



MALMÖ HÖGSKOLA
Hälsa och samhälle

SJUKSKÖTERSANS MÖTE MED FYSISKT MISSHANDLA- DE KVINNOR

EN SYSTEMATISK LITTERATURÖVERSIKT

CAROLINE RYDÉN
MARIE WESSMAN

SJUKSKÖTERSANS MÖTE MED FYSISKT MISSHANDLA- DE KVINNOR

EN SYSTEMATISK LITTERATURÖVERSIKT

CAROLINE RYDÉN
MARIE WESSMAN

Rydén, C & Wessman, M. Sjuksköterskans möte med fysiskt misshandlade kvinnor. En systematisk litteraturöversikt. *Examensarbete i omvårdnad 15 högskolepoäng*. Malmö högskola: Hälsa och samhälle, Utbildningsområde omvårdnad, 2010.

Mäns våld mot kvinnor är ett globalt problem och förekommer i alla samhällsklasser. Sjukvården har ett stort ansvar gällande identifiering och omvårdnad av dessa kvinnor, men många utsatta kvinnor går obemärkt förbi sjukvården. Syftet med denna litteraturstudie var att belysa mötet mellan sjuksköterskan och fysiskt misshandlade kvinnor. Metoden var en systematisk litteraturöversikt bearbetad utifrån en forskningsprocess enligt Goodmans sju steg. Resultatet grundade sig på 12 vetenskapliga artiklar, både av kvalitativ och kvantitativ art. Artiklarna togs fram ur databaserna PubMed, CINAHL och PsycINFO. Resultatet visade att det fanns ett flertal hinder för sjuksköterskan vid identifiering av misshandlade kvinnor, där de mest framträdande var bristfällig kunskap och tidsbrist. Vikten av att skapa trygghet och förtroende till kvinnan var centralt för att hon skulle våga anförtro sig. Resultatet har tolkats utifrån Kari Martinsens omvårdnadsteori som bygger på beroendet av andra människor i speciella situationer och inlevelse i patientens situation. Det är tydligt att mer utbildning inom ämnet behövs liksom nationella handlingsplaner.

Nyckelord: Kunskap, litteraturstudie, misshandlade kvinnor, omvårdnad, sjuksköterska, utbildning, våld i nära relationer,

THE NURSE'S MEETING WITH PHYSICALLY ABUSED WOM- EN

A SYSTEMATIC LITTERATURE REVIEW

CAROLINE RYDÉN
MARIE WESSMAN

Ryden, C & Wessman, M. The nurse's meeting with physically abused women. A systematic review. Degree Project, 15 Credits Points. Nursing programme, Malmö University: Health and Society, Department of Nursing, 2010.

Violence against women is a global problem and occurs in all social classes. The healthcare system has a great responsibility, relating to identification and nursing of these women. Many vulnerable women go unnoticed by the healthcare system though. The aim of this study was to highlight the meeting between the nurse and the physically abused women. The method was a systematic literature review using the science process according to Goodman's seven steps. The results were based on 12 scientific articles, with both qualitative and quantitative research. The articles were collected from the databases PubMed, CINAHL and PsycINFO. The result showed several barriers in identifying physically abused women. The most significant factors were lack of knowledge and time constraints. The importance of creating a sense of security and confidence between the nurse and the woman was crucial to disclose the abuse. The result has been interpreted from Kari Martinsens nursing theory based on the dependency of other people in special situations and empathy in the patient's situation. It is obvious that more education in this area is necessary as well as national guidelines.

Keywords: Battered women, domestic violence, education, intimate partner violence, knowledge, literature review, nursing, nurse.

INNEHÅLLSFÖRTECKNING

INTRODUKTION	5
BAKGRUND	5
Definitioner	5
Historik i Sverige	5
Förekomst och kostnader	6
Sårbara grupper	6
Orsaker till misshandel	7
Konsekvenser	7
Sjuksköterskans ansvarsområde	8
Kari Martinsens omvårdnadsteori	8
Sekreteress	8
Dokumentation	9
Omvårdnadsområdets komplexitet	9
SYFTE OCH FRÅGESTÄLLNINGAR	10
Frågeställningar	10
METOD	10
Steg 1: Preciserandet av problemet för utvärdering	10
Steg 2: Preciserandet av studiens inklusion- och exklusionskriterier	10
Steg 3: Formulerandet av en plan för litteratursökningen	10
Steg 4: Genomförandet av litteratursökningen och Insamlandet av studier	11
Steg 5: TolkanDET av bevisen från de individuella studierna	12
Steg 6: Sammanställandet av bevisen	13
Steg 7: Formulerandet av rekommendationer baserade på bevisens kvalitet	13
RESULTAT	13
Sjuksköterskans förmåga att skapa förutsättningar för identifiering av misshandlade kvinnor	14
Hinder för identifiering av misshandel	15
Utbildning/riktlinjer	16
DISKUSSION	17
Metoddiskussion	17
Resultatdiskussion	20
SLUTSATS	22
REFERENSER	23
BILAGOR	26

INTRODUKTION

Misshandlade kvinnor har på senare år blivit mer uppmärksammat och är ett komplext område som utgör ett allvarligt samhällsproblem (Eliasson, 2008). FN beräknar att var tredje kvinna i världen utsätts för våld någon gång under sin livstid (WHO, 1997). Enligt Brottsförebyggande rådet (2010b) uppskattas över 100 000 kvinnor bli utsatta för misshandel varje år i Sverige. Våldet har konsekvenser för rättsliga, sociala och hälso- och sjukvårdsinstanser (Socialstyrelsen, 2003). I rollen som blivande sjuksköterska har det i den kliniska utbildningen uppmärksamats oklarheter angående hur sjuksköterskan bör hantera och bemöta misshandlade kvinnor. Detta har skapat funderingar och ett intresse av fördjupning i ämnet med fokus på mötet med misshandlade kvinnor och huruvida sjuksköterskan har den kunskapen som krävs. Sjuksköterskan kan möta misshandlade kvinnor inom alla vårdavdelningar inom sjukvården och området är därmed av intresse för allmänsjuksköterskan. Vikten av rätt bemötande och att skapa en mänsklig relation mellan sjuksköterskan och den våldsutsatta kvinnan, i enlighet med Kari Martinsens omvårdnadsteori (Kirkevold, 2000), är centrala tankegångar i denna studie.

BAKGRUND

Kvinnomisshandel är nästan aldrig en enstaka händelse utan ett mönster av övergrepp vilket kan innefatta fysiskt våld av olika grad, hot, sexuella övergrepp, psykiskt våld, isolering och ekonomisk kontroll (Socialstyrelsen, 2003). Detta arbete kommer att begränsas till fysiskt misshandlade kvinnor i sjukvården. Kvinnor utsatta för fysiskt våld har rätten att bli omhändertagna av kompetent och kunnig personal (Björk & Heimer, 2008).

Definitioner

Enligt FN:s kvinnokonvention avses med uttrycket ”våld mot kvinnor” varje könsbetingad våldshandling som resulterar i, eller sannolikt kommer att resultera i, fysisk, sexuell eller psykisk skada. Begreppet avser även lidande för kvinnor innefattande hot om sådana handlingar, tvång eller godtyckligt frihetsberövande vare sig det sker offentligt eller privat (FN:s kvinnokonvention, 2004).

Fysisk misshandel innefattar sparkar, slag, bett, kvävning/strykning, att bli dragen i håret, kastad i väggen/golvet, bli bränd och utsatt för vapen av olika former (Socialstyrelsen, 2003; Widding Hedin, 1997), det förekommer även att fysisk misshandel riktas mot specifika ställen på kroppen (Widding Hedin, 1997).

Enligt Widding Hedin (1997) är kvinnomisshandel det enda brott, exkluderat barn- och äldre misshandel, där förövaren stannar kvar på brottsplatsen frivilligt och inte förväntar sig något straff.

Historik i Sverige

Våld mot kvinnor har förr ansetts som en personlig angelägenhet (Olsson & Wiklund, 1997). År 1864 avskaffades lagen om husaga (Eliasson, 2008). Kvinnan fick år 1872 själv rätt att välja make men var sedan omyndigt underställd sin make

fram till år 1920, då hon även fick rätt att skilja sig. År 1944 fick åklagare rätten att åtala mannen för grov misshandel i hemmet utan kvinnans anmälan. Först år 1965 avskaffades lagen mot våldtäkt inom äktenskapet. Sverige levde länge på 70-talets jämställdhetsgenombrott och ignorerade existensen av våld mot kvinnor i hemmet. Inte förrän år 1982 föll misshandel av normalgraden och våld mot en partner i hemmet under allmänt åtal. I slutet på 1980-talet kom lagen om besöksförbud, vilket till en början hade avskräckande effekt men påföljden är svag (a a). Under 1990-talet började myndigheterna få upp ögonen för problemet och år 1993 tillsatte socialdepartementet en kvinnovåldskommission som år 1995 resulterade i utredningen Kvinnofrid (SOU, 1995). Detta var enligt Eliasson (2008) ett viktigt genombrott. År 2006 kom ett beslut på uppdrag av regeringen om bildandet av ett Nationellt centrum för kvinnofrid (SFS 2006:1072) som ska sprida och öka kunskapen på nationell nivå om mäns våld mot kvinnor och utveckla metoder för omhändertagande av våldsutsatta kvinnor.

Förekomst och kostnader

Enligt Wijma et al (2003) utsätts 44,5 % av kvinnorna i Sverige någon gång under sitt liv för fysisk misshandel. Brottsförebyggande rådet (2010a) uppger att under år 2009 anmäldes 26 291 fall av misshandel mot kvinnor 18 år eller äldre, 44 % av dessa brott skedde inomhus där offer och förövare hade en nära relation (Brottsförebyggande rådet, 2010b). Siffran var en ökning med 1 % jämfört med året innan och följer en uppåtgående trend (Brottsförebyggande rådet, 2010a). Det råder även ett stort mörkertal, 4-5 gånger fler kvinnor misshandlas än vad polis-anmälningarna visar (Brottsförebyggande rådet, 2010b). Många kvinnor tvekar inför att anmäla misshandel med rädsla för att hamna i en förvärrad situation. Många känner även skuld i det som sker och anmäler därför sällan till myndigheter (Widding Hedin, 1997).

Enligt Folkhälsorapporten 2009 (Socialstyrelsen, 2009) så är de flesta kvinnor som misshandlas bekanta med förövaren. I 50 % av de anmälda misshandelsfallen mot kvinnor var förövaren en nuvarande eller före detta partner. I de fall där kvinnorna misshandlas till döds kände 70 % sin förövare och i hälften av fallen, (n=16 kvinnor), var det en nuvarande eller före detta partner som utförde dådet (a a).

Sårbara grupper

Varje brottsoffer är unikt och våld mot kvinnor förekommer i alla sociala miljöer, men vissa grupper är särskilt utsatta och generella mönster kan skönjas (Nordborg, 2008).

