

**FAKTORER SOM KAN PÅVERKA VÅRDRELATIONEN MELLAN VÅLDSUTSATT
KVINNOR OCH SJUKSKÖTERSKAN**

En litteraturöversikt

Sjuksköterskeprogrammet 180 högskolepoäng

Självständigt arbete, 15 högskolepoäng

Examinationsdatum: 2017-03-08

Kurs: 46

Författare: Sofia Lovén

Författare: Emma Nordqvist

Handledare: Camilla Tomaszewski

Examinator: Inger Wallin Lundell

SAMMANFATTNING

Bakgrund

I en vårdrelation ska patienten ha möjlighet att uttrycka sina behov, begär och problem. För att en vårdrelation ska fungera behöver den bygga på ömsesidighet. Kvinnor som blivit utsatta för våld i nära relationer har ofta en rädsla för gärningsmannen och ett lågt självförtroende. I dagsläget finns en kunskapsbrist hos sjuksköterskor i att möta de våldsutsatta kvinnorna vilket bidrar till att de inte alltid får den vård de har rätt till.

Syfte

Syftet var att beskriva vilka faktorer som påverkar vårdrelationen vid mötet mellan våldsutsatta kvinnor och sjuksköterskan.

Metod

Metoden som valdes var en litteraturoversikt och sökningarna gjordes i databaserna CINAHL Complete och Pub Med. Sökningarna resulterade i 15 artiklar som inkluderades i resultatet. Artiklarna analyserades utifrån en integrerad analys där fyra underrubriker och en huvudrubrik skapades.

Resultat

Vårdrelationen påverkades positivt av att sjuksköterskan lyssnade, skapade förtroende och tillit till den våldsutsatta kvinnan. Kunskap och erfarenhet hos sjuksköterskan gav ett stärkt självförtroende vilket bidrog till att frågan om våld kunde lyftas. Utbildning och riktlinjer var ett hjälpmedel för att stärka sjuksköterskan i mötet. Kvinnorna önskade konkret stöd och information under mötet med sjuksköterskan.

Slutsats

Kunskap och erfarenhet är nödvändigt för att sjuksköterskan ska vara säker i sin profession och därmed kunna stärka kvinnors självförtroende. Våldsutsatta kvinnor är i behov av tillit, förtroende och information under mötet för att en vårdrelation ska kunna skapas. Det kan möjliggöra att kvinnan får hjälp att ta sig ur sin situation.

Nyckelord: Möte, Kvinnor, Sjuksköterska, Våld i nära relationer, Vårdrelation

INNEHÅLLSFÖRTECKNING

BAKGRUND	4
Inledning.....	4
Vårdrelation.....	4
Mötet	5
Våld mot kvinnor i nära relationer	6
Omvårdnad	6
Problemformulering	8
SYFTE	8
METOD	8
Val av Metod.....	8
Urval.....	9
Datainsamling.....	9
Manuell sökning	10
Databearbetning	10
Dataanalys	11
Forskningsetiska överväganden	11
RESULTAT	12
DISKUSSION	15
Resultatdiskussion.....	15
Metoddiskussion.....	17
Slutsats	19
REFERENSER	19
BILAGA A-B	

BAKGRUND

Inledning

Var fjärde kvinna i Sverige har någon gång under sin livstid blivit utsatt för fysiskt eller psykiskt våld i en nära relation (Frenzel, 2014). Våld mot en annan människa är alltid ett brott och innebär en kränkning av mänskliga rättigheter (Socialstyrelsen, 2014). Det är enligt Keeling & Fisher (2015) vanligt att gärningsmannen förklarar för sin partner att de inte kommer bli tagna på allvar av vårdpersonalen då de berättar om våldet. Om den våldsutsatta kvinnan sedan får det bekräftat i sjukvården finns det risk att hon fastnar i relationen. Vårdpersonalens förnekelse av kvinnans utsatthet kan resultera i nya förvärrade hot och våld från gärningsmannen. Vårdpersonalens brist på kunskap om våld i nära relationer kan leda till att de agerar felaktigt eller inte alls under mötet. Det kan göra att kvinnorna inte får den hjälp de är i behov av. Enligt Dudgeon och Evansson (2014) är det i mötet som vårdrelationen mellan den våldsutsatta kvinnan och sjuksköterskan kan skapas. Det finns därmed ett behov av en ökad medvetenhet vid omvårdnaden av dessa kvinnor.

