Som del av urvalsprocessen genomfördes kvalitetsgranskning av samtliga artiklar. För att öka tillförlitligheten i granskningsprocessen användes en granskningsmall som utarbetats av forskare (Berg et al., 1999; Willman et al., 2016). Mallen tillhandahöll ett strukturerat tillvägagångssätt och minskade därför risken för brister i genomförandet. Samtidigt var mallen något begränsad och krävde egen tolkning av forskningens kvalitet. Vi har inte kvalitetsgranskat eller forskat tidigare. Därför kan tolkningen av forskningens kvalitet inte anses vara fullständigt korrekt. För att minimera risken att brist på erfarenhet påverkade arbetets trovärdighet inkluderades enbart artiklar som ansågs vara av medel eller hög kvalitet.

Eftersom syftet med litteraturöversikten var att beskriva sjuksköterskors upplevelser och erfarenheter, tillämpades en kvalitativ metodansats. Denna ansats är avsedd att ge en djupare förståelse för ett ämne, snarare än att generera resultat som kan generaliseras till en större population. Eftersom kvalitativ forskning i regel kräver tolkning kan det påverka

studiens trovärdighet (Kristensson, 2014, s. 124-125). Det finns därför risk för att personliga värderingar eller antaganden har påverkat resultatet. Våld i nära relationer är dessutom ett känsligt ämne som vi har ett personligt engagemang för. De framkomna resultaten har väckt känslomässiga reaktioner vilket kan ha påverkat analysen. Personliga åsikter om vad som är rätt eller fel kan ha lett till oavsiktliga forskningsetiska övertramp. Vi gick dock in i arbetet med en medvetenhet om vår förförståelse, vilket har bidragit till ökad uppmärksamhet på sådana eventuella snedsteg.

En styrka är att studiens alla steg, från urvalsprocess till dataanalys, noga redogjorts för. Studiens tillförlitlighet stärks av att analysprocessens steg synliggjorts, eftersom det bidrar till att studien kan reproduceras av andra forskare (Kristensson, 2014, s. 125). Samtliga val och tillvägagångssätt har beskrivits för att säkerställa transparens och ge ett underlag för hur slutsatserna har dragits. Dessutom finns utarbetade tabeller över artiklarnas kvalitetsgranskning vilket möjliggör för läsaren att själv bedöma tillförlitligheten av arbetets slutsatser (Rosén, 2023, s. 444). Vidare bidrar arbetets konsekventa och korrekta referenshantering med källor från olika forskningsområden till stärkt trovärdighet. Det säkerställer att de fakta och resultat som presenteras vilar på en solid vetenskaplig grund (Gunnarsson, 2023, s. 501).

Att vi har varit två författare under arbetet med studien ser vi som en styrka. Det har skapat möjligheter för diskussion om meningsskiljaktigheter och tvetydigheter vilket minskat risken för subjektiva tolkningar. Eftersom vi inte tidigare genomfört en litteraturöversikt har brist på erfarenhet medfört viss osäkerhet kring metodiken. Kontinuerlig handledning från lärare och kurskamrater har motverkat detta. Under veckovisa möten har vi både givit och mottagit feedback vilket bidragit till reflektion, förbättringsarbete och stöd att identifiera eventuella svagheter. Att granska andras arbeten har underlättat den egna arbetsprocessen genom att inspirera och öka förståelsen för hur en icke-systematisk litteraturöversikt genomförs. Arbetet har även genomgått och godkänts i en mittbedömning med målet att förbättra studien.

## **SLUTSATS**

Resultatet av litteraturöversikten visar att sjuksköterskans arbete påverkas av normer, lagar och andra aktörer. Det indikerar att gemensamma ansträngningar på samhällsnivå är nödvändiga för att förbättra arbetet med våldsutsatta personer. Trots att våld i nära relation aktualiserats och sjuksköterskan numera förväntas ha kunskap om ämnet, finns kunskapsluckor och fördomar inom professionen. Studien visar på ett samband mellan ökad kunskap och ett förbättrat bemötande av våldsutsatta patienter. Därför krävs fortsatta ansträngningar för att implementera frågor om våldsutsatthet som en del av sjuksköterskans arbetsuppgifter, samtidigt som professionens kunskap om våld i nära relation behöver fördjupas.

Studien belyser organisatoriska brister som leder till att sjuksköterskor saknar praktiska förutsättningar för att ställa frågor om våld. Enligt riktlinjerna ansvarar verksamheter själva för att tillgodose sjuksköterskor med rätt verktyg för att kunna fråga om våld. Verksamheter behöver uppfylla sitt ansvar och skapa förutsättningar för sjuksköterskors frågor om våld samt tillgodose adekvat stöd för de patienter som berättar om våldsutsatthet. För att säkerställa att vården för våldsutsatta patienter är likvärdig oavsett verksamhet, kan tydligare nationella riktlinjer vara nödvändiga.

Samtidigt som ett stort ansvar för förbättringar i vården ligger på verksamheterna, har sjuksköterskan möjlighet att göra skillnad i mötet med patienten. En hoppningivande del av resultatet är att sjuksköterskan, trots praktiska hinder, kan skapa förutsättningar för samtal om våldsutsatthet genom känslomässig närvaro och en förtroendefull relation med patienten. Det är också i linje med omvårdnadsteoretiker Martinsens perspektiv på vad god omvårdnad innebär. Debatten om resursbrister inom vården är viktig, men det är samtidigt viktigt att uppmärksamma de resurser som redan finns inom varje sjuksköterska. Om verksamheter och samhället tar sitt ansvar och ger de praktiska förutsättningarna, kan sjuksköterskan fullt ut axla sitt ansvar i arbetet med våldsutsatta patienter.

### **Fortsatta studier**

Litteraturöversikten har identifierat flera områden där vidare forskning är nödvändig. Resultaten visar att sjuksköterskor ofta hindras av brister i verksamheternas rutiner, där hög arbetsbelastning och korta vårdkontakter bidrar till att frågor om våld inte ställs. Eftersom exempelvis korta vårdkontakter är en oundviklig del av vissa verksamheter, krävs ytterligare studier om hur organisationer kan skapa optimala förutsättningar för samtal om våld i nära relation trots begränsade resurser.

Resultatet och den efterföljande diskussionen visar att sjuksköterskans frågor om våld måste leda till en förbättrad situation för de patienter som berättar om våldsutsatthet för att anses etiskt motiverade. Det finns därför ett behov av fortsatta studier som undersöker vilken typ av stöd som är bäst för de som berättar om våldsutsatthet, samt huruvida utfallet av screening av våld inom vården är meningsfullt för patienterna.