Invandrade kvinnor är en heterogen grupp, men är generellt mer utsatt av flera olika anledningar (Nordborg, 2008). Som nyanländ och utan socialt skyddsnät har kvinnan ingen att vända sig till och med bristande språkkunskaper spär detta på utanförskapet ytterligare. I vissa fall riskerar kvinnan att bli avvisad om hon lämnar sin man. Erfarenheterna från kontakter med myndigheter i hemlandet kan vara negativa och bidra till att kvinnan inte vill anmäla. Rättsystemen i hemlandet ser ofta annorlunda ut och kvinnan känner inte till sina rättigheter i det nya landet. Kulturella traditioner ser olika ut och i vissa länder riskerar kvinnan att uteslutas ur gemenskapen om hon anmäler eller lämnar sin man. Hedersrelaterat våld är ett annat kulturellt problem (a a).

Tonåringar och unga kvinnor är en annan utsatt grupp, de misshandlas av sina pojkvänner och både offer och förövare har i dessa fall en tendens att skylla på

flickan (Nordborg, 2008). *Äldre kvinnor* är ofta i en beroendesituation till sin man och samhället och anhöriga visar ofta en högre tolerans mot äldre. *Funktionshindrade kvinnor* befinner sig redan i en svagare position och hamnar genom sin funktionsnedsättning lättare i beroendeställning. En grupp som befinner sig i en extra problematisk situation är *missbrukande kvinnor* som ofta har dåliga erfarenheter från kontakt med myndigheter och de döms ofta både av sig själva och sin omgivning. En liten, men utsatt, grupp är de *homosexuella kvinnor* som utsätts för våld av sin partner, här försvårar homofobi och att detta våld inte tas på så stort allvar som när förövaren är en man (a a).

Orsaker till misshandel

Det finns sällan en specifik orsak till mäns våld mot kvinnor utan det är oftast väldigt komplext och mångfacetterat i kombination med sociala och ekonomiska, samt individuella egenskaper (Socialstyrelsen, 2003). En grundläggande orsak är den maktordning som innebär att män och kvinnor tilldelas olika roller i samhället (Johnsson-Latham, 2008). I förhållanden där dominans associeras till maskulinitet och mannen har kontroll över beslutsfattandet i familjen är misshandel vanligare förekommande (Socialstyrelsen, 2003). Andra orsaker är sociala förhållanden som är påfrestande och där våld är ett socialt accepterat sätt att lösa konflikter. De som bevittnat våld under uppväxten eller vistas i en miljö där det förekommer bristande omvårdnad och alkoholmissbruk är mer utsatta. När våld en gång förekommit är det mest troligt att det fortsätter (a a). En man som misshandlar kvinnan som han har en relation till fortsätter ofta med detta om han inleder ett nytt förhållande (Eliasson, 2008).

Eva Lundgrens modell om normaliseringsprocessen innebär att våldet från mannens sida grundar sig i att ha kontroll över kvinnan och bekräfta sin maskulinitet (Socialstyrelsen, 2003). Kvinnan anpassar sig gradvis efter mannens våld och krav. Kvinnan uppfattar våldet som något normalt och kan inte själv ta sig ur situationen (a a).

Konsekvenser

Konsekvenserna av misshandel kan inte mätas i fysiska skador eller antalet blåmärken (Björk & Heimer, 2008). De fysiska skadorna av misshandel är mycket varierande från små blåmärken till stora ortopediska, liksom thorax- och neurokirurgiska skador, vanligast är dock de mindre allvarliga som ej kräver sjukhusvård. Vanligast är att våldet åsamkat skada på huvudet, men även armar, hals och buk är utsatta kroppsdelar. Våldet innebär en psykisk stress som kan leda till förvärrade tillstånd vid kroniska sjukdomar som diabetes, hypertoni och hjärt-kärlsjukdom. Posttraumatiskt stressyndrom utvecklas i vissa fall som en reaktion på en ofullständig krislösning (a a). Vidare kan det leda till många andra hälsorelaterade problem som huvudvärk, ryggsmärtor, fibromyalgi, magsmärtor, mag- och tarmproblem, nedsatt rörelseförmåga och nedsatt allmäntillstånd (WHO, 2009).

De samhällsekonomiska kostnaderna uppskattades år 2006 till mellan 2,7 miljarder och 3,3 miljarder kronor per år (Socialstyrelsen, 2006) och sedan dess har antalet anmälda misshandelsfall mot kvinnor ökat (Brottsförebyggande rådet, 2010b). I denna siffra ingår direkta kostnader som sjukvård, rättskostnader, socialtjänst, kvinno- och brottsofferjourer och även indirekta såsom centrala myndigheter, försäkringskassan, produktionsbortfall och värdet av ideellt arbete (Socialstyrelsen, 2006). Senare konsekvenser som läkemedel, psykiatrisk vård vid posttraumatiskt stressyndrom, påverkan på barn etc har inte räknats med (a a).

Sjuksköterskans ansvarsområde

För hälso- och sjukvårds personal är det oerhört viktigt att upptäcka och identifiera misshandel då våldet får medicinska, psykologiska, rättsliga och sociala konsekvenser för kvinnan (Björk & Heimer, 2008). Sjukvårdspersonalens bemötande av kvinnor som utsatts för våld kan vara avgörande för huruvida hon kommer att agera och därigenom hennes framtid. Kvinnan har ofta gjort allt för att dölja vad som pågår för omvärlden och genom att skapa ett förtroende och en trygg miljö har sjukvårdspersonal en unik chans att påverka kvinnan (a a).

Enligt socialtjänstlagen (SFS 2001:453) kap 5 ska den som utsatts för brott få stöd och hjälp. Särskilt beaktande att kvinnor som utsätts eller har varit utsatta för våld ska få hjälp och stöd för att förändra situationen om behovet finns (a a).

Sjuksköterskan har enligt ICN:s etiska kod (Svensk sjuksköterskeförening, 2007) för sjuksköterskor fyra grundläggande ansvarsområden vilka är att främja hälsa, att förebygga sjukdom, återställa hälsa och att lindra lidande. Sjuksköterskan ska även samordna arbetet med närstående yrkesgrupper (a a). I hälso- och sjukvårdslag (SFS 1982:763) står det bland annat att hälso- och sjukvården ska tillgodose patientens behov av trygghet i vården och behandlingen. Vården ska bygga på respekt för patientens självbestämmande och integritet, samt så långt det är möjligt utformas och genomförs i samråd med patienten. Olika insatser för patienten skall samordnas på ett ändamålsenligt sätt. Hälso- och sjukvården skall arbeta för att förebygga ohälsa. Den som vänder sig till hälso- och sjukvården ska ges upplysningar om metoder för att förebygga sjukdom eller skada (a a).

Kari Martinsens omvårdnadsteori

Omvårdnadsteoretikern som har valts att ligga till grund för detta arbete är Kari Martinsen. Martinsen belyser relationen mellan människor och att det ligger till grund för en god omvårdnad (Kirkevold, 2000). Beroendet av andra människor i speciella situationer är en central del, vilket då kräver personlig kontakt och mänsklig respons. För att kunna ge omsorg är förståelse för patienten en viktig del av teorin. Martinsen använder begreppet grundhållning vilket menas med att vårdgivaren måste respektera vårdtagaren i den situationen han/hon befinner sig i. När känslan av kontakt med gemenskap existerar, växer en relation fram. Hon belyser också det mänskliga beroendet och att det är beroendet som skapar moralen åt mänskliga relationer. Sjuksköterskan, menar Martinsen, har ett ansvar för patienten som inte kan få tillbaka sitt oberoende. Det måste finnas i åtanke och vara en utgångspunkt att alla har en egen och olik bakgrund. Förutbestämda resultatmål är inget som Martinsen förordar utan varje patient måste bedömas utifrån vad som är bäst för den enskilde. Inlevelse i patientens situation, professionell bedömning och åtgärder för att lindra lidande är av stor vikt (a a).

Sekretess

Sekretess och tystnadsplikt är två centrala aspekter vid mötet med misshandlade kvinnor (Socialstyrelsen, 2003). Enligt sekretesslagen (SFS 1980:100) kap 7 gällande hälso- och sjukvård har sjuksköterskan som skyldighet att inte lämna ut information gällande den enskildes levnadsförhållande eller hälsotillstånd om det inte står tydligt att uppgiften kan lämnas ut utan att patienten lider men. Sjuksköterskan är även skyldig enligt lag (SFS 1998:531) kap 2 om yrkesverksamhet på

hälso- och sjukvårdens område till tystnadsplikt, vilket innebär att inte avslöja information eller andra personliga förhållanden om enskild patient som hon eller han har fått veta inom sin verksamhet. Skulle misstanke om att även kvinnans barn blivit utsatta för våld måste detta anmälas till socialtjänsten (a a).

Dokumentation

I varje möte med misshandlade kvinnor är noggrann dokumentation av högsta vikt (Widding Hedin, 1997). Enligt patientjournalagen (SFS 1985:562) är sjuksköterskan skyldig att föra patientjournal för varje enskild patient. Patientjournal avser uppgifter om patientens hälsotillstånd eller andra personliga förhållanden och vårdåtgärder. Patientjournaler ska hanteras och förvaras på ett säkert sätt så att inte obehöriga får tillgång till materialet (a a). Först ska bakgrunden med kvinnans berättelse nedtecknas i dennes journal (Widding Hedin, 1997). Fysiska skador såsom blåmärken och även viktigt att icke synliga skador såsom ömhet ska dokumenteras skriftligt och helst fotograferas efter medgivande från kvinnan. Fysiska bevis som sönderrivna kläder, blodstänk etc ska dokumenteras, även om kvinnan ej bekräftar misshandel ska misstankar ändå antecknas (a a). Enligt Socialstyrelsen (2003) har dokumentationen stor betydelse då det kan komma att användas i olika rättsliga och försäkringsmässiga sammanhang. Flera parter kan behöva ta del av informationen, där av är goda rutiner för journalhantering viktigt (a a).

Nationellt centrum för kvinnofrid (2008b) har tagit fram ett vårdprogram för hur omhändertagandet av kvinnor som blivit utsatta för våld och söker sjukhusvård eller primärvård ska ske. De tar upp ansvar, upptäckt och identifiering av symtom, bemötande, medicinskt omhändertagande, dokumentation, rättsmedicinsk undersökning, rättsintyg, polisanmälan, sekretess, samverkan och telefonnummer dit de berörda kan vända sig (a a). En mer komprimerad handlingsplan har även tagits fram (Nationellt centrum för kvinnofrid, 2008a).