Vårdrelation

Den här litteraturöversikten kommer att fokusera på att beskriva vårdrelationen mellan den våldsutsatta kvinnan och sjuksköterskan. Arbetet inleds därför med att begreppet vårdrelation definieras. Enligt Friberg och Öhlén (2014) är vårdrelationen en relation som uppstår mellan patient och vårdare under ett möte. Då patienten söker hjälp hos en vårdare som är där för att ge hjälp skapas en asymmetrisk relation. Relationen har därför inte samma möjligheter till utveckling som andra relationer. Enligt Eriksson (2015) är vårdrelationen kärnan i vårdprocessen. Vårdprocessen kan klassas som en öppen process vilket innebär att den kan påverkas av utomstående faktorer. Dessa faktorer är exempelvis lagstiftning, ekonomi, utbildning och sjukvårdens principer. Genom att vårdprocessen kan påverkas av faktorer innebär det att även själva vårdrelationen berörs av dessa. För att kunna förstå och förutsäga skeenden i vårdprocessen och förändringar i vårdrelationen krävs kännedom om eventuella faktorer som kan påverka situationen.

Det är i vårdrelationen som patienten ska ha möjlighet att uttrycka sina behov, begär och problem. För att en vårdrelation ska fungera behöver den bygga på ömsesidighet. I och med det kan en vårdgivare aldrig forcera fram en bra vårdrelation (Eriksson 2014). Ömsesidighet kan uppkomma först då patienten och sjuksköterskan lär känna varandra, vilket pekar på att kontinuitet behövs i en vårdrelation (Berg & Danielson, 2007). Vårdrelationen kan uppfattas på olika sätt av patient och vårdgivare. Beroende av kvaliteten på vårdrelationen kan den vara vårdande eller icke vårdande. En vårdrelation med låg kvalitet kan leda till onödigt lidande. Då patienten upplever en bristande vårdrelation kan det bero på att de två parterna har haft olika inställning till vården vid mötet. Patienter kan känna ett behov av att få berätta om sina upplevelser, medan vårdgivaren har ett mer sakligt förhållningssätt till vården. Detta kan exempelvis bero på att vårdgivaren inte värderar vårdrelationen tillräckligt, utan anser att andra vårdhandlingar bör prioriteras eller att vårdgivaren inte har tillräckligt med resurser för att kunna utveckla vårdrelationen (Friberg & Öhlén, 2014). Enligt Berg och Danielson (2007) kan brist på resurser i form av tid och samarbeten vårdpersonal emellan påverka en vårdrelation negativt. Detta beror på att brist på tid gör det svårt för sjuksköterskan att hinna samtala

med patienten, vilket i sin tur kan skapa en försämrad vårdrelation då de två parterna inte får möjlighet att lära känna varandra. Vid brist på samarbeten på avdelningen försämrar vårdrelationen då sjuksköterskan inte har möjlighet att vända sig till kollegor för att få hjälp vid osäkerhet.

Griffith (2015) talar om vikten av att vårdrelationen bygger på ett partnerskap. I detta partnerskap ska patienten kunna diskutera sin vårdplan under mötet med sjuksköterskan. För att kunna göra det måste patienten vara informerad om sin sjukdom, undersökningar och olika behandlingar så att patienten har möjlighet att ta informerade beslut. På så sätt kommer patientens autonomi att bevaras under vårdrelationen och mötet (Griffith, 2015). Synen på vad som skapar en vårdrelation varierar bland patienterna enligt Wiechula et al. (2016). Vissa patienter är i behov av ett psykologiskt stöd medan andra föredrar att sjuksköterskan är kunnig inom sitt medicinska område. Enligt studien bygger en vårdrelation på att sjuksköterskan är en aktiv lyssnare som kan visa empati och engagemang gentemot patienten (Wiechula et al., 2016). Enligt Berg och Danielson (2007) bygger en god vårdrelation på att patienten har förtroende till sjuksköterskan. Patienter kan däremot känna att de inte har kunnat bygga upp förtroendet under vårdtiden då sjuksköterskan inte haft möjlighet att erbjuda det.