Studien belyser också att sjuksköterskans personliga känslor både kan hindra och möjliggöra frågor om våld i nära relation. Forskning som utforskar hur sjuksköterskor kan balansera det professionella med det personliga kan bidra med värdefull kunskap om ett ämne som enligt litteraturöversikten framstår som svårnavigerat.

En annan hindrande faktor som framkom i studien är osäkerheten kring hur samtal om våld ska inledas. I arbetet med litteraturöversiktens bakgrund uppstod svårigheter med att hitta information om hur frågor om våld bör formuleras. Dessa båda insikter betonar tillsammans behovet av fortsatta studier om hur frågor om våld i nära relation bäst formuleras.

### **Klinisk tillämpbarhet**

Litteraturöversikten bidrar med värdefull kunskap om sjuksköterskans arbete med patienter som utsätts för våld i nära relationer. Studien identifierar både kunskapsluckor och problemområden, samt lyfter fram styrkor och drivkrafter som påverkar huruvida sjuksköterskans ställer frågor om våldsutsatthet. Arbetet bidrar dels med kunskap om ämnet våld i nära relation. Kunskap om våldet är en förutsättning för att förbättra vården för de som utsätts, varför studien kan bidra till bättre stöd och omhändertagande av våldsutsatta. Studien belyser även vilka faktorer som påverkar sjuksköterskors benägenhet att ställa frågor om våld, i hopp om att det ska leda till förändringar i det kliniska arbetet.

Sjuksköterskor möter dagligen patienter som kan vara utsatta för våld i nära relation. Resultatet av litteraturöversikten vägleder sjuksköterskor i de förutsättningar som krävs för att fråga patienter om våldsutsatthet. Resultatet kan fungera som ett stöd för sjuksköterskor

när de ska navigera sina rädslor och drivkrafter kring att fråga om våld, samtidigt som det också betonar vikten av att värna om patientrelationen. Arbetet vägleder också verksamheter genom att ge en inblick i hur verksamheter kan utveckla rutiner och skapa de praktiska förutsättningar som krävs för att möjliggöra samtal om våld. Litteraturöversikten kan således bidra till stärkt beredskap i att hantera våld i nära relation, både för sjuksköterskor och inom verksamheter.

Kunskap om de faktorer som möjliggör frågor om våld kan bidra till att fler patienter tillfrågas om våldsutsatthet. Att ställa dessa frågor är kliniskt relevant, då identifiering av våldsutsatthet kan leda till förbättrad hälsa och livskvalitet för de drabbade. Hälso- och sjukvården har dessutom, som en av flera samhällsaktörer, ett ansvar att bidra till att bryta det omfattande samhällsproblem som våld i nära relationer utgör (WHO, 2016). Därför har resultatet från litteraturöversikten klinisk betydelse, eftersom det kan bidra till att förbättra hälso- och sjukvårdens insatser på området.

Våld i nära relationer utgör ett hot mot både social och ekonomisk utveckling. De globala målen för hållbar utveckling beskriver de förändringar som krävs för att skapa ett hållbart samhälle för människor, planeten och ekonomiskt välstånd. Enligt målen är god hälsa och avskaffandet av våld mot kvinnor förutsättningar för att uppnå en bättre och mer rättvis värld (United Nations, u.å.). Litteraturöversikten är i linje med de globala målen, då dess resultat kan bidra till förbättrad hälsa för våldsutsatta samt till ett mer effektivt arbete för att motverka våldsutsatthet. Dessutom kan resultaten tänkas vara globalt överförbara, då både hög- och låginkomstländer från alla kontinenter, förutom Sydamerika, finns representerade. Detta ger en bred inblick i sjuksköterskors varierande förutsättningar beroende på den kontext de verkar inom.

#### **FÖRFATTARNAS BIDRAG**

Författarna Inez Söderberg och Loviza Stenlund intygar härmed att de båda i lika stor utsträckning har bidragit till samtliga delar av detta examensarbete.



## REFERENSER

Artiklar som är markerade med asterisk (\*) är inkluderade i studiens resultatdel.

\*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>

\*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>

\*Alshammari, A., Evans, C., & McGarry, J. (2023). Nurses' experiences of perceiving violence and abuse of women in Saudi Arabia: A phenomenological study. *International Nursing Review, 70*(4), 501–509. <https://doi.org/10.1111/inr.12859>

Alvarez, C., Fedock, G., Grace, K. T., & Campbell, J. (2017). Provider screening and counseling for intimate partner violence: A systematic review of practices and influencing factors. *Trauma, Violence & Abuse, 18*(5), 479–495. <https://doi.org/10.1177/1524838016637080>

\*Aregger Lundh, A., Tannlund, C., & Ekwall, A. (2023). More support, knowledge and awareness are needed to prepare emergency department nurses to approach potential intimate partner violence victims. *Scandinavian Journal of Caring Sciences, 37*(2), 397–405. <https://doi.org/10.1111/scs.13123>

\*Aziz, M. M., & El-Gazzar, A. F. (2019). Health care providers' perceptions and practices of screening for domestic violence in Upper Egypt. *Sexual & Reproductive Healthcare, 20*, 93–99. <https://doi.org/10.1016/j.srhc.2019.04.003>

Backman, J. (2016). *Rapporter och uppsatser*. (3. uppl.). Studentlitteratur.

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

Breiding, M. J., Chen, J., & Black, M. C. (2014). *Intimate partner violence in the United States — 2010*. National Center for Injury Prevention and Control of the Centers for Disease Control and Prevention. Hämtad 12 september, 2024, från <https://stacks.cdc.gov/view/cdc/21961>

Brottsförebyggande rådet. (2024). *Konstaterade fall av dödligt våld: En granskning av anmält dödligt våld 2023*. [https://bra.se/download/18.361f33cf18e5f9d89f55455/1711707296301/Statistikrapport\\_D%C3%B6dligtv%C3%A5ld\\_2023.pdf](https://bra.se/download/18.361f33cf18e5f9d89f55455/1711707296301/Statistikrapport_D%C3%B6dligtv%C3%A5ld_2023.pdf)

§

Chandan, J. S., Thomas, T., Bradbury-Jones, C., Taylor, J., Bandyopadhyay, S., & Nirantharakumar, K. (2020). Risk of cardiometabolic disease and all-cause mortality in female survivors of domestic abuse. *Journal of the American Heart Association, 9*(4), e014580. <https://doi.org/10.1161/JAHA.119.014580>