Omvårdnadsområdets komplexitet

Trots regler och handlingsplaner negligerar många sjuksköterskor och andra yrkesverksamma inom hälso- och sjukvården problemet och att ställa frågan om misshandel. De väljer att distansera sig från kvinnan och kommer med olika förklaringar till detta (Björk & Heimer, 2008). De flesta grundutbildningar, inklusive sjuksköterskeutbildningen, tar inte alls upp området misshandlade kvinnor. Ofta är sjuksköterskan osäker på vad som ligger inom yrkets ansvarsområde och blir därför osäker på vad som är rätt i den situationen (a a). I många fall vet inte personalen vad de skulle kunna göra för att hjälpa den våldsutsatta kvinnan utan tänker att det är någon annan yrkesgrupps uppgift att uppmärksamma och ta tag i (Widding Hedin, 1997). Det är vanligt att sjukvårdspersonal ser på kvinnan som ett viljelöst offer vilket det är onödigt att lägga tid och energi på då hon ändå inte kommer att ta sig ur situationen (Björk & Heimer, 2008). Rädsla för att förolämpa kvinnan, tidsbrist och att själv behöva konfronteras med eventuella erfarenheter av misshandel är några orsaker (Widding Hedin, 1997). Sjuksköterskor som saknar egen erfarenhet av misshandel och själv kan identifiera sig med den utsatta kvinnans livssituation och sociala miljö har svårt att tro att misshandel kan förekomma. Alkohol- eller drogpåverkan anser vissa försvårar förmågan att få en tydlig bild av vad som hänt. Andra tycker att kvinnan har provocerat mannen och därmed förtjänar att bli slagen eller att det är för privat och därför inte ska diskuteras. Attityder som att "hon kan lämna honom själv om hon bara vill" eller att "hon kommer ändå bara komma tillbaka till honom" är inte helt ovanligt bland sjuk-

vårdspersonal. I vissa fall har sjukvårdspersonalen en personlig relation till förövaren och undviker därför konfrontation (a a).

SYFTE OCH FRÅGESTÄLLNINGAR

Syftet var att belysa mötet mellan sjuksköterskan och fysiskt misshandlade kvinnor i sjukvården.

Frågeställningar

- Har sjuksköterskan kunskap/utbildning gällande identifiering och bemötande av fysiskt misshandlade kvinnor?
- Finns det faktorer som påverkar sjuksköterskan vid identifiering av misshandlade kvinnor?
- Hur bör sjuksköterskan bemöta misshandlade kvinnor för att de ska kunna anförtro sig?

METOD

Den tillämpade ansatsen var en systematisk litteraturöversikt utförd enligt Goodmans sju steg (SBU, 1993).

Steg 1: Preciserandet av problemet för utvärdering.

Det valda forskningsproblemet grundade sig i ett intresse för att utforska sjuksköterskans möte med misshandlade kvinnor som väcktes vid en händelse inom den verksamhetsförlagda utbildningen. Initialt genom diskussion och undersökning av vilken befintlig forskning som existerar inom ämnesområdet samt grovsökning efter vetenskapliga artiklar i olika databaser kunde syftet utformas och preciseras.

Steg 2: Preciserandet av studiernas inklusions- och exklusionskriterier.

Inklusionskriterierna var vetenskapliga studier av kvantitativ och kvalitativ art som undersökte fysiskt misshandlade kvinnor över 18 år i sjukvården och att forskningsområdet endast berörde allmänsjuksköterskans kompetensområde. Vetenskapliga artiklar skulle finnas tillgängliga i fulltext utan kostnad och vara utförda i ett västerländskt land. Vidare skulle de vara författade på engelska eller svenska och publicerade från år 2005 och framåt.

Exklusionskriterierna var forskning som enbart berörde psykisk och sexuell misshandel. Likaså exkluderades gravida kvinnor, män och barn.

Steg 3: Formulerandet av en plan för litteratursökningen

- *Identifierandet av tillgängliga resurser.* Hänsyn har tagits till tidsåtgång, kostnader, tillgång till artiklar och rapporter. Sökningarna har gjorts via internet och Malmö högskolas bibliotek.
- *Identifierandet av relevanta källor.* Databaser som bäst lämpade sig för att hitta artiklar som svarade på syftet ansågs vara PubMed, CINAHL och PsycINFO.

- *Avgränsandet av forskningsproblemet och fastställandet av huvuddragen i sökningen.* Artikelsökningarna begränsades till fysiskt misshandlade, vuxna kvinnor, omvårdnad och bemötande ur sjuksköterskeperspektiv.
- *Utvecklandet av en sökväg för varje söksystem.* Olika söktermer och metoder användes för de olika sökmotorerna. I PubMed har Medical Subject Heading (MeSH-termer) använts som identifierades via Karolinska institutets bibliotek (Karolinska institutet, 2010), men även frisökningar gjordes. I CINAHL användes Headings. I PsycINFO gjordes en samsökning med fria termer och en med Key-words.

Steg 4: Genomförandet av litteratursökningen och insamlandet av studier

Enligt Willman et al (2006) ska en optimal litteratursökning både ha hög specificitet och hög sensitivitet. Hög specificitet innebär att utesluta icke relevanta referenser och hög sensitivitet innebär att få med alla relevanta referenser. I detta skede är hög sensitivitet viktigare då icke relevant material kan uteslutas i efterhand (a. a). Breda sökningar gjordes därför initialt.

I PubMed användes engelska MeSH-termer: battered women, spouse abuse, domestic violence, nursing, nursing care och nurse's role (se tabell 1).

I CINAHL användes följande engelska Headings: battered women, domestic violence, abused women, intimate partner violence, spouse abuse, nursing, nursing knowledge, nursing care och nurses (se tabell 2).

I PsycINFO användes domestic violence, battered women, spouse abuse, nursing, nursing role och nursing care som Key-words och som frisökning (se tabell 3).

Det totala resultatet av artikelsökningarna visas i tabell 4.

Tabell 1. Artikelsökning i PubMed för ämnesområdet sjuksköterskans möte med fysiskt misshandlade kvinnor.

Sökord/ MeSH-termer	Begränsningar	Träffar	Lästa titlar	Lästa abstract	Lästa artiklar	Använda artiklar
Domestic violence AND nursing*	English, published last 5 years, abstracts, links to full text, nursing journals	202	202	12	4	3
Battered women AND nursing care*		4	4	0	0	0
Spouse abuse AND nursing care *		22	22	7	2	2
TOTALT		228	228	19	6	5

* utförd 2010-03-31

Tabell 2. Artikelsökning i CINHALL för ämnesområdet sjuksköterskans möte med fysiskt miss-handlade kvinnor.

Sökord/ Headings	Begränsningar	Träffar	Lästa titlar	Lästa abstract	Lästa artiklar	Använda artiklar
Intimate partner violence AND nursing*	Publicerat 2005- 2010, fulltext, abstract, refe- renser tillgäng- liga	268	268	80	12	3
Battered women AND nurses **		201	201	25	10	0
Domestic violence AND nursing knowledge**		44	44	11	3	0
Abused women AND nursing care**		40	40	7	0	0
TOTALT		553	553	123	25	3

*utförd 2010-04-16 **utförd 2010-02-16

Tabell 3. Artikelsökning i PsycINFO för ämnesområdet sjuksköterskans möte med fysiskt miss-handlade kvinnor.

Sökord/ frisökning	Begränsningar	Träffar	Lästa titlar	Lästa abstract	Lästa artiklar	Använda artiklar
Domestic violence OR battered women OR spouse abuse AND nursing OR nursing care OR nurse's role*	Publicerat 2005- 2010, peer- reviewed journal, adulthood, english	977	327	67	10	3
Sökord/ Key-words Domestic violence OR battered women OR spouse abuse AND nursing OR nursing care OR nurse's role **		9	9	7	4	1
TOTALT		986	336	74	14	4

* utförd 2010-04-06 ** utförd 2010-04-07

Tabell 4. Total artikelsökning i samtliga databaser för ämnesområdet sjuksköterskans möte med fysiskt misshandlade kvinnor.

Träffar	Lästa titlar	Lästa abstract	Lästa artiklar	Använda artiklar
1767	1108	216	45	12

Steg 5: Tolkandet av bevisen från de individuella studierna.

Enligt Willman et al (2006) granskades artiklarna på ett kritiskt, konsekvent och opartiskt sätt. Granskningen innefattade urvalsförfarande, den undersökta gruppens storlek, använda instrument och resultatmått. Kvalitetsgranskningen dokumenterades vidare i ett protokoll och utfördes av två, av varandra oberoende, kvalitetsgranskare enskilt som därefter jämförde och sammanställde resultaten. I denna litteraturöversikt granskades studier med kvantitativ och kvalitativ metod.

Granskningen av kvantitativa studier började med att ta reda på resultaten, ifrågasätta om dessa var trovärdiga och huruvida dessa kunde implementeras i den kliniska verksamheten. Uppfylldes dessa krav så fortsatte en djupare granskning enligt granskningsprotokoll efter Willman et al (2006) som modifierades för att passa denna litteraturoversikt (se bilaga 1). Även de kvalitativa studierna granskades enligt ett protokoll (a a) avsett för denna typ av studier som också modifierades (se bilaga 2). Studierna poängsattes för om de uppfyllt de olika kriterierna eller inte och sedan räknades poängen om i procent för att kunna graderas och jämföras.

- Grad I motsvarade 80-100 % och har hög kvalitet
- Grad II, 70-79 %, hade medel kvalitet
- Grad III, 60-69 % hade låg kvalitet
- Studier som inte uppnådde 60 % exkluderades.

Steg 6: Sammanställandet av bevisen.

Resultatet av kvalitetsbedömningen och den systematiska granskningen sammanställdes och utgör resultatdelen. Av de artiklar som kvalitetsgranskades valdes 12 artiklar ut för att de höll hög kvalitet och svarade på syftet. Resultaten av varje artikel sammanfattades i löpande text, som därefter diskuterades och tre tydliga teman framträdde. Det rådde en klar enighet kring dessa teman. Därefter färgkodades all text enligt Backman (2008) och Polit & Beck (2010) och innehållet i artiklarna gick igenom på nytt så att inga relevanta fynd skulle ha förbisetts eller att eventuella feltolkningar hade skett. När all relevant text hade färgkodats sammanställdes resultaten under de teman som tidigare hade utarbetats. Rubrikerna diskuterades och justerades flertalet gånger för att kunna innefatta alla relevanta fynd i resultatet.

Steg 7: Formulerandet av rekommendationer baserade på bevisens kvalitet.

Enligt Willman et al (2006) bör forskarna vara säkra på sina resultat vad de än visar för att kunna ge några rekommendationer. Rekommendationerna baseras på olika evidensgradering efter hur starkt vetenskapligt underlag de har (Britton, 2000).

- I: Starkt vetenskapligt underlag – minst två studier med högt bevisvärde eller god systematisk översikt.
- II: Måttligt starkt vetenskapligt underlag – en studie med högt bevisvärde plus minst två med medelhögt bevisvärde.
- III: Begränsat vetenskapligt underlag – minst två studier med medelhögt bevisvärde.
- IV: Otillräckligt vetenskapligt underlag.

RESULTAT

Resultatet utgörs av 12 vetenskapliga studier, varav fem kvalitativa, fyra kvantitativa samt tre artiklar som var både kvantitativa och kvalitativa. Detta redovisas under tre teman: *Sjuköterskans förmåga att skapa förutsättningar för identifiering av misshandlade kvinnor*, *Hinder för identifiering av misshandlade kvinnor* och *Utbildning och riktlinjer*.

Sjuksköterskans förmåga att skapa förutsättningar för identifiering av misshandlade kvinnor

Enligt Häggblom et al (2005) upplever sjuksköterskan sig ha den viktigaste rollen i processen att hjälpa våldsutsatta kvinnor. Sjuksköterskan är oftast den person som träffar kvinnan både först och sist (a a). Ofta söker kvinnan vård för någonting annat och uppger inte själv att hon blivit utsatt för våld utan pratar runt problemet (Häggblom et al, 2006).