Enligt Eriksson (2014) är kontinuiteten en bidragande faktor i vårdrelationen oberoende av hur lång vårdprocessen är. Med hjälp av kontinuiteten kan patientens hälsa utvecklas ostört och ledas mot optimal hälsa. En grundläggande relation mellan patient och vårdare kan då byggas upp så att optimal kunskap om patienten kan uppnås. Först då blir vårdprocessen vårdande. Enligt Salisbury, Sampson, Ridd och Montgomerys (2009) studie definieras vikten av kontinuitet i vården av hur och varför den är av värde för patienten. Patienterna kan uppleva vikten av kontinuitet olika under olika möten. Behovet av att träffa samma vårdpersonal som under tidigare möten kan vara olika stort beroende på vad vårdtillfället innefattar. Detta gör att patienten själv bör få avgöra om denne vill träffa en viss vårdgivare eller kan bli vårdad av den som finns tillgänglig för stunden. Att kontinuitet är viktigt för en vårdrelation är enligt Salisbury et al. (2009) subjektivt.

Mötet

Enligt Dudgeon och Evansson (2014) är det i mötet som sjuksköterskan bygger upp en vårdrelation med patienten och därför kommer även mötet definieras för ökad förståelse av begreppet. Ett möte mellan två människor påverkas av en rad olika faktorer hos de båda parterna. Det kan vara tidigare erfarenheter, minnen, rumsliga aspekter, kön, etnicitet och maktrelationer (Herz & Johansson, 2015). I mötet med patienten har sjuksköterskan ett personligt ansvar som bland annat är moraliskt och etiskt. Moralen kan vara gruppstyrd eller självständig beroende på hur en människa utvecklas. Ett etiskt förhållningssätt kan endast utvecklas om sjuksköterskan först har en personlig moral (Eriksson, 2014). Enligt Robichaux (2012) är känslighet och kapaciteten att känna eller kunna bli berörd av andra människor en grundpelare för att kunna handla etiskt. Sjuksköterskan ska kunna identifiera att en patient är i nöd samt att då vara medveten om hur ett agerande eller inte agerande kan påverka patienten. Moralen kan skapa en känsla av ansvar och skyldighet som kan stärka sjuksköterskan att agera. För att agera måste också sjuksköterskan först vara medveten om att en etisk situation faktiskt existerar (Robichaux, 2012). Kommunikationen i mötet mellan patient och sjuksköterska kan göra att ett bredare informationsutbyte möjliggörs. Patienten kan då dela med sig av erfarenheter och tankar så att sjuksköterskan kan ge en personcentrerad vård vilket innebär att patientens behov står i centrum

(Socialstyrelsen, 2015). En vårdrelation bygger på tillit, respekt och delaktighet av båda parter. I mötet har patienten möjlighet att bli delaktig i sin egen vård samt att den inte styrs av sjuksköterskans personliga faktorer och åsikter. Under mötet bör sjuksköterskan vara ett stöd, empatisk, inge lugn, hopp och tröst utan att bli privat (Socialstyrelsen, 2015).

Våld mot kvinnor i nära relationer

Kvinnor utsätts dagligen för våld i nära relationer i Sverige. Det kräver att sjuksköterskan vet hur mötet med kvinnorna kan bli så vårdande som möjligt. År 2012 fick brottsförebyggande rådet [Brå] i uppdrag av regeringen att göra en kartläggning över våld i nära relationer i Sverige (Frenzel, 2014). Studien gjordes bland annat för att få en ökad kunskap kring utbredningen av våld i Sverige. Det framkommer att ett flertal deltagare som blivit utsatta för våld inte gjort en polisanmälan. Förklaringen kan vara att deltagarna anser att problemet är en småsak som de kan ordna upp på egen hand (Frenzel, 2014). Under år 2012 blev 6,8 procent av den kvinnliga befolkningen utsatta för våld i nära relationer. Det är vanligt att dessa kvinnor blir utsatta för psykiskt eller fysiskt våld upprepade gånger i en relation (Frenzel, 2014). Socialstyrelsen (2014) skriver att våld mot kvinnor i nära relationer alltid är ett brott och innebär en kränkning av den drabbades mänskliga rättigheter. Många våldsutsatta kvinnor söker hjälp inom vården för diffusa fysiska och psykiska skador utan att berätta om sin livssituation. Enligt World Health Organisation [WHO] (2016) behövs en definitionen av våldet mot kvinnan för att det inte ska förminskas eller feltolkas. Våld i nära relationer definieras som att en partner eller före detta partner orsakar fysisk, sexuell eller psykisk skada, där fysisk aggression, sexuellt tvång, psykisk misshandel och kontrollbehov inkluderas.