Chiesa, A. E., Kallechey, L., Harlaar, N., Rashaan Ford, C., Garrido, E. F., Betts, W. R., & Maguire, S. (2018). Intimate partner violence victimization and parenting: A systematic review. *Child Abuse & Neglect*, *80*, 285–300. <https://doi.org/10.1016/j.chiabu.2018.03.028>

Chisholm, C. A., Bullock, L., & Ferguson, J. E. J. (2017). Intimate partner violence and pregnancy: Epidemiology and impact. *American Journal of Obstetrics and Gynecology*, *217*(2), 141–144. <https://doi.org/10.1016/j.ajog.2017.05.042>

Constand, M. K., MacDermid, J. C., Dal Bello-Haas, V., & Law, M. (2014). Scoping review of patient-centered care approaches in healthcare. *BMC Health Services Research*, *14*(271). <https://doi.org/10.1186/1472-6963-14-271>

Damra, J. K., Abujilban, S. K., Rock, M. P., Tawalbeh, I. A., Ghbari, T. A., & Ghaith, S. M. (2015). Pregnant women's experiences of intimate partner violence and seeking help from health care professionals: A Jordanian qualitative study. *Journal of Family Violence*, *30*, 807–816. <https://doi.org/10.1007/s10896-015-9720-z>

Devries, K. M., Mak, J. Y., Bacchus, L. J., Child, J. C., Falder, G., Petzold, M., Astbury, J., & Watts, C. H. (2013). Intimate partner violence and incident depressive symptoms and suicide attempts: A systematic review of longitudinal studies. *PLoS Medicine*, *10*(5), <https://doi.org/10.1371/journal.pmed.1001439>

Engström, Å., & Juuso, P. (2017). Kvalitativ forskningsintervju. I M. Henricson (Red.), *Vetenskaplig teori och metod: från idé till examination inom vård- och hälsovetenskap*. (2. uppl., s. 151-164). Studentlitteratur.

Estrellado, A. F., & Loh, J. M. (2019). To stay in or leave an abusive relationship: Losses and gains experienced by battered filipino women. *Journal of Interpersonal violence*, *34*(9), 1843–1863. <https://doi.org/10.1177/0886260516657912>

European Institute for Gender Equality. (2021). *The costs of gender-based violence in the European Union*. Hämtad 4 september, 2024, från <https://eige.europa.eu/publications-resources/publications/costs-gender-based-violence-european-union>

\*Eustace, J., Baird, K., Saito, A. S., & Creedy, D. K. (2016). Midwives' experiences of routine enquiry for intimate partner violence in pregnancy. *Women and Birth: Journal of the Australian College of Midwives*, *29*(6), 503–510. <https://doi.org/10.1016/j.wombi.2016.04.010>

Frenzel, A. (2014). *Brott i nära relationer: En nationell kartläggning*. Brottsförebyggande rådet. [https://bra.se/download/18.9eaaede145606cc8651ff/1399015861526/2014\\_8\\_Brott\\_i\\_nara\\_relationer.pdf](https://bra.se/download/18.9eaaede145606cc8651ff/1399015861526/2014_8_Brott_i_nara_relationer.pdf)

Frenzel, A. (2024). *Brott i nära relation: Kartläggning av utsatthet under 2022 och under livstiden*. Brottsförebyggande rådet. [https://bra.se/download/18.4488712e18f0fafb6a63233/1714469807422/2024\\_4-Brott-i-nara-relation.pdf](https://bra.se/download/18.4488712e18f0fafb6a63233/1714469807422/2024_4-Brott-i-nara-relation.pdf)

Friberg, F. (Red.). (2022). *Dags för uppsats: Vägledning för litteraturbaserade examensarbeten*. (4. uppl.). Studentlitteratur.

Gunnarsson, I. (2023). Referenshantering med EndNote. I M. Henricson (Red.), *Vetenskaplig teori och metod: Från idé till examination inom omvårdnad* (s. 501-521). Studentlitteratur.

Helgesson, G. (2015). *Forskningsetik* (2. uppl.). Studentlitteratur.

\*Henriksen, L., Garnweidner-Holme, L. M., Thorsteinsen, K. K., & Lukasse, M. (2017). 'It is a difficult topic': A qualitative study of midwives' experiences with routine antenatal enquiry for intimate partner violence. *BMC Pregnancy and Childbirth*, 17(1), 165. <https://doi.org/10.1186/s12884-017-1352-2>

Heron, R. L., Eisma, M., & Browne, K. (2022). Why do female domestic violence victims remain in or leave abusive relationships? A qualitative study. *Journal of Aggression, Maltreatment & Trauma*, 31(5), 677–694. <https://doi.org/10.1080/10926771.2021.2019154>

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>

Hooker, L., & Taft, A. (2021). Who is being screened for intimate partner violence in primary care settings? Secondary data analysis of a cluster randomised trial. *Maternal and Child Health Journal*, 25(10), 1554–1561. <https://doi.org/10.1007/s10995-021-03136-0>

Houry, D., Kaslow, N. J., Kemball, R. S., McNutt, L. A., Cerulli, C., Straus, H., Rosenberg, E., Lu, C., & Rhodes, K. V. (2008). Does screening in the emergency department hurt or help victims of intimate partner violence?. *Annals of Emergency Medicine*, 51(4), 433–442. <https://doi.org/10.1016/j.annemergmed.2007.11.019>

Hradilova Selin, K. (2009). *Våld mot kvinnor och män i nära relationer: Våldets karaktär och offrens erfarenheter av kontakter med rättsväsendet*. Brottsförebyggande rådet. [https://bra.se/download/18.cba82f7130f475a2f180002016/1371914720735/2009\\_12\\_vald\\_kvinnor\\_man\\_nara\\_relationer.pdf](https://bra.se/download/18.cba82f7130f475a2f180002016/1371914720735/2009_12_vald_kvinnor_man_nara_relationer.pdf)

HSLF-FS 2022:39. *Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd om våld i nära relationer*. <https://www.socialstyrelsen.se/globalassets/sharepoint-dokument/artikelkatalog/foreskrifter-och-allmanna-rad/2022-6-7967.pdf>

International Council of Nurses. (2021). *The ICN code of ethics for nurses* (Rev. ed.). [https://www.icn.ch/sites/default/files/2023-04/ICN\\_Code-of-Ethics\\_EN\\_Web\\_0\\_0.pdf](https://www.icn.ch/sites/default/files/2023-04/ICN_Code-of-Ethics_EN_Web_0_0.pdf)

Kjellström, S. (2023). Forskningsetik. I M. Henricson (Red.), *Vetenskaplig teori och metod: Från idé till examination inom omvårdnad* (s. 61-83). Studentlitteratur.