Koziol-McLain et al (2008) visar att kvinnor, både de som blivit utsatta för våld av sin partner och de som inte blivit utsatta, generellt tycker att det är positivt att frågor om våld i hemmet ställs i samband med att de söker sig till sjukvården. Sjuksköterskan måste i många fall lita på sin intuition och ha kunskap kring vilka tecken som föreligger (Häggblom et al, 2006). Enligt Hindin (2006) finns det tre tecken som ska utlösa en instinktiv reaktion för misstanke om misshandel: beteende, fysiska tecken/symtom och kulturell bakgrund. Beteendet är både det mellan kvinnan och hennes partner, samt det mellan sjuksköterskan och kvinnan. Fysiska tecken och symtom kan vara blåmärken, bulor och andra fysiska tecken på trauma. Kulturell bakgrund där mannen är mer dominant mot kvinnan kan också vara ett varningstecken (a a).

Det är viktigt att skapa en dynamik mellan sjuksköterskan och kvinnan (Hindin, 2006; Rodhes et al, 2007). Trygghet och tillit till sjuksköterskan underlättar för kvinnan att anförtro sig (Koziol-McLain et al, 2008). Likaså att kvinnan känner att hon befinner sig i en säker och privat miljö (Koziol-McLain et al, 2008; Häggblom et al, 2006). Arbetet med att få fram medgivande om att ha blivit utsatt för misshandel försvåras då naturligt med närvaro av en tredje part (Rodhes et al, 2007) Information kring olika instanser och lagar är vidare också en viktig aspekt för känsla av trygghet (a a).

Upptäckten av misshandel sker oftare när personalen frågar om misshandel än om de låter bli, och öppna frågor gör det lättare för kvinnan att berätta om hon blivit utsatt för misshandel då ett mer öppet klimat för diskussion skapas (Rodhes et al, 2007; Svavarsdottir et al, 2008). Sjuksköterskan upplever det även bättre att ställa enkla frågor som är lätta att svara på (Häggblom et al, 2006).

Då sjuksköterskan frågar om misshandel utan att se tydliga tecken och kvinnan förnekar är det viktigt att åter ta upp frågan om senare tecken påvisas (Hindin, 2006). Många kvinnor berättar inget förrän de träffat sjuksköterskan vid upprepa-de tillfällen (Häggblom et al, 2006). Det är då av yttersta vikt att sjuksköterskan ger gensvar eller uttryck för empati när kvinnan berättar vad hon blivit utsatt för (Rodhes et al, 2007). Sjuksköterskan uttrycker också värdet av att ge tid och inte framhålla något svar. Kvinnan måste känna att sjuksköterskan har tid för att lyssna och på så sätt lättare kunna berätta om sin situation (Hindin, 2006). Många kvinnor upplever dock att de inte får tillräckligt med tid (Koziol-McLain et al, 2008). Vidare aspekter som att lyssna, ha ögonkontakt och förklara varför frågan om misshandel ställs är centralt (Häggblom et al, 2006).

Tiden den våldsutsatta kvinnan får avsatt med sjuksköterskan är viktig då detta får kvinnan att känna sig värdefull, vilket i sin tur kan leda till ett ökat självförtroende (Hindin, 2006) Ökat självförtroende är centralt för att kunna ta steget och lämna förövaren (a a). Sjuksköterskan måste vara medveten om att det är en lång process för kvinnan att lämna sin partner vilket kräver en terapeutisk dialog (Häggblom et

al, 2006). Sjuksköterskor som har genomgått utbildning i ämnet har större förståelse för att det är en lång process för kvinnan att lämna sin partner (Hägglom et al, 2005). Kvinnorna uttrycker en lättnad då de får veta att de inte är ensamma i denna utsatta situation och att det inte är deras eget fel (Koziol-McLain et al, 2008). Den våldsutsatta kvinnan måste även få insikt i förövarens ansvar gällande det våldsamma beteendet, vilket kan hjälpa henne till ett beslut om huruvida hon ska lämna förövaren eller inte (Hägglom et al, 2006). Majoriteten av sjuksköterskorna som väcker frågan om våld uppmanar kvinnan att rapportera till polisen och informerar om legala rättigheter (Hägglom et al, 2005). Om våldet är av en allvarlig grad uppmanar de kvinnan att genast lämna förhållandet (Hägglom et al, 2006). Att stärka kvinnans självförtroende och att hon får upp ögonen för konsekvenserna av att stanna i ett sådant förhållande är alltså av högsta vikt (Hägglom et al, 2006; Hindin, 2006). Uppföljning genom att sjuksköterskan kontakter den våldsutsatta kvinnan på ett säkert sätt dagen efter, uppskattas av kvinnan (Koziol-McLain et al, 2008).

Enligt Goldblatt (2009) ska sjuksköterskan förhålla sig neutral inom all omvårdnad förutom när det gäller våld som måste fördömas. Fokus ligger på att kvinnan ska förstå att ingen har rätten att misshandla henne (Hägglom et al, 2006). När den utsatta kvinnan en gång brutit tystnaden för sjuksköterskan, underlättar det för kvinnan att öppna sig för andra i hennes närhet och även att ta upp det med förövaren (Koziol-McLain et al, 2008). Informationsblad som lämnas ut av sjukvården ger ytterligare underlag för diskussion kring ämnet med närstående (a a).

Hinder för identifiering av kvinnomisshandel

Sjuksköterskan blir ofta tagen av situationen i mötet med misshandlade kvinnor (Hägglom et al, 2006). Detta skapar frustration och stress för sjuksköterskan (Hägglom et al, 2005). Det finns även en rädsla hos sjuksköterskan inför att konfrontera misshandlade kvinnor vilket leder till ångest och psykisk stress (Hägglom et al, 2006). Tidsbrist och en stressig arbetssituation gör att sjuksköterskan väljer att inte se problemet (Hägglom et al, 2005; Yonaka et al, 2007; Gutmanis et al, 2007). Glömska och en osäkerhet kring dokumentationen är en annan orsak som sjuksköterskan uppger (Owen-Smith et al, 2008).

Majoriteten av sjuksköterskorna är osäkra på hur de ska upptäcka tecken på misshandel (Felblinger et al, 2008). Att frågan inte ställs kan enligt Hägglom et al (2005) bero på respekt för integriteten, men också en osäkerhet kring hur frågan ska formuleras (Hägglom et al, 2005; Felblinger et al, 2008). Kunskap inom området är inte nog utan sjuksköterskan måste även övervinna sin rädsla inför att fråga (Hägglom et al, 2006).

Hindin (2006) visar på att kvinnans kulturella bakgrund påverkar huruvida frågan om misshandel tas upp. Likaså bidrar språkbarriärer till att det känns svårare att ta upp ämnet (Yonaka et al, 2007).

Många sjuksköterskor är rädda för ansvaret gällande omvårdnad av fysiskt misshandlade kvinnor (Hägglom et al, 2005). Sjuksköterskan kan bli konfunderad över det rätta sättet att hjälpa (Goldblatt, 2009). I mötet med misshandlade kvinnor negligerar en del sjuksköterskor empatin och vill inte bli alltför involverad. Detta för att skydda sitt privatliv som sjuksköterskan känner kan bli påverkat på grund av ångest och känslan av hjälplöshet. Istället inriktar sig sjuksköterskan på den fysiska omvårdnaden (a a). Enligt Hägglom et al (2006) känner sjuksköters-

kan sig ofta säkrare i sitt arbete med att ta hand om de fysiska skadorna än de psykiska. Graden av misshandel kan också påverka om frågan ställs eller inte (Hägglom et al, 2005). Studie på akutvårdsavdelning med stora trauman visar på att frågor om misshandel ställs i högre utsträckning än på avdelningar med mindre allvarliga skador (Yonaka, 2007). Känslan av att inte ha beredskapen och verktygen för att ta hand om utsatta kvinnor uttrycker sjuksköterskan vara ett tydligt hinder i identifieringen och kan resultera i att frågan aldrig ställs (Gutmanis et al, 2007; Goldblatt, 2009). Detta kan i sin tur leda till frustration och distansering från kvinnan (Goldblatt, 2009).

Sjuksköterskan kan känna en djup oro över relationen mellan utsatta kvinnor och olika instanser inom sjukvården (Hägglom et al, 2006). Andra instanser, som socialtjänsten, ökar sjuksköterskans stress, då de känner sig besvikna på deras insatser. Sjuksköterskor som redan är en del av ett nätverk med polis, socialtjänst och kvinnojour känner en större trygghet i att hantera misshandlade kvinnor (a a).

De som har personlig erfarenhet av misshandel kan tveka inför att ta upp ämnet, då detta kan väcka obehagliga minnen och starka känslor hos sjuksköterskan (Yonaka et al, 2007). Frustration och ilska kan uppstå då sjuksköterskan relaterar kvinnans situation till sin egen upplevelse (Hägglom et al, 2006).

Sjuksköterskan känner hopplöshet, vrede och frustration när de beskriver kvinnans tillstånd och varje gång kvinnan återvänder till sitt våldsamma förhållande trots sjuksköterskas uppmuntran och fokus på att få kvinnan att lämna förhållandet (Hägglom et al, 2006). Avsaknad av förståelse för att kvinnan stannar kvar i förhållandet leder till att sjuksköterskan blir dömande, trots att detta ej är lämpligt (Goldblatt et al, 2009). Sjuksköterskan känner sig uppgiven både inför förövaren och offret då ingen progress sker. Överväldigad med dessa känslor leder till oprofessionellt beteende och att sjuksköterskan väljer att ignorera problemområdet (a a).

Där grundkunskapen finns förbättras den med erfarenhet och tid enligt Davila (2006). Obekvämhetskänslor och känslan av att tro sig vara obehörig att ingripa övervinns (a a). Likaså får sjuksköterskan ett högre självförtroende i sin yrkesroll (Gutmanis et al, 2007).

Utbildning och riktlinjer

Kunskap anses vara den enskilt viktigaste faktorn för omvårdnad av misshandlade kvinnor (Hägglom et al, 2006). Det finns ett tydligt glapp mellan de som har kunskap och de som inte har det i förmågan att hantera fall av kvinnomisshandel (a a). Sjuksköterskor som erhållit undervisning i ämnet och fått möjlighet att praktisera har större kunskap om rutiner och manualer. De känner sig även säkrare på hur de ska agera, nätverka med andra instanser, följa upp och ge befintlig information till kvinnan (Hägglom et al, 2005).

Forskning från både USA (Davila, 2006; Felblinger et al, 2008) och Sverige (Hägglom et al, 2005) visar att majoriteten av sjuksköterskorna inte erhåller utbildning inom området våld i hemmet i sin grundutbildning och de flesta anser sig ha liten eller ingen kunskap i ämnet (Davila, 2006). Merparten av sjuksköterskorna känner ej till eller är osäkra på vilka lagar som finns för skydd och legala möjligheter för kvinnorna (Felblinger et al, 2008). Alla är ense om att de behöver mer utbildning för att uppnå den kunskap som behövs för att vårda misshandlade

kvinnor (Davila, 2006). Träningsprogram inom alla hälsoinstanser skulle enligt sjuksköterskorna höja medvetandegraden och insikten, de anser att detta ska prioriteras (Hägglom et al, 2006). För att förbättra identifiering av utsatta kvinnor är workshops i ett tidigt skede på arbetsplatsen ett önskemål (Davila, 2006). De sjuksköterskor som hade deltagit i undervisning inom området har gjort det på eget initiativ, undervisning hjälper dem att reducera otydligheten och att förutse resultatet av insatser (Hägglom et al, 2006).