Att bli utsatt för våld har konsekvenser för hälsan och det dagliga livet. Sexuellt våld kan leda till att kvinnan gör aborter, får gynekologiska problem och könssjukdomar. Fysiskt våld kan resultera i somatiska problem som huvudvärk, ryggsmärtor, fibromyalgi och gastrointestinala problem. Kvinnor som blir utsatta för våld i ung ålder löper också ökad risk att utveckla drogproblematik och alkoholmissbruk. Det finns en risk att våldet kan leda till dråp eller självmord (WHO, 2016). Enligt Gulliver och Fanslow (2013) har kvinnor som utsatts för våld i nära relationer ökad risk att drabbas av självmordstankar. Dessa tankar är framför allt förknippade med situationer av våld, missfall, abort eller användning av droger under relationen. I rapporten som Nationellt Centrum för Kvinnofrid [NCK] (2014) publicerat är det vanligast att gärningsmannen vid våld i nära relationer är kvinnans aktuella partner. Det kan också vara en tidigare partner, annan familjemedlem eller släkting. Vid psykiskt våld är det däremot lika vanligt att gärningsmannen var en aktuell som en tidigare partner till kvinnan. Vid psykiskt våld där gärningsmannen är en tidigare partner är ofta barn inblandade (NCK, 2014).

Omvårdnad

Enligt Dudgeon och Evanson (2014) kan sjuksköterskan aldrig tvinga en våldsutsatt kvinna att söka hjälp. Det är kvinnan själv som bestämmer om hon vill ha hjälp och om det är säkert för henne i nuläget. Det första sjuksköterskan kan göra i mötet med den våldsutsatta kvinnan är att ta reda på nivån av risker med att återvända till hemmet. Socialstyrelsen har tagit fram ett bedömningsinstrument anpassat för svensk vård som heter FREDA. FREDA består av tre standardiserade bedömningsmetoder som heter FREDA- kortfrågor, -

beskrivning och -farlighetsbedömning. Sjuksköterskan kan använda bedömningsinstrumentet för att få information om kvinnans nuvarande situation så att anpassad vård och stöd kan ges. I dagsläget används FREDA främst inom vården för våldsutsatta, barn- och familjevård, ekonomiskt bistånd, på mottagningar och inom äldreomsorg. Vid utvärdering av FREDA framkommer att bedömningsinstrumentet är ett uppskattat stöd för vårdpersonal men att det inte fungerar om det saknas rutiner på hur och när det ska användas (Socialstyrelsen, 2014). En säkerhetsplan kan etableras i samråd med sjuksköterskan om kvinnan plötsligt behöver fly. Det bör göras oberoende av om kvinnan klarar av att lämna gärningsmannen eller inte. Dudgeon och Evanson (2014) beskriver att en säkerhetsplan kan innehålla bland annat undångömda bilnycklar, ID-handlingar, personliga ägodelar samt en flyktväg med ett säkert ställe att stanna på. I omvårdnaden ingår det också att samla bevismaterial som kan komma att användas i en eventuell framtida utredning (Darnell, 2011). Bevismaterial kan exempelvis vara i form av fotodokumentation på fysiska skador eller vävnadsprover med eventuellt DNA från gärningsmannen (Flowers, 2007). Det ska göras även om offret inte är intresserad av att göra en polisanmälan (Darnell, 2011).

Om en vuxen visar symtom eller tecken som väcker misstanke om att hon eller han har utsatts för våld eller andra övergrepp av en närstående, ska vårdgivaren se till att hälso- och sjukvårdspersonalen frågar den vuxne i enrum om orsaken till symtomen eller tecknen (9§ kap. 8, i SOSFS 2014:4).