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

- Lutgendorf, M. A. (2019). Intimate partner violence and women's health. *Obstetrics and Gynecology*, 134(3), 470–480. <https://doi.org/10.1097/AOG.0000000000003326>
- Martinsen, K. (1989). *Omsorg, sykepleie og medisin: Historisk-filosofiske essays*. TANO.
- Martinsen, K. (2005). *Samtalen, skjønn og evidensen*. Akribe.
- Nationellt centrum för kvinnofrid. (u.å.). *Guide för rutinfrågor om våld*. Region Uppsala. <https://www.uu.se/download/18.d9b4e4f18e18a99a2c2cfb1/1710513844250/fick-guide-for-att-stalla-fragor-om-vald-region-uppsala.pdf>
- Nationellt centrum för kvinnofrid. (2010). *Att fråga om våldsutsatthet som en del av anamnesen*. <https://kunskapsbanken.nck.uu.se/nckkb/nck/publik/fil/visa/492/nck-rapport-att-fraga-om-valdsutsatthet-som-en-del-av-anamnesen-2010-4.pdf>
- Nationellt centrum för kvinnofrid. (2024a). *Dokumentera med skyddat sökord i journalen*. Hämtad 28 augusti, 2024, från <https://www.uu.se/centrum/nck/for-yrkesverksamma/webbstodforvarden/att-mota-patienter-som-utsatts-for-vald/dokumentera-med-skyddat-sokord>
- Nationellt centrum för kvinnofrid. (2024b). *Våldets kostnader*. Hämtad 20 augusti, 2024, från <https://www.uu.se/centrum/nck/kunskapsbank-om-vald/fakta-och-forskning-om-vald/valdets-kostnader>
- Nationellt centrum för kvinnofrid. (2024c). *Våldets uttryck och mekanismer*. Hämtad 28 augusti, 2024, från <https://www.nck.uu.se/kunskapsbanken/amnesguider/vald-i-nara-relationer/valdets-uttryck-och-mekanismer/>
- Nationellt centrum för kvinnofrid. (2024d). *Våld i nära relationer*. Hämtad 28 augusti, 2024, från [https://www.nck.uu.se/kunskapsbanken/amnesguider/vald-i-nara-relationer/](https://www.nck.uu.se/kunskapsbanken/amnesguider/vald-i-nara-relationer/vald-i-nara-relationer/)
- Nationellt centrum mot hedersrelaterat våld och förtryck. (2024). *Vad är hedersrelaterat våld och förtryck?* Hämtad 27 augusti, 2024, från <https://www.hedersfortryck.se/hedersrelaterat-vald-och-fortryck/vad-ar-hedersrelaterat-vald-och-fortryck/>
- O'Doherty, L. J., Taft, A., Hegarty, K., Ramsay, J., Davidson, L. L., & Feder, G. (2014). Screening women for intimate partner violence in healthcare settings: Abridged Cochrane systematic review and meta-analysis. *BMJ*, 348, g2913. <https://doi.org/10.1136/bmj.g2913>
- Peterson, C., Kearns, M. C., McIntosh, W. L., Estefan, L. F., Nicolaidis, C., McCollister, K. E., Gordon, A., & Florence, C. (2018). Lifetime economic burden of intimate partner violence among U.S. adults. *American Journal of Preventive Medicine*, 55(4), 433–444. <https://doi.org/10.1016/j.amepre.2018.04.049>
- Rivara, F., Adhia, A., Lyons, V., Massey, A., Mills, B., Morgan, E., Simckes, M., & Rowhani-Rahbar, A. (2019). The effects of violence on health. *Health Affairs*, 38(10), 1622–1629. <https://doi.org/10.1377/hlthaff.2019.00480>

⌘

Rosén, M. (2023). Systematisk litteraturoversikt I M. Henricson (Red.), *Vetenskaplig teori och metod: Från idé till examination inom omvårdnad* (s. 435-448). Studentlitteratur.

‡

Polit, D. F., & Beck, C. T. (2021). *Nursing research: Generating and assessing evidence for nursing practice* (11th ed.). Philadelphia: Wolters Kluwer Health/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>

Proposition 2020/21:170. *Barn som bevittnar brott*.

<https://www.regeringen.se/contentassets/4f62329712044d1680bbe1a61364d04c/barn-som-bevittnar-brott-prop.-202021170>

Salmon, D., Baird, K. M., & White, P. (2015). Women's views and experiences of antenatal enquiry for domestic abuse during pregnancy. *Health Expectations: an International Journal of Public Participation in Health Care and Health Policy*, 18(5), 867–878. <https://doi.org/10.1111/hex.12060>

Sandman, L. & Kjellström, S. (2018). *Etikboken: etik för vårdande yrken*. (2. uppl.). Studentlitteratur.

SFS 1993:100. *Högskoleförordningen*. Hämtad 13 september, 2024, från [https://www.riksdagen.se/sv/dokument-och-lagar/dokument/svensk-forfattningssamling/hogskoleforordning-1993100\\_sfs-1993-100/](https://www.riksdagen.se/sv/dokument-och-lagar/dokument/svensk-forfattningssamling/hogskoleforordning-1993100_sfs-1993-100/)

SFS 2001:453. *Socialtjänstlag*. Hämtad 2 oktober, 2024, från [https://www.riksdagen.se/sv/dokument-och-lagar/dokument/svensk-forfattningssamling/socialtjanstlag-2001453\\_sfs-2001-453/](https://www.riksdagen.se/sv/dokument-och-lagar/dokument/svensk-forfattningssamling/socialtjanstlag-2001453_sfs-2001-453/)

SFS 2003:460. *Lag om etikprovning av forskning som avser människor*. Hämtad 13 september, 2024, från [https://www.riksdagen.se/sv/dokument-och-lagar/dokument/svensk-forfattningssamling/lag-2003460-om-etikprovning-av-forskning-som\\_sfs-2003-460/](https://www.riksdagen.se/sv/dokument-och-lagar/dokument/svensk-forfattningssamling/lag-2003460-om-etikprovning-av-forskning-som_sfs-2003-460/)

Skrivelse 2016/17:10. *Makt, mål och myndighet: Feministisk politik för en jämställd framtid*.