För att skapa en bra utbildning krävs det att det först görs en befintlig kunskapsanalys (Hägglom et al, 2006). De viktigaste områdena för utbildning är bemötandet av kvinnan och kännedom om lokala instanser att tillgå (Davila, 2006; Hägglom et al, 2005). Utbildningen bör även innefatta forum där sjuksköterskorna kan ventilerar känslor (Hägglom et al, 2006).

Hägglom et al (2005) visar att där centrala riktlinjer arbetats fram och distribuerats till alla hälsoenheter har knappt någon sjuksköterska vetskap om att dessa existerar. Försök med implementering av ett identifieringsverktyg möts först av skepticism och sjuksköterskan känner sig generad inför att fråga om våld i hemmet, men efterhand som de vänjer sig vid att fråga blir upplevelsen mer positiv (Svavarsdottir et al, 2008). Riktlinjer upplever sjuksköterskan som användbara för att närma sig patienten på ett passande sätt, men även i dokumentationen. Riktlinjerna är även till hjälp när det gäller att bli varse om vikten av att ha grundläggande kunskap om våld i hemmet och den kliniska skicklighet som krävs för identifieringssamtal. De upplevdes även som en hjälp i att få en överblick över ämnet våld i hemmet och hur de ska hantera ett avslöjande av misshandel. Riktlinjer bör inte vara alltför långa och det kan vara bra att ha en kort version i fickan (a a). Sjuksköterskan använder sig även gärna av litteratur och broschyrer i svåra situationer (Hägglom et al, 2006).

DISKUSSION

Diskussionen presenteras i två delar, en metod- respektive resultatdiskussion. Under metoddiskussionen diskuteras fördelar och nackdelar med vald metod och under resultatdiskussionen erhållit resultat med bakgrundsfakta som även kopplas till Kari Martinsens (Kirkevold, 2000) omvårdnadsteori.

Metoddiskussion

Valet att göra en litteraturstudie anses passande för ämnesvalet, då ett stort material kan samlas in på kort tid och därigenom få en överblick om hur forskningsunderlaget ser ut idag. Utifrån syftet anses litteraturstudie kunna ge ett mer generaliserbart resultat då tidsåtgången till denna uppsats är begränsad. Litteraturstudien har utformats efter Goodmans sju steg, då de enligt SBU (1993) är välstrukturerade och enkla att följa, så även för läsaren. Nackdelen med en litteraturstudie kan vara att resultatet är baserat på andras resultat och att granskningen sker subjektivt. Då kan fynd som är irrelevanta eller motsägelsefulla till det preciserade syftet även uteslutas.

Databaser som legat till grund för artikelsökningen är PubMed, CINAHL och PsycINFO. De är stora databaser med relevanta vetenskapliga artiklar inom både

omvårdnad och medicin. I samtliga databaser har tillhörande söktermer använts. Frisökningar har också gjorts för att inte gå miste om tillämpliga artiklar. Detta visade sig vara effektivt då sökträffarna blev olika och därmed genererade ett större urval av vetenskapliga artiklar att redovisa och jämföra. Från start gjordes sökningar med övergripande sökord i artikelsökningen som exempelvis *intimate partner violence AND nursing* i CINAHL vilket genererade ett stort antal träffar som noga har bearbetats. De mer detaljerade sökningarna som redovisats i artikelsökningen har fått ett överlappande resultat där inga nya relevanta artiklar påträffades, vilket betyder att mättnad har uppnåtts. Enligt William et al (2006) är det viktigt att ha hög specificitet respektive sensitivitet. Därför har relativt breda sökningar gjorts för att inte gå miste om användbara artiklar. Under studiens gång framkom kännedom kring andra användbara databaser som kunde nyttjats, huruvida detta inte ska ha påverkat resultatet enligt Backman (2008) då de redan använda databaser är medicinska och därmed gav mättnad. Möjligheten finns dock att någon relevant vetenskaplig artikel av denna anledning förbisetts.

De artiklar som inte varit kostnadsfria och därmed inte tillgängliga har valts bort. Detta medförde att en del artiklar med relevanta abstrakt inte kunde granskas och kan ha påverkat resultatet. Valet att exkludera dessa artiklar grundar sig i såväl ekonomiska begränsningar som den snäva tidsram som fanns för föreliggande studie.

Enligt Polit & Beck (2010) ska inklusionskriterier som abstrakt, introduktion, metod, resultat, diskussion och referenser finnas med, vilket samtliga använda artiklar innehöll. Vidare inklusionskriterier har varit att artiklarna skall vara publicerade år 2005 och framåt, vilket kan ha påverkat resultatet både negativt och positivt. Negativt i den mening att äldre intressanta artiklar inte kunnat granskas och att få svenska artiklar återfunnits. Positivt är att den senaste forskningen ligger till grund för resultatet i föreliggande studie, vilket leder till att generaliserbarheten blir större då samhället med exempelvis utbildning och attityder ständigt förändras. Barnmorskor och andra personalgrupper exkluderades från början för att smalna av ämnet. Senare hittades artiklar där även barnmorskor och läkare medverkade som svarade på syftet och därför har använts. Resultatet av dessa studier har ansetts vara generaliserbart för sjuksköterskan. Artikelsökningen resulterade i både kvantitativa och kvalitativa studier, vilket är en styrka då de djupgående kvalitativa resultaten styrks av de mer statistiskt generaliserbara kvantitativa studierna.

För att kunna värdera studierna på ett kritiskt, konsekvent och opartiskt sätt är det viktigt att gå systematiskt tillväga (Willman et al 2006). Artiklarna har därför granskats enligt ett modifierat granskningsprotokoll efter William et al (2006) både för kvalitativa metoder respektive kvantitativa metoder. Gällande granskningsprotokollen har ett fåtal punkter exkluderats då dessa kategorier anses vara irrelevanta för denna litteraturstudie. Etiskt godkännande har inkluderats då detta anses vara en viktig punkt enligt Granskär & Höglund (2009). Modifiering av granskningsprotokollen kan påverka resultatet då det antingen ställs höga krav eller låga krav på studierna beroende på den enskildes subjektiva granskning. Artiklarna granskades enskilt och oberoende av varandra, vilket resulterar i triangulering enligt Polit & Beck (2010) och är en styrka för resultatet. Efter enskilt granskande diskuterades resultaten och en ny granskning genomfördes gemensamt för att minska risken för eventuella feltolkningar. Till grund för resultatet ligger 12 vetenskapliga artiklar, varav nio graderats till hög kvalitet och tre till medel.

Alla svarade på sitt syfte och hade genomgående en tydlig struktur som var enkel att följa.

Tematisering med hjälp av färgkodning har underlättat arbetet då det tydliggjort uppdelningen av de teman som framkom och att ingen relevant information har missats.

De tolv använda studierna omfattar forskning från olika världsdelar, vilket anses mer generaliserbart då dagens samhälle är mångkulturellt. Ur patientsynpunkt är detta en viktig aspekt då det i det svenska samhället lever många med bakgrund från olika kulturer. De länder som är representerade i de vetenskapliga artiklarna är Sverige, Nya Zeeland, USA, Canada, Island och Israel. Då de flesta studier är från västerländska länder återspeglar detta den samhällskultur vi lever i gällande utbildning och attityder. Detta anses då bli mer applicerbart för generalisering. En svaghet kan dock vara att fler artiklar från Sverige inte kunde hittas. Flera av studierna är utförda i Nordamerika där sjukvårdssystemet såväl som sjuksköterskeutbildningen ser ut på ett annorlunda sätt än det gör i Sverige, vilket kan vara en svaghet i denna studie. Sjuksköterskans ansvarsområde kan se annorlunda ut då det i Sverige finns ett nära samarbete med andra instanser som exempelvis kuratorer. Artikeln från Israel har tagits med då den fokuserar på upplevelsen av mötet med misshandlade kvinnor ur sjuksköterskeperspektiv. Det gör den mer generaliserbar för svenska förhållanden än om den hade studerat patienter, sjukvårdens ansvar eller rättsliga förhållanden.

Valet att ta med en så pass gammal bakgrundsreferens som Widding Hedin från 1997 är dels för att hon besitter stor kunskap inom området och dels för att visa att det inte skett någon förändring inom området sedan boken skrevs för över ett decennium sedan.

Beslutet att använda två vetenskapliga artiklar av samma författare ska inte ha påverkat resultatet då studierna har olika infallsvinklar och två vitt skilda syften. Resultaten i dessa studier har inte påverkat varandra eller resultatet i denna översikt. Författarens förståelse till den senare studien kan ha påverkat infallsvinklingen, både positivt och även negativt. Positivt är att denna författare troligtvis har expertiskunskap inom området.

Alla artiklar är skrivna på engelska och därför finns en risk för att nyanser av språket har gått förlorade vid översättning till svenska. Resultaten från de olika artiklarna har från början antecknats noggrant i enlighet med Backman (2008) med detaljer och avslutningsvis har en översatt sammanställning av essensen gjorts. Detta anses minska risken för att nyanser och exempelvis uttryck gått förlorade.

Enligt Britton (2000) måste det finnas ett vetenskapligt underlag för att kunna ge ut rekommendationer. Då denna litteraturoversikt har haft flera begränsningar, bland annat i form av tid och ekonomi, är det svårt att göra rekommendationer utifrån översikten som helhet.

Resultatdiskussion

Enligt Häggblom et al (2005) ansåg sjuksköterskan sig själv spela en central roll i omhändertagandet av misshandlade kvinnor. Trots detta har flera studier visat att sjuksköterskan undviker att ta upp frågan på grund av stressig arbetssituation och tidsbrist (Häggblom et al, 2005; Yonaka et al, 2007; Gutmanis et al, 2007). För mer än ett decennium påpekade Widding Hedin (1997) att tidsbrist var en av orsakerna som sjukvårdspersonal uppgav som skäl att låta bli att väcka denna känsliga fråga. Handlingsutrymme med avsatt tid för att följa upp med konsekvenser vid medgivande av våldsutsatthet skulle kunna tillåta att frågan ställdes. Detta är i enlighet med Kari Martinsens omvårdnadsteori där beroendet av andra människor är en central del, samt vikten av att visa patienten förståelse vid omvårdnad (Kirkevold, 2000).

Den våldsutsatta kvinnan uppger många gånger inte själv att hon blivit utsatt för våld utan pratar runt problemet (Häggblom et al, 2006). Dessutom är skadorna av misshandel varierande men är oftast lokaliserade till ansikte, hals, armar och buk (Björck & Heimer, 2008). Dock kan misshandel vara riktad mot specifika kroppsdelar, då exempelvis att bli dragen i håret kan vara svårt att identifiera (Socialstyrelsen, 2003). Här är det av yttersta vikt att sjuksköterskan känner igen och uppmärksammar tecken på misshandel liksom att våga ställa frågan om misshandel till kvinnan. Vid misstanke om olägenheter skulle observation och dokumentation av tecken på misshandel kunna hjälpa sjuksköterskan i detektivarbetet.

Tre tecken som ska få sjuksköterskan att misstänka misshandel är beteendet, fysiska tecken/symtom och kulturell bakgrund (Hindin, 2006). Dessa kan kopplas ihop med de speciellt utsatta grupperna där kvinnan befinner sig i en underordnad position exempelvis genom att vara handikappad, missbrukare, homosexuell eller invandrad med en annorlunda kulturell bakgrund och avsaknad av kunskap om sina rättigheter i det nya landet (Nordborg, 2008). Enligt Nordborg (a a) förekommer misshandel dock i alla samhällsmiljöer och varje offer är unikt, sjuksköterskan måste därför enligt Kari Martinsen (Kirkevold, 2000) ha i åtanke att alla har en egen och olik bakgrund. Omvårdnaden och dess mål måste anpassas utifrån vad som är bäst för den enskilda kvinnan. Då symtom och bakomliggande situation kan vara så varierande måste sjuksköterskan vara lyhörd och uppmärksam på tecken som kvinnan ofta försöker dölja och förneka. Sjuksköterskan måste även vara flexibel i sin omvårdnad då varje omvårdnadssituation är unik och kräver en anpassad behandling och med individuella mål.

Kari Martinsens (Kirkevold, 2000) omvårdnadsteori förespråkar vikten av personlig kontakt som krävs för att människor i speciella situationer ska känna sig trygga. I likhet med Björck & Heimer (2008) visar flera studier i resultatet (Koziol-McLain et al, 2008; Häggblom et al, 2006; Hindin, 2006; Rodhes et al, 2008) att förtroende och dynamik mellan sjuksköterskan och den våldsutsatta kvinnan i en trygg miljö är centralt. Detta resulterar i att den våldsutsatta kvinnan får tillit för sjuksköterskan och vågar därför anförtro sig. På så sätt får sjuksköterskan en möjlighet att hjälpa kvinnan i rätt riktning. I denna situation är det viktigt för kvinnan att känna till sjuksköterskans tystnadsplikt (SFS 1980:100).

En viktig aspekt i resultatet är det faktum att alla kvinnor, såväl de som blivit utsatta för våld som de som ej blivit utsatta, anser det vara positivt att bli tillfrågade angående misshandel (Koziol-McLain et al, 2008). Ett öppet klimat där enkla, raka frågor ställs och utan att kvinnan känner tidspress är att föredra (Rodhes et al,

2007; Svavarsdottir et al, 2008; Häggblom et al, 2006). Enligt Koziol-McLain et al (2008) upplever vissa kvinnor att de inte får tillräckligt med tid. Kari Martinsens (Kirkevold, 2000) teori om personlig kontakt stämmer överens med att de våldsutsatta kvinnorna inte anförtror sig till sjuksköterskan förrän efter upprepade möten. Dilemmat är att sjuksköterskan som ofta arbetar under hög tidspress (Häggblom et al, 2005; Yonaka et al, 2007; Gutmanis et al, 2007) då kvinnans behov av trygghet, tid och stöd är central i omvårdnadssituationen. Detta kan få förödande konsekvenser i förlängningen för den enskilda kvinnan genom att misshandeln aldrig uppmärksammas.

Enligt Goldblatt (2009) upplever sjuksköterskan att hennes privatliv blir negativt påverkat då hon blir alltför involverad i kvinnans situation. Detta skapar ett dilemma då sjuksköterskan verkligen bör visa empati och enligt Kari Martinsen (Kirkevold, 2000) måste en inlevelse för patientens situation infinna sig. Sjuksköterskan blir ofta frustrerad och känner besvikelse över att kvinnan går tillbaka till förövaren. Hon känner sig uppgiven och blir överväldigad av dessa känslor vilket ofta leder till att hon väljer att ignorera problemet eller blir dömande (Goldblatt, 2009). Enligt Hälso- och sjukvårdslagen (SFS 1982:763) så ska vården bygga på självbestämmande och respekt för integriteten vilket gör situationen komplex och påfrestande för sjuksköterskan. Det är en svår avvägning för sjuksköterskan hur långt hon får gå i sin yrkesroll och det är ytterst svårt att helt skilja på sina personliga och professionella känslor. Tid för reflektion och handledning i svåra patient-situationer borde finnas överallt inom sjukvården, men det är inte den verklighet som finns inom sjukvården idag med de begränsade resurser som ofta prioriteras annorlunda.

Forskningen visar tydligt att det finns en kunskapsbrist hos sjuksköterskan inom ämnet kvinnomisshandel och att detta är den starkaste orsaken till att kvinnor som utsatts för misshandel i nära relationer inte identifieras inom sjukvården (Davila, 2006; Felblinger et al, 2008; Häggblom et al, 2005; Häggblom et al, 2006). Utbildning i ämnet saknas eller berörs nästan aldrig i grundutbildningen (Björk & Heimer, 2008; Davila, 2006). De sjuksköterskor som erhållit undervisning i ämnet känner sig säkrare på hur de ska agera (Häggblom et al, 2006; Davila, 2006). Resultatet visar att sjuksköterskan vill ha mer kunskap och välkomnar information i form av workshops, riktlinjer, broschyrer, diskussionsforum etc (a a). Enligt Häggblom (2006) finns det hos sjuksköterskan en rädsla inför att konfrontera kvinnor de misstänker blivit utsatta för våld. Att sjuksköterskan övervinner sin rädsla är essentiellt, har hon väl en gång ställt frågan om misshandel känns det ofta lättare att göra det igen och till slut rutinmässigt. Kari Martinsen (Kirkevold, 2000) menar att förmågan att göra en professionell bedömning och åtgärder för att lindra lidande är grundläggande för god omvårdnad, detta kan ej uppnås så länge kunskapen är bristfällig. Utbildning inom ämnet redan på grundnivå skulle underlätta sjuksköterskans arbete med att identifiera misshandlade kvinnor. Sjuksköterskan får också den beredskap som behövs för att kunna agera rätt i situationen och därmed kunna hjälpa åtskilliga kvinnor.

Normaliseringsprocessen, som enligt Socialstyrelsen (2003) innebär att kvinnan anpassar sig gradvis och till slut uppfattar våldet som något normalt, är viktig för sjuksköterskan att känna till då processen att lämna förövaren kan sträcka sig över en längre period. Det är även viktigt att kvinnan får insikt i förövarens ansvar och fokus ska ligga på att få kvinnan att inse att ingen har rätten att misshandla henne (Häggblom et al, 2006). Enligt Widding Hedin (1997) anmäler de flesta kvinnor

aldrig sin förövare på grund av rädsla och känsla av skuld. Sjuksköterskan har en viktig roll i att stärka kvinnans självförtroende och förklara konsekvenserna av att stanna i ett våldsamt förhållande. Det som dock är ytterst viktigt är att det ska finnas en färdig handlingsplan och fasta rutiner för all sjukvårdspersonal, så att de vet hur och vart de ska vända sig när de upptäcker våld i nära relationer.

Att samordning mellan olika instanser sker på ett ändamålsenligt sätt som är till gagn för kvinnans situation är av högsta vikt enligt Hälso- och sjukvårdslagen (SFS 1982:763). Detta visar även forskning på då kännedom om lokala instanser bör vara en central del i utbildning om hur misshandlade kvinnor ska hanteras (Davila, 2006; Häggblom et al, 2005). Samhället och vården måste ha en vidare och mer övergripande syn på omhändertagandet av misshandlade kvinnor för att förebygga vidare hälsoproblem, vilket inte enbart innebär stort lidande för kvinnan utan även för med sig stora samhällskostnader.

I Sverige har Nationellt centrum för kvinnofrid (2008b) tagit fram ett vårdprogram för kvinnor som blivit utsatta för våld gällande omhändertagandet. Resultat från andra ställen där liknande handlingsplaner tagits fram visar att kunskapen om dessa varit mycket begränsad (Häggblom et al, 2005). De har även mötts av viss skepticism till en början men upplevts som positiva när de väl kommit i bruk (Svavarsdottis et al, 2008). Det är alltså viktigt att nationella handlingsplaner tas fram, men minst lika viktigt är att de sprids och implementeras inom alla vårdinstanser.

SLUTSATS

Av de fynd som gjorts i denna litteraturstudie kan slutsatsen dras att sjuksköterskan har en mycket viktig roll och en unik möjlighet att påverka kvinnan som utsätts för misshandel. Det är sjuksköterskan uppgift att skapa trygghet och förtroende för att stärka kvinnan så att hon ska våga anförtro sig. Det finns ett flertal hinder för identifiering och då framförallt kunskapsbrist inom ämnet, vilket skapar osäkerhet kring den egna yrkesrollen. Sjuksköterskans stressiga arbetssituation är en annan tydlig orsak, där varken tid för uppföljning eller reflektion finns. En holistisk syn på kvinnor som utsatts för våld är av stor vikt för att kunna hjälpa dem på bästa möjliga sätt. Nationella handlingsplaner behövs men de måste spridas och tas i bruk av alla instanser inom sjukvården.

REFERENSER

- Backman, J (2008) *Rapporter och uppsatser*. Lund: Studentlitteratur.
- Björck, A & Heimer, G (2008) Hälso- och sjukvårdens ansvar. I: Heimer, G & Sandberg, D (Red) *Våldutsatta kvinnor – samhällets ansvar*. Lund: Studentlitteratur.
- Britton, M (2000) *Så graderas en studies vetenskapliga bevisvärde och slutsatsernas styrka*. *Läkartidningen*, 97(40), 4414-4415.
- Brottsförebyggande rådet (2010a) *Anmälda brott slutlig statistik för år 2009*
>[http://www.bra.se/extra/measurepoint/?module_instance=4&name=Sammanfattning anmälda brott år 2009&url=/dynamaster/filearchive/ 100331/ 97efd4611337c5e4cd51c0a2bfeb524f/Slutlig%20anm%20e4lda%20brott%202d2009.pdf](http://www.bra.se/extra/measurepoint/?module_instance=4&name=Sammanfattning%20anm%C3%A4lda%20brott%20%C3%A4r%202009&url=/dynamaster/filearchive/100331/97efd4611337c5e4cd51c0a2bfeb524f/Slutlig%20anm%20e4lda%20brott%202d2009.pdf)< 2010-02-16.
- Brottsförebyggande rådet (2010b) *Nationella trygghetsundersökningen 2009 Om utsatthet, trygghet och förtroende*. Stockholm: Brottsförebyggande rådet. ISBN 978-91-86027-43-8.
- Davila, Y (2006) *Increasing nurses' knowledge and skills for enhanced response to intimate partner violence*. *The Journal of Continuing Education in Nursing*, 37(4), 171-177.
- Eliasson, M (2008) Att förstå mäns våld mot kvinnor. I: Heimer, G & Sandberg, D (Red) *Våldutsatta kvinnor – samhällets ansvar*. Lund: Studentlitteratur.
- Felblinger, D et al (2008) *Domestic violence screening and treatment in the workplace*. *American Association of Occupational Health Nurses*: 56(4), 143-150.
- FN:s Kvinnokonventionen (2004) *Kvinnors rättigheter - en handbok för aktivister, journalister och beslutsfattare*
><http://www.kvinnokonventionen.se/kvinnokonventionen/>< 2010-02-16.
- Goldblatt, H (2009) *Caring for abused women: impact on nurses' professional and personal life experiences*. *Journal of Advanced Nursing*, 65(8), 1645-54.
- Granskär, M & Höglund, B (red.) *Tillämpad kvalitativ forskning inom hälso- och sjukvård*. Lund: Studentlitteratur.
- Gutmanis, I et al (2007) *Factors influencing identification of an response to intimate partner violence: a survey of physicians and nurses*. *BMC Public Health*, 7(12), doi:10.1186/1471-2458-7-12.
- Hindin, P (2006) *Intimate partner violence screening practices of certified nurse-midwives*. *Journal of Midwifery and Women's Health*, 53(3), 216-221.
- Hägglom, A et al (2005) *Nurses' attitudes and practices towards abused women*. *Nursing and Health Science*, 7, 235-242.