[https://www.regeringen.se/globalassets/regeringen/dokument/socialdepartementet/jamstalldhet/makt-mal-och-myndighet---feministisk-politik-for-ett-jamstallt-samhalle-skr.-2016\\_17-10.pdf](https://www.regeringen.se/globalassets/regeringen/dokument/socialdepartementet/jamstalldhet/makt-mal-och-myndighet---feministisk-politik-for-ett-jamstallt-samhalle-skr.-2016_17-10.pdf)

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

<https://www.socialstyrelsen.se/globalassets/sharepoint-dokument/artikelkatalog/vagledning/2014-10-30.pdf>

Socialstyrelsen. (2018). *Frågor om våld: En kartläggning av hur socialtjänsten och hälso- och sjukvården frågar om våldsutsatthet och våldsutövande samt användning av bedömningsmetoder*. <https://www.socialstyrelsen.se/globalassets/sharepoint-dokument/artikelkatalog/ovrigt/2018-3-28.pdf>

Socialstyrelsen. (2019). *Manual för FREDA: Standardiserade bedömningsmetoder för socialtjänstens arbete mot våld i nära relationer*. <https://www.socialstyrelsen.se/globalassets/sharepoint-dokument/artikelkatalog/ovrigt/2014-6-15.pdf>

Socialstyrelsen. (2023). *Våld i nära relationer: Handbok för socialtjänsten, hälso- och sjukvården och tandvården*. <https://www.socialstyrelsen.se/globalassets/sharepoint-dokument/artikelkatalog/handbocker--juridisk-handbok/2023-6-8592.pdf>

SOU 1995:5. *Vårdens svåra val: Del II överväganden och förslag*. <https://www.regeringen.se/contentassets/6c4cb9f4c3ef4296b68ea7c6cefbf1d2/del-2-kap.-9-t.o.m.-bilagorna>

\*Sprague, C., Hatcher, A. M., Woollett, N., & Black, V. (2017). How nurses in Johannesburg address intimate partner violence in female patients: Understanding IPV responses in low- and middle-income country health systems. *Journal of Interpersonal Violence*, 32(11), 1591–1619. <https://doi.org/10.1177/0886260515589929>

Statens beredning för medicinsk och social utvärdering. (2023). *Utvärdering av insatser i hälso- och sjukvården och socialtjänsten*. Hämtad 30 augusti, 2024, från <https://www.sbu.se/sv/metod/metodboken-2023/?pub=101442&lang=sv>

Stubbs, A., & Szoek, C. (2022). The effect of intimate partner violence on the physical health and health-related behaviors of women: A systematic review of the literature. *Journal of Experimental Psychopathology*, 23(4). <https://doi.org/10.1177/2043808720912583>

Stylianou, A. M. (2018). Economic abuse within intimate partner violence: A review of the literature. *Violence and Victims*, 33(1), 3–22. <https://doi.org/10.1891/0886-6708.VV-D-16-00112>

\*Sundborg, E., Törnkvist, L., Saleh-Stattin, 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 förening för omvårdnadsinformatik. (2024a). *ICNP*. Hämtad 6 september, 2024, från

<https://swenurse.se/sektionerochnatverk/svenskforeningforomvardnadsinformatik/omvardnadsinformatik/terminologierforomvardnadinklicnp/icnp.4.42708e36174e43619e95594.htm>  
1

Svenska förening för omvårdnadsinformatik. (2024b). *ICNP - termer på svenska*. Hämtad 13 september, 2024, från <https://swenurse.se/sektionerochnatverk/svenskforeningforomvardnadsinformatik/omvardnadsinformatik/terminologierforomvardnadinklicnp/icnp/icnpptermerpasvenska.4.5cadb64f175c879580f4e88.html>

Svensk sjuksköterskeförening. (2010). *Personcentrerad vård*. <https://swenurse.se/download/18.21c1e38d1759774592615394/1605100853275/Personcentrerad%20v%C3%A5rd.pdf>

Svensk sjuksköterskeförening. (2024). Kompetensbeskrivning för legitimerad sjuksköterska (Rev. utg.). <https://beta.swenurse.se/download/18.63d77b1e18bf5c2bfaa40841/1701244747726/Kompetensbeskrivning%20legitimerad%20sjuksko%CC%88terska%202024.pdf>

Sveriges kommuner och regioner. (2023). *Vad är våld i nära relationer?* Hämtad 22 augusti, 2024, från <https://skr.se/skr/arbetsgivarekollektivavtal/arbetsmiljo/valdinararelationstodfordigsomchef/vadarvaldinararelationer.35439.html>

Tarzia, L., Bohren, M. A., Cameron, J., Garcia-Moreno, C., O'Doherty, L., Fiolet, R., Hooker, L., Wellington, M., Parker, R., Koziol-McLain, J., Feder, G., & Hegarty, K. (2020). Women's experiences and expectations after disclosure of intimate partner abuse to a healthcare provider: A qualitative meta-synthesis. *BMJ open*, *10*(11), e041339. <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2020-041339>

United Nations. (u.å.). *Sustainable development goals*. Hämtad 3 oktober, 2024, från <https://sdgs.un.org/goals>

Vergnes, J. N., Marchal-Sixou, C., Nabet, C., Maret, D., & Hamel, O. (2010). Ethics in systematic reviews. *Journal of Medical Ethics*, *36*(12), 771–774. <https://doi.org/10.1136/jme.2010.039941>

Västra Götalandsregionens kompetenscentrum om våld i nära relationer. (2024). *Material*. Hämtad 6 september, 2024, från <https://www.valdinararelationer.se/vkv/material/>

\*Webster, J. (2019). An exploration of the views and experiences of midwives who routinely screen for domestic violence in an Irish antenatal setting. *MIDIRS Midwifery Digest*, *29*(4), 451–457. <https://www.midirs.org/media/1463/december-2019-contents-page.pdf>

Wessells, M. G., & Kostelny, K. (2022). The psychosocial impacts of intimate partner violence against women in LMIC contexts: Toward a holistic approach. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, *19*(21), 14488. <https://doi.org/10.3390/ijerph192114488>

- Whittemore, R., & Knafl, K. (2005). The integrative review: Updated methodology. *Journal of Advanced Nursing*, 52(5), 546–553. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2648.2005.03621.x>
- Williams, J. R., Gonzalez-Guarda, R. M., Halstead, V., Martinez, J., & Joseph, L. (2017). Disclosing gender-based violence during health care visits: A patient-centered approach. *Journal of Interpersonal Violence*, 35(23-24), 5552–5573. <https://doi.org/10.1177/0886260517720733>
- Willman, A., Bahtsevani, C., Nilsson, R., & Sandström, B. (2016). *Evidensbaserad omvårdnad: En bro mellan forskning och klinisk praktik*. (4. uppl.). Lund: Studentlitteratur.
- World Health Organization. (2016). *Global plan of action to strengthen the role of the health system within a national multisectoral response to address interpersonal violence, in particular against women and girls, and against children*. <https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/252276/9789241511537-eng.pdf?sequence=1>
- World Health Organization. (2019). *Violence against women: Intimate partner and sexual violence against women*. <https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/329889/WHO-RHR-19.16-eng.pdf?ua=1>
- World Health Organization. (2021). *Violence against women prevalence estimates, 2018: Global, regional, national prevalence estimates for intimate partner violence against women and global and regional prevalence estimates for non-partner sexual violence against women. Executive summary*. <https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/341338/9789240026681-eng.pdf?sequence=1>
- Wyatt, T., McClelland, M. L., & Spangaro, J. (2019). Readiness of newly licensed associated degree registered nurses to screen for domestic violence. *Nurse Education in Practice*, 35, 75–82. <https://doi.org/10.1016/j.nepr.2018.12.010>
- Öberg, M., Lucas, S., & Heimer, G. (2010). *Brottet som urholkar hälsan: Sexuella övergrepp som orsak till fysiskt och psykiskt lidande*. Nationellt centrum för kvinnofrid. [https://kunskapsbanken.nck.uu.se/nckkb/nck/publik/fil/visa/74/NCK\\_Antologi\\_sjuperspektiv\\_www\\_kap04.pdf](https://kunskapsbanken.nck.uu.se/nckkb/nck/publik/fil/visa/74/NCK_Antologi_sjuperspektiv_www_kap04.pdf)
- Östlundh, L. (2022). Informationssökning. I F. Friberg (Red.), *Dags för uppsats: Vägledning för litteraturbaserade examensarbeten*. (s. 79-110). Studentlitteratur.



## BILAGA A

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
<b>Randomiserad kontrollerad studie/Randomised controlled trial (RCT)</b> 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.
<b>Klinisk kontrollerad studie/Clinical controlled trial ( CCT)</b> 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.
<b>Icke- kontrollerad studie (P)</b> 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.
<b>Retrospektiv studie (R)</b> 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.
<b>Kvalitativ studie (K)</b> 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 B

### Matris över inkluderade artiklar

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.	Syftet var att utvärdera screening och hinder vid screening av våld i nära relation av jordanska sjuksköterskor.	<u>Design</u> : Deskriptiv tvärsnittsstudie <u>Urval</u> : Sjuksköterskor och barnmorskor som arbetar med vård av kvinnor. Genomsnittlig ålder 32 år, genomsnittlig arbetserfarenhet 10 år <u>Datainsamling</u> : Domestic Violence Health Care Provider Survey, Woman Abuse Screening Tool och en demografisk enkät. <u>Dataanalys</u> : Deskriptiv statistik	125 (-)	Studien visade att bristande tilltro till den egna förmågan, brister i organisatoriskt stöd, skuldbeläggande av offer, motstånd mot den professionella rollen samt otrygghet för offer och vårdgivare utgjorde hinder vid samtal om våld i nära relation.	P II

Randomiserad kontrollerad studie (RCT), Klinisk kontrollerad studie (CCT), Icke - kontrollerad studie (P), Retrospektiv studie (R), Kvalitativ studie (K)  
I = Hög kvalitet, II = Medel kvalitet, III = Låg kvalitet

## Matris över inkluderade artiklar

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	Syftet var att beskriva Jordanska sjuksköterskors roll och praktiska arbete vid screening av våld i nära relation.	<u>Design:</u> Deskriptiv fenomenologisk design <u>Urval:</u> 6 kvinnliga och 6 manliga sjuksköterskor, i genomsnitt 7 års yrkeserfarenhet. Genomsnittlig ålder 29 år <u>Datainsamling:</u> Semistrukturerade intervjuer <u>Dataanalys:</u> Colaizzis fenomenologiska metod	12 (-)	Studien beskriver sjuksköterskans bristfälliga kunskap, andra prioriteringar, ovetskap om riktlinjer samt landets konservativa kultur som hindrande faktorer för att fråga om våld i nära relation. En faktor som bidrog till screening var förståelse för att den våldsutsatta patienten kunde ha varit någon i sjuksköterskans egen omgivning.	K I

Randomiserad kontrollerad studie (RCT), Klinisk kontrollerad studie (CCT), Icke - kontrollerad studie (P), Retrospektiv studie (R), Kvalitativ studie (K)  
I = Hög kvalitet, II = Medel kvalitet, III = Låg kvalitet

## Matris över inkluderade artiklar

Författare År (för publikation) Land (där studien genomfördes)	Titel	Syfte	Metod (Design, urval, datainsamling och analys)	Deltagare (bortfall)	Resultat	Typ Kvalitet
Alshammari, A., Evans, C., & McGarry, J.  2023  Saudiarabien	Nurses' experiences of perceiving violence and abuse of women in Saudi Arabia: A phenomenological study	Syftet var att utforska sjuksköterskor och sjuksköterskestudenter praktiska arbete vid, förståelse för och erfarenheter av våld i hemmet.	<u>Design:</u> Kvalitativ design med hermeneutisk fenomenologisk metod <u>Urval:</u> Sjuksköterskor med 2,5-14 års arbetserfarenhet samt sjuksköterskestudenter. Mellan 21-38 år gamla <u>Datainsamling:</u> Semistrukturerade djupintervjuer <u>Dataanalys:</u> Holistisk tematisk analys	18 (-)	Studien fann att en känsla av maktlöshet påverkar om sjuksköterskor frågar om våld i nära relation. En faktor var att känna sig oförberedd till följd av bristfällig träning och kunskap om riktlinjer. Andra faktorer som påverkade var en rådande tystnadskultur, rädsla för konsekvenser samt sociala kontextuella normer.	K I

Randomiserad kontrollerad studie (RCT), Klinisk kontrollerad studie (CCT), Icke - kontrollerad studie (P), Retrospektiv studie (R), Kvalitativ studie (K)  
I = Hög kvalitet, II = Medel kvalitet, III = Låg kvalitet

## Matris över inkluderade artiklar

Författare År (för publikation) Land (där studien genomfördes)	Titel	Syfte	Metod (Design, urval, datainsamling och analys)	Deltagare (bortfall)	Resultat	Typ Kvalitet
Aregger Lundh, A., Tannlund, C., & Ekwall, A.  2023  Sverige	More support, knowledge and awareness are needed to prepare emergency department nurses to approach potential intimate partner violence victims	Syftet med studien var att beskriva hur sjuksköterskor på akutmottagning upplever att vårda personer som har utsatts för våld i nära relation.	<u>Design:</u> Kvalitativ studie <u>Urval:</u> Akutsjuksköterskor med 9-19 års yrkeserfarenhet. 33-52 år gamla, svensktalande. Erfarenhet av att vårda åtminstone en person utsatt för våld i nära relation <u>Datainsamling:</u> Semistrukturerade intervjuer <u>Dataanalys:</u> Innehållsanalys	9 (-)	Organisatoriska faktorer och individuella faktorer, i form av bland annat tidsbrist och kunskapsbrist, samspelar och utgör hinder för sjuksköterskan att fråga patienter om våld i nära relation.	K II