- Hägglom, A et al (2006) *On a life-saving mission: nurses' willingness to encounter with intimate partner abuse*. *Qualitative Health Research*, 16(8), 1075-90.
- Johnsson-Latham, G (2008) Mäns våld mot kvinnor i ett globalt perspektiv. I: Heimer, G & Sandberg, D (Red) *Våldutsatta kvinnor – samhällets ansvar*. Lund: Studentlitteratur.
- Karolinska institutet (2010) *Svensk MeSH – MeSH sökverktyg*
>http://mesh.kib.ki.se/swemesh/swemesh_se.sfm 2010-02-15.
- Kirkevold, M (2000) *Omvårdnadsteorier*. Lund: Studentlitteratur
- Koziol-McLain, J et al (2008) *Intimate partner violence screening and brief intervention: experiences of women in two New Zealand health care settings*. *Journal of Midwifery and Women's Health*, 53(6), 504-510.
- Nationellt centrum för kvinnofrid (2008a) *Handlingsplan för omhändertagande av våldutsatta kvinnor*. ><http://www.nck.uu.se/node49>< 2010-02-15.
- Nationellt centrum för kvinnofrid (2008b) *Vårdprogram: Omhändertagande av kvinnor utsatta för våld i nära relation*. ><http://www.nck.uu.se/node49>< 2010-02-15.
- Nordborg, G (2008) Våld i vardagen I: Heimer, G & Sandberg, D (Red) *Våldutsatta kvinnor - samhällets ansvar*. Lund: Studentlitteratur.
- Olsson, M & Wiklund, G (1997) *Våld mot kvinnor*. Stockholm: Brottsförebyggande rådet. ISBN: 9138308924
- Owen-Smith, A et al (2008) *Screening for domestic violence in an oncology clinic: barriers and potential solutions*. *Oncology nursing forum*, 35(4), 625-633.
- Polit, D & Beck, C (2010) *Essentials of nursing research. Methods, appraisal, and utilization* (7th edition). Philadelphia: Lippincott.
- Rodhes, K et al (2007) "You're not a victim of domestic violence, are you?" *Provider-patient communication about domestic violence*. *Annals of Internal Medicine*, 147, 620-627.
- SBU (1993) *Literature searching and evidence interpretation for assessing health care practices*. Stockholm: SBU. ISBN 91-87890-22-4.
- SFS 1980:100. *Sekretesslagen*. Stockholm: Riksdagen.
- SFS 1982:763 *Hälso och sjukvårdslag*. Stockholm: Riksdagen.
- SFS 1985:562 *Patientjournallagen*. Stockholm: Riksdagen.
- SFS 1998:531. *Lagen om yrkesverksamhet på hälso- och sjukvårdens område*. Stockholm: Riksdagen.

- SFS 2001:453. *Socialtjänstlagen*. Stockholm: Riksdagen.
- SFS 2006:1072 *Förordning om nationellt kunskapscentrum för frågor om mäns våld mot kvinnor*. Stockholm: Riksdagen.
- Socialstyrelsen (2003) *Våldsutsatta kvinnor*. Stockholm: KopieCenter. ISBN: 91-7201-730-9
- Socialstyrelsen (2006) *Kostnader för våld mot kvinnor - En samhällsekonomisk analys*. Stockholm: Socialstyrelsen. ISBN: 91-85482-83-8.
- Socialstyrelsen (2009) *Folkhälsorapport 2009*. ISBN: 978-91-978065-8-9.
- SOU (1995) *Kvinnofrid*. 1995:60.
- Svavarsdottir, E et al (2008) *Identifying abuse among women: use of clinical guidelines by nurses and midwives*. *Journal of Advanced Nursing*, 65(4), 779-788.
- Svensk sjuksköterskeförening (2007) *ICN:s etiska koder för sjuksköterskor*. ISBN: 92-95040-41-4.
- WHO (1997) *Violence against women: a priority health issue*. Geneva: WHO .
- WHO (2009) *Violence against women*. Geneva: WHO. Fact sheet N°239
- Widding Hedin, L (1997) *Det kan hända vilken kvinna som helst*. Smedjebacken: Anamma Facklitteratur.
- Wijma, B et al (2003) *Emotional, physical, and sexual abuse in patients visiting gynecology clinics: a nordic cross-sectional study*. *The Lancet*, 361, 2107-2113.
- Willman, A et al (2006) *Evidensbaserad omvårdnad – en bro mellan forskning och klinisk verksamhet*. Lund: Studentlitteratur.
- Yonaka, L et al (2007) *Barriers to screening for domestic violence in the emergency department*. *The Journal of Continuing Education in Nursing*, 48(1), 37-45.

BILAGOR

Bilaga 1: Granskningsprotokoll av studier med kvantitativ metod

Bilaga 2: Granskningsprotokoll av studier med kvalitativ metod

Bilaga 3: Matris översikt vetenskapliga artiklar som resultatet grundar sig på

Bilaga 1. Granskningsprotokoll av studier med kvantitativ metod

Modifierat protokoll för kvalitetsbedömning för studier med kvantitativ metod enligt Willman et al (2006).

Beskrivning av urval

- Kriterier för exkludering JA NEJ
- Urvalsförfarandet beskrivet JA NEJ
- Representativt urval JA NEJ

Bortfall

- Bortfallsanalys beskriven JA NEJ
- Bortfallsstorleken beskriven JA NEJ
- Adekvat statistisk metod JA NEJ

Etik

- Etiskt resonemang JA NEJ

Hur tillförlitliga är resultaten?

- Är instrumenten valida JA NEJ
- Är instrumenten reliabla JA NEJ

- Är resultatet generaliserbart JA NEJ

Bilaga 2. Granskningsprotokoll av studier med kvalitativ metod

Modifierat protokoll för kvalitetsbedömning för studier med kvalitativ metod enligt Willman et al (2006).

Tydlig avgränsning/problemformulering JA NEJ

Är kontexten presenterad JA NEJ

Etiskt resonemang JA NEJ

Urval

- Relevant JA NEJ

- Strategiskt JA NEJ

- Redovisas bortfall JA NEJ

Metod för

- Urvalsförfarandet tydligt beskrivet JA NEJ

- Datainsamling tydligt beskriven JA NEJ

- Analys tydligt beskriven JA NEJ

Giltighet

- Är resultatet logiskt JA NEJ

- Råder datamätnad JA NEJ

- Råder analysmättnad JA NEJ

Kommunicerbarhet

- Redovisas resultatet klart och tydligt JA NEJ

- Diskuteras studiens begränsningar JA NEJ

Är resultatet generaliserbart JA NEJ

Bilaga 3. Matriser: översikt av vetenskapliga artiklar som resultatet grundar sig på

Författare, år, land	Syfte	Design/metod/analys	Urval/Deltagare/Bortfall	Resultat	Kommentarer	Kvalitet typ
Davila 2006 USA	Att undersöka kunskapen hos sjuksköterskor om kvinnomisshandel. Utvärdera hur effektiva screeningprogram är för sjuksköterskan kunskaper och färdigheter.	2-steps metod. 1: Kvalitativ ansats. Semistrukturerade intervjuer med demografisk analys. 2: Kvantitativ ansats. Interventionsstudie där gruppen undersöktes före och efter införandet av screeningprogrammet.	1: 7 sjuksköterskor anmälde sitt intresse efter annonsering efter volontärer till studie på vårdavdelning. 2: 41 sjuksköterskor blev tillfrågade att svara på ett frågeformulär, varav 20 svarade.	Resultatet visade att majoriteten av sjuksköterskorna inte erhöll utbildning inom området våld i hemmet i sin grundutbildning och de flesta ansåg sig ha liten eller ingen kunskap i ämnet. Personalen kände att de hade ett behov av att bli bättre på att agera vid kvinnomisshandel. För att förbättra identifiering av utsatta kvinnor var workshops i ett tidigt skede på arbetsplatsen även ett önskemål.	Urvälsförfarandet i metoddelen något outvecklat. Etiskt godkänd, dock inga etiska resonemang. Resultatet kunde tolkas som motsägelsefullt då den kvantitativa metoddelen inte visade på signifikant skillnad i kunskapsutveckling efter genomgången utbildningsprogram.	Medel
Felblinger et al 2008 USA	Att undersöka sjuksköterskor inom företagshälsovård och deras förmåga att identifiera och ge omvårdnad till fysiskt misshandlade kvinnor på arbetsplatsen.	Kvantitativ ansats. Tvärsnittsstudie med frågeformulär. Deskriptiv. Demografisk statistisk analys.	Enkäten skickades ut till 1265 sjuksköterskor verk samma inom företagshälsovården, 458 svarade.	50,7 % tyckte inte att de fått adekvat utbildning och träning inom ämnet kvinnomisshandel 39,4% visste inte hur de ska ställa frågan 61,7% var osäkra på hur de skulle upptäcka tecken på misshandel 79,1% visste inte eller var osäkra på vilka lagar som finns för skydd och besöksförbud 75,2% var osäkra/kände inte till legala möjligheter för offer för misshandel i hemmet	Etiskt godkänd och etiska resonemang fanns. Tydlig metod. Väl genomförd diskussion. Stort bortfall, då sjuksköterskorna själva aktivt skulle skicka tillbaka svaren.	Hög

Författare, år, land	Syfte	Design/metod/analys	Urval/Deltagare/Bortfall	Resultat	Kommentarer	Kvalitetstyp
Goldblatt 2009 Israel	Att undersöka om sjuksköterskans professionella och privata liv påverkades av att vårda fysiskt misshandlade kvinnor.	Ansatsen var kvalitativ och utförd genom enskilda djupintervjuer. Fenomenologisk metod.	Strategiskt urval, 22 sjuksköterskor verksamma vid olika vårdinstanser. Detta för att erhålla ett så brett resultat som möjligt tills mättnad uppnåtts.	De tyckte att omvårdnad av misshandlade kvinnor påverkade deras privatliv. Många sjuksköterskor var rädda för ansvaret gällande omvårdnad av fysiskt misshandlade kvinnor. Sjuksköterskan blev konfunderad över det rätta sättet att hjälpa. I mötet med misshandlade kvinnor nergligerade en del sjuksköterskor empatin och vill inte bli alltför involverad. Detta för att skydda sitt privatliv som sjuksköterskan känner kan bli påverkat på grund av ångest och känslan av hjälplöshet. Istället inriktar sig sjuksköterskan på den fysiska omvårdnaden.	Etiskt godkänd och etiska resonemang fanns. Välbeskrivet resultat som var relevant för syftet.	Hög
Gutmanis et al 2007 Canada	Att utvärdera attityder, beteende, hinder, erfarenhet och utförandet hos sjuksköterskor och läkare gällande våld i hemmet, men även att utvärdera om de rutinmässigt screenar för våld i hemmet.	Kvantitativ ansats med frågeformulär. RCT. Statistiska analyser utförda.	Randomiserat urval ur register med alla sjuksköterskor och läkare i Ontario. 2000 frågeformulär skickades ut. 931 svarade, varav 597 sjuksköterskor (59,7 % svarsfrekvens) och 328 läkare (32,8 % svarsfrekvens).	Majoriteten hade inte erhållit undervisning inom området gällande våld i hemmet. Nästan 50 % hade själva eller någon i sin närhet som blivit utsatt för våld i hemmet. Studien identifierade olika aspekter som begränsar personal att screena patienter för våld i hemmet.	Etiskt godkänd och etiska resonemang fanns. Välstrukturerad. Bra analysbeskrivning. Stort bortfall, speciellt bland läkarna.	Hög

Författare, år, land	Syfte	Design/metod/analys	Urval/Deltagare/Bortfall	Resultat	Kommentarer	Kvalitetstyp
Hindin 2006 USA	Att utforska hur screening av miss-handlade kvinnor sker i praktiken	Kvalitativ ansats. Deskriptiv studie. Naturalistiskt perspektiv med semistrukturerad intervjuguide.	100 förfrågningar sändes ut via mail till barnmorskor. Fem svarade och därefter rekryterades ytterligare tre barnmorskor via snöbollmetoden.	Barnmorskorna var inkonsekventa i sin screening då olika kulturella bakgrunder påverkade om hon blev tillfrågad eller inte. Arbetsmiljön gjorde också området mer komplext. Beteende, fysiska tecken/symtom och kulturell bakgrund skulle ge en instinktiv reaktion för misstanke om misshandel. Vikten av trygghet och tillit uppmärksammade sjuksköterskan som viktiga aspekter för att stärka kvinnans självförtroende och för att hon skulle våga anförtra sig. Även värdet av att ge tid och att låta kvinnan berätta om sin situation påtalades.	Etiskt godkänd och etiska resonemang fanns. Studien var välstrukturerad och lätt att följa. Stort bortfall. Oklart om det råder mättnad och hur generaliserbar studien var.	Medel
Hägblom et al 2005 Sweden	Att kartlägga sjuksköterskors kunskap, träning och praktiskt utförande angående omvårdnad av misshandlade kvinnor	Kvantitativ ansats. Deskriptiv studie med frågeformulär. Statistisk analys	Frågeformulär skickades ut till samtliga 234 sjuksköterskor inom Ålands offentliga sektor. Svarefrekvensen var 133 sjuksköterskor. Bortfallet var 101.	Sjuksköterskan upplevde att hon hade den viktigaste rollen i processen att hjälpa våldsutsatta kvinnor. 25 % ställde inte frågan vid misstanke om misshandel, 91 % hade ingen vetskap om befintliga manualer om rutiner, majoriteten kände att de behövde mer träning och kunskap inom området. Att frågan inte ställdes berodde på aspekter som respekt för integriteten, men också en osäkerhet kring hur frågan skulle formuleras.	Etiskt godkänd och etiska resonemang fanns. Välstrukturerad metod och resultatanalyser. Stort bortfall, men ändå så pass stor del av populationen att den fick anses generaliserbar.	Hög

Författare, år, land	Syfte	Design/metod/analys	Urval/Deltagare/Bortfall	Resultat	Kommentarer	Kvalitetstyp
Hägblom et al 2006 Sweden	Att utforska utvalda sjuksköterskors erfarenhet inom området miss-handlade kvinnor och deras betydelse gentemot dessa kvinnor.	Kvalitativ studie där Grounded theory har använts som analysmetod. Intervjuer var genomförda med öppna frågor.	10 sjuksköterskor valdes ut strategiskt för sin kompetens, dock utan speciell formell utbildning. De arbetade inom den offentliga sektorn på Åland.	Sjuksköterskan blev ofta tagen av situationen i mötet med miss-handlade kvinnor. Kunskap inom området var inte nog utan sjuksköterskan måste även övervinna sin rädsla inför att fråga. Sjuksköterskan var i många fall tvungen att lita på sin intuition och ha kunskap kring vilka tecken som förelåg. Sjuksköterskan upplevde det även bättre att ställa enkla frågor som är lätta att svara på. Vidare aspekter som att lyssna, ha ögonkontakt och förklara varför frågan om misshandel ställdes var centralt. Vidare fynd var att kvinnan kände att hon befann sig i en säker och privat miljö. Många kvinnor berättade inget förrän de hade träffat sjuksköterskan vid upprepade tillfällen.	Etiskt godkänd och etiska resonemang fanns. Omfångsrik och strukturerad studie med ett relevant resultat utifrån syftet.	Hög
Koziol-McLain et al 2008 Nya Zeeland	Att säkerställa acceptansförmågan, användbarheten och skadan av en screening i hälsovården.	Kvalitativ ansats. Deskriptiv studie. Semistrukturerade intervjuer. Innehållsanalys.	Antalet deltagare var 36 kvinnor som sökte sig till akutvård eller primär vård, bortfallet var 31 st.	Generellt accepterade kvinnorna att bli tillfrågade om de blivit utsatta för IPV. Ingen av kvinnorna tog illa upp för att bli tillfrågad och att det kändes tryggt att bli screenade. De ansåg att detta skulle ha gjorts tidigare och de var nöjda med att det slutligen togs upp.	Etiskt godkänd och etiska resonemang fanns. Tydlig metod med urvalsförfarande. Rakt igenom välstrukturerad och välgenomförd.	Hög

Författare, år, land	Syfte	Design/metod/analys	Urval/Deltagare/Bortfall	Resultat	Kommentarer	Kvalitetstyp
Owen-Smith et al, 2008 USA	Att utvärdera införandet av ett screeningprogram för våld i hemmet på en onkologisk klinik	Två stegs metod 1: Retrospektiv översikt av medicinska journalanteckningar. Statistisk analys 2: Kvalitativ studie. Frågeformulär med öppna svarsalternativ. Innehållsanalys.	214 slumpmässigt utvalda sjuksköterskor på en stor gynekologisk, onkologisk klinik, varav 204 deltog. Bortfall 10	Endast 12 % av de kvinnliga patienterna hade genomgått screening trots att verktyg fanns. De vanligaste orsakerna var att de glömde fråga eller dokumentera. Sjuksköterskorna föreslog att frågor om våld i hemmet skulle läggas till i formulären och att det skulle tillhandahållas påminnelser om att fråga.	Etiskt godkänd och etiska resonemang fanns. Välbeskriven metod och tydlig redovisning av resultatet.	Hög
Rodhes et al 2007 USA	Att beskriva kommunikationen mellan akutvårdspersonal och kvinnliga patienter om misshandel.	Kvalitativ studie med deskriptiv ansats. Analys av ljudinspelningar från samtal mellan akutvårdspersonal (läkare och sjuksköterskor) och patienter. Analys skedde med hjälp av ett kodningsschema för att underlätta att identifiera olika områden.	1281 kvinnor blev inspelade i samtal med läkare (74) och sjuksköterskor (4). Bortfall 410 på grund av otillräcklig ljudkvalité.	Medgivandet om misshandel skedde oftare när personalen frågade om våld i hemmet. Ett öppet klimat för diskussion och att ge uttryck för ansvar eller empati var av yttersta vikt för att kvinnan skulle kunna berätta vad hon blivit utsatt för. Information kring olika instanser och lagar var också en viktig aspekt för känsla av trygghet. Öppna frågor gjorde det lättare för kvinnan att berätta om sin situation, då ett mer öppet klimat för diskussion skapades. Arbetet förvärdades med närvaro av en tredje part.	Etiskt godkänd och etiska resonemang fanns. Metoden välgenomförd och lätt att följa. Fynden var relevanta till syftet. Majoriteten av sjukvårdspersonalen var läkare.	Hög

Författare, år, land	Syfte	Design/metod/analys	Urval/Deltagare/Bortfall	Resultat	Kommentarer	Kvalitetstyp
Svavarsdóttir et al 2008 Island	Att identifiera indicidensen av våldsutsatta kvinnor som söker vård och utvärdera användandet av kliniska riktlinjer för att identifiera våld i nära relationer	Två stegs metod: 1: Kvantitativ ansats. Tvärsnittsstudie med statistisk analys 2: Kvalitativ ansats. Frågeformulär med öppna svarsalternativ. Deskriptiv.	1: 107 (av 110) kvinnor på prenatalavdelningen. 101 (av 103) kvinnor på akutvårdsavdelningen. 2: 14 (av 65) sjuksköterskor på akutvårdsavdelning. 10 (av 11) barmorskor på prenatalavdelning.	50% av kvinnorna som sökte akutvård och 39,6% på prenatal hade någon gång blivit utsatta för våld under sin livstid. Sjuksköterskorna upplevde det svårt och generande att genomföra screeningen till en början och var tveksamma men efterhand vände de sig och upplevde det som positivt. Oftast var det inget problem när de väl ställt frågan. Riktlinjerna upplevdes som positiva.	Etiskt godkänd och etiska resonemang fanns. Välstrukturerad, men metod och analys något otydlig beskrivet.	Hög
Yonaka et al 2007 USA	Att identifiera potentiella hinder som sjuksköterskor inom akutvård stöter på vid screening för våld i hemmet, men även att utvärdera sjuksköterskornas utbildning för fortsatt undervisning och träningsbehov.	Kvantitativ studie. Pilotstudie med frågeformulär. Icke-parametrisk statistisk analys.	Frågeformulär delades ut till 60 sjuksköterskor på akutmottaning, varav 33 svarade. Bortfall 27	87 % kände att de behövde mer träning/undervisning i att formulera frågan om våld i hemmet. Det största hindret för att ställa frågan var språkbarriärer, vilket gjorde att sjuksköterskan kände att det blev extra svårt att ta upp ämnet. Andra hinder var personlig erfarenhet och brist på undervisning i tillväga gångsätt, men även tidsbrist. 51 % screenade rutinmässigt alla patienter för våld i hemmet, men av dessa medgav 74 % att de bara screenar om det finns misstankar.	Etiska resonemang finns, men inget nämnt angående det etiska godkännandet. Lätt att följa. Svarar på syftet. Litet urval med stort bortfall.	Medel