Randomiserad kontrollerad studie (RCT), Klinisk kontrollerad studie (CCT), Icke - kontrollerad studie (P), Retrospektiv studie (R), Kvalitativ studie (K)  
I = Hög kvalitet, II = Medel kvalitet, III = Låg kvalitet

## Matris över inkluderade artiklar

<b>Författare</b> <b>År</b> (för publikation) <b>Land</b> (där studien genomfördes)	<b>Titel</b>	<b>Syfte</b>	<b>Metod</b> (Design, urval, datainsamling och analys)	<b>Deltagare</b> (bortfall)	<b>Resultat</b>	<b>Typ</b> <b>Kvalitet</b>
Aziz, M. M., & El-Gazzar, A. F.  2019  Egypten	Health care providers' perceptions and practices of screening for domestic violence in Upper Egypt	Syftet var att utforska hälso- och sjukvårdspersonalens attityder inför att screena för och hantera våld i nära relation inom hälso- och sjukvården samt att bedöma läkares screeningbeteendena.	<u>Design:</u> Mixed method <u>Urval:</u> Övervägande kvinnliga sjuksköterskor <u>Datainsamling:</u> Semistrukturerad enkät Fokusgrupp: intervju med öppna frågor <u>Dataanalys:</u> Kvalitativ: Induktiv tematisk analys Kvantitativ: Deskriptiv analys	Enkät: 200 (-)  Fokusgrupp 10 (-)	Studien visar att sjuksköterskor upplever tidsbrist och organisatoriska brister som hindrande faktorer vid screening av våld i nära relation. Ytterligare hinder var olika sociala och kulturella faktorer samt rädsla att själv bli utsatt.	K + P II

Randomiserad kontrollerad studie (RCT), Klinisk kontrollerad studie (CCT), Icke - kontrollerad studie (P), Retrospektiv studie (R), Kvalitativ studie (K)  
I = Hög kvalitet, II = Medel kvalitet, III = Låg kvalitet

## Matris över inkluderade artiklar

<b>Författare</b> <b>År</b> (för publikation) <b>Land</b> (där studien genomfördes)	<b>Titel</b>	<b>Syfte</b>	<b>Metod</b> (Design, urval, datainsamling och analys)	<b>Deltagare</b> (bortfall)	<b>Resultat</b>	<b>Typ</b> <b>Kvalitet</b>
Eustace, J., Baird, K., Saito, A. S., & Creedy, D. K. 2016 Australien	Midwives' experiences of routine enquiry for intimate partner violence in pregnancy	Syftet var att utforska barnmorskors erfarenheter av rutinmässig screening, uppfattningar av underlättande och hindrande faktorer samt föreslagna strategier för att förbättra det kliniska arbetet.	<u>Design:</u> Kvalitativ deskriptiv design <u>Urval:</u> Barnmorskor inom mödravården varav 20 kvinnor och en man. <u>Datainsamling:</u> Telefonintervjuer baserat på öppna frågor <u>Dataanalys:</u> Induktiv tematisk analys	21 (-)	Studien fann att faktorer som tidsbrist, bristande handlingsberedskap och avsaknad av organisatoriskt stöd hindrade sjuksköterskor från att fråga om våld i nära relation. Att ha en tillitsfull och kontinuerlig relation med patienten underlättade i sin tur samtalen. Känslomässiga faktorer påverkade också processen.	K II

Randomiserad kontrollerad studie (RCT), Klinisk kontrollerad studie (CCT), Icke - kontrollerad studie (P), Retrospektiv studie (R), Kvalitativ studie (K)  
I = Hög kvalitet, II = Medel kvalitet, III = Låg kvalitet

## Matris över inkluderade artiklar

<b>Författare</b> <b>År</b> (för publikation) <b>Land</b> (där studien genomfördes)	<b>Titel</b>	<b>Syfte</b>	<b>Metod</b> (Design, urval, datainsamling och analys)	<b>Deltagare</b> (bortfall)	<b>Resultat</b>	<b>Typ</b> <b>Kvalitet</b>
Henriksen, L., Garnweidner-Holme, L. M., Thorsteinsen, K. K., & Lukasse, M.  2017  Norge	'It is a difficult topic' - a qualitative study of midwives' experiences with routine antenatal enquiry for intimate partner violence	Syftet var att få en djupgående förståelse för barnmorskors erfarenhet av rutinmässig screening för våld i nära relation vid vård under graviditet.	<u>Design:</u> Kvalitativ design <u>Urval:</u> Barnmorskor inom barn- och mödravård med 3-30 års yrkeserfarenhet samt erfarenhet av att fråga om våld i nära relation <u>Datainsamling:</u> Semistrukturerade intervjuer <u>Dataanalys:</u> Innehållsanalys	8 (-)	Studien visade att ett personligt intresse var en faktor som bidrog till att barnmorskorna frågade om våld i nära relation. Tidsbrist, rädsla att inte kunna hantera ett svar och bristande stöd från arbetsgivaren utgjorde hinder för att fråga kvinnor om våld i nära relation.	K II

Randomiserad kontrollerad studie (RCT), Klinisk kontrollerad studie (CCT), Icke - kontrollerad studie (P), Retrospektiv studie (R), Kvalitativ studie (K)  
I = Hög kvalitet, II = Medel kvalitet, III = Låg kvalitet



## Matris över inkluderade artiklar

<b>Författare</b> <b>År</b> (för publikation) <b>Land</b> (där studien genomfördes)	<b>Titel</b>	<b>Syfte</b>	<b>Metod</b> (Design, urval, datainsamling och analys)	<b>Deltagare</b> (bortfall)	<b>Resultat</b>	<b>Typ</b> <b>Kvalitet</b>
Poreddi, V., Gandhi, S., S, S. N. R., Palaniappan, M., & BadaMath, S.  2020  Indien	Violence against women with mental illness and routine screening: Nurses' knowledge, confidence, barriers and learning needs	Syftet var att utforska sjuksköterskors kunskap, självförtroende och kunskapsbehov när det kommer till att identifiera och agera när kvinnor med psykisk sjukdom berättar om våld i nära relation.	<u>Design:</u> Kvalitativ <u>Urval:</u> Kvinnliga sjuksköterskor inom psykiatri, genomsnittlig ålder 35 år, genomsnittlig arbetserfarenhet 10 år <u>Datainsamling:</u> Semistrukturerade intervjuer i fokusgrupper <u>Dataanalys:</u> "Kvalitativ analys" enligt studien	21 (-)	Studien påvisade flera hindrande faktorer för att rutinmässigt fråga om våld. Dessa var jobbrelaterade, organisatoriska samt hinder som uppkom av personliga skäl. Andra faktorer som påverkade var bristande självförtroende, bristande utbildning samt bristande riktlinjer på arbetsplatsen.	K II

Randomiserad kontrollerad studie (RCT), Klinisk kontrollerad studie (CCT), Icke - kontrollerad studie (P), Retrospektiv studie (R), Kvalitativ studie (K)  
I = Hög kvalitet, II = Medel kvalitet, III = Låg kvalitet

## Matris över inkluderade artiklar

<b>Författare</b> <b>År</b> (för publikation) <b>Land</b> (där studien genomfördes)	<b>Titel</b>	<b>Syfte</b>	<b>Metod</b> (Design, urval, datainsamling och analys)	<b>Deltagare</b> (bortfall)	<b>Resultat</b>	<b>Typ</b> <b>Kvalitet</b>
Sprague, C., Hatcher, A. M., Woollett, N., & Black, V.  2017  Sydafrika	How Nurses in Johannesburg Address Intimate Partner Violence in Female Patients: Understanding IPV Responses in Low- and Middle-Income Country Health Systems	Syftet med studien var att förstå hur och varför sjuksköterskor agerar när kvinnliga patienter utsätts för våld i nära relation.	<u>Design:</u> Deskriptiv design <u>Urval:</u> Erfarna sjuksköterskor, 35-61 år gamla, som arbetade på kvinnokliniker på fem olika sjukhus <u>Datainsamling:</u> Semistrukturerade intervjuer <u>Dataanalys:</u> Analys av teman	25 (-)	Studien beskriver att demografiska och kontextuella faktorer i Sydafrika motiverar sjuksköterskor att fråga patienter om våld i nära relationer.	K II

Randomiserad kontrollerad studie (RCT), Klinisk kontrollerad studie (CCT), Icke - kontrollerad studie (P), Retrospektiv studie (R), Kvalitativ studie (K)  
I = Hög kvalitet, II = Medel kvalitet, III = Låg kvalitet

## Matris över inkluderade artiklar

<b>Författare</b> <b>År</b> (för publikation) <b>Land</b> (där studien genomfördes)	<b>Titel</b>	<b>Syfte</b>	<b>Metod</b> (Design, urval, datainsamling och analys)	<b>Deltagare</b> (bortfall)	<b>Resultat</b>	<b>Typ</b> <b>Kvalitet</b>
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	Syftet var att förbättra förståelsen för distriktssjuksköterskors erfarenheter av att möta kvinnor som utsatts för våld i nära relation.	<u>Design:</u> Kvalitativ studie <u>Urval:</u> Kvinnliga distriktssjuksköterskor från olika vårdcentraler i Stockholm <u>Datainsamling:</u> Öppna djupintervjuer <u>Dataanalys:</u> Grundad teori	11 (-)	Studien beskriver hur sjuksköterskor upplever en "hesitation process" som påverkar om de frågar om våld i nära relation. Olika hindrande och möjliggörande faktorer påverkar denna "hesitation process".	K II

Randomiserad kontrollerad studie (RCT), Klinisk kontrollerad studie (CCT), Icke - kontrollerad studie (P), Retrospektiv studie (R), Kvalitativ studie (K)  
I = Hög kvalitet, II = Medel kvalitet, III = Låg kvalitet

## Matris över inkluderade artiklar

<b>Författare</b> <b>År</b> (för publikation) <b>Land</b> (där studien genomfördes)	<b>Titel</b>	<b>Syfte</b>	<b>Metod</b> (Design, urval, datainsamling och analys)	<b>Deltagare</b> (bortfall)	<b>Resultat</b>	<b>Typ</b> <b>Kvalitet</b>
Sutherland, M. A., Hutchinson, M. K., Fantasia, H. C., Si, B., & Jiang, L.  2020  USA	Are We Asking? Nurse Practitioners' Interpersonal Violence Screening Practices	Syftet var att beskriva sjuksköterskors självrapporterade screening av våld i nära relation och sexuellt våld inom primärvården och identifiera faktorer relaterat till deras beteende kring screening.	<u>Design:</u> Tvärsnittsstudie <u>Urval:</u> Sjuksköterskor inom primärvården <u>Datainsamling:</u> Enkät <u>Dataanalys:</u> Innehållsanalys	170 (20)	Studien identifierade flera faktorer som hindrar sjuksköterskor att screena för våld i nära relation. De vanligast förekommande var tidsbrist, andra prioriteringar och bristande utbildning och träning i frågan.	P I

Randomiserad kontrollerad studie (RCT), Klinisk kontrollerad studie (CCT), Icke - kontrollerad studie (P), Retrospektiv studie (R), Kvalitativ studie (K)  
I = Hög kvalitet, II = Medel kvalitet, III = Låg kvalitet

### Matris över inkluderade artiklar

Författare År (för publikation) Land (där studien genomfördes)	Titel	Syfte	Metod (Design, urval, datainsamling och analys)	Deltagare (bortfall)	Resultat	Typ Kvalitet
Webster, J.  2019  Irland	An exploration of the views and experiences of midwives who routinely screen for domestic violence in an Irishantenatal setting.	Syftet med studien var att utforska barnmorskors syn på och erfarenheter av screening av våld i hemmet inom antenatalvård.	<u>Design:</u> Explorativ kvalitativ design <u>Urval:</u> Barnmorskor från offentlig och privat antenatalvård <u>Datainsamling:</u> Semistrukturerade intervjuer <u>Dataanalys:</u> Tematisk analys	6 (-)	Studien beskriver hur övning ger färdighet när det kommer till att fråga om våld i nära relation. Andra faktorer som möjliggjorde screening var att se det som sitt professionella ansvar och en god relation mellan patient och barnmorska.	K II

Randomiserad kontrollerad studie (RCT), Klinisk kontrollerad studie (CCT), Icke - kontrollerad studie (P), Retrospektiv studie (R), Kvalitativ studie (K)  
I = Hög kvalitet, II = Medel kvalitet, III = Låg kvalitet