Ovanstående är ett citat från Socialstyrelsens allmänna råd och föreskrifter som sjuksköterskan och vården kan lita sig mot då de möter den våldsutsatta kvinnan. Sjuksköterskan har enligt Socialstyrelsens råd och författningar till uppgift att informera den våldsutsatta kvinnan om vidare stöd från hälso- och sjukvården, socialtjänsten och frivilligorganisationer. Till sjuksköterskans ansvar hör även att identifiera behov av vidare psykisk och fysisk vård. Då flera av kvinnorna som utsatts för våld i nära relationer drabbas av självmordstankar menar Gulliver och Fanslow (2013) att sjuksköterskan behöver vara medveten om vilken omvårdnad som kan erbjudas och var kvinnorna kan få stöd för sina psykiska problem. Dessa fakta pekar även på att det finns ett behov av ökat psykiskt stöd vid omvårdnaden av dessa kvinnor (Gulliver & Fanslow, 2013). För att riktlinjer och lagstiftningar ska kunna skapa en bättre vård av våldsutsatta kvinnor krävs det att de appliceras på verkligheten (Keeling & Fisher, 2015). Vården kan arbeta för att försöka nå ut till de kvinnor som blivit utsatta för våld men inte vågar berätta om det. Det görs exempelvis genom uppsatta affischer på toaletten och i undersökningsrum som kan läsas i lugn och ro. Kvinnan kan då förstå att hon inte är ensam om sitt problem (Dudgeon & Evanson, 2014).

Mötet med den våldsutsatta kvinnan

Det är i mötet som sjuksköterskan och kvinnan bygger en vårdrelation (Dudgeon & Evanson, 2014). Då är det fördelaktigt om sjuksköterskan har kunskaper om omvårdnaden av en person i kris. Under mötet ska samtalet bygga på respekt och ödmjukhet där sjuksköterskan inte skuldbelägger kvinnan (Stockholms stad, 2014). Det ska erbjudas adekvat stöd till kvinnan så att hon får möjlighet att förändra sin situation (Keeling & Fisher, 2015). Under mötet ska sjuksköterskan låta kvinnan få tid att göra sig hörd och vara där som stöd så att hon inte känner sig ensam (Dudgeon & Evanson, 2014). Sjuksköterskan bör kunna identifiera kvinnor som blivit utsatta för våld i nära relationer (Darnell, 2011).

Det finns idag ett mörkertal bland polisanmälningarna i Sverige vilket innebär att många våldsutsatta kvinnor missas (Frenzel, 2014). För att fånga upp kvinnorna kan sjuksköterskan lära sig att bli uppmärksam på vissa tecken under mötet. Det kan vara avvikande beteende hos en patient eller medföljare, skador som inte passar in i anamnesen eller skador på kroppen som verkar vara från olika tillfällen (Darnell, 2011).

I studien av Keeling och Fisher (2015) beskrivs risker och konsekvenser med ett felaktigt möte. Vårdpersonalen kan många gånger inte hjälpa kvinnorna då de agerar felaktigt eller inte alls. Problematiken riktas främst mot att kvinnornas berättelser inte tas på allvar eller att deras åsikter blir förminskade. Våldsutsatta kvinnor kan också uppleva dominans från vårdpersonalen när de söker hjälp. Att som vårdpersonal förneka den våldsutsatta kvinnan och tysta ner henne kan resultera i nya förvärrade hot och våld från gärningsmannen (Keeling & Fisher, 2015).

Problemformulering

Under år 2012 blev 6,8 procent av den kvinnliga befolkningen i Sverige utsatta för våld i nära relationer. Det finns ett mörkertal bland polisanmälningarna vilket talar för att fler kvinnor är drabbade än vad som framkommer i rapporten (Frenzel, 2014). Eriksson (2014) belyser att vårdrelationen är grundläggande för en fungerande vård och vårdprocess. Genom att vårdprocessen klassas som en öppen process som kan påverkas av utomstående faktorer leder det till att även vårdrelationen kan påverkas. Enligt Keeling och Fisher (2015) kan sjuksköterskan få kvinnan att känna tillit och därmed mod att berätta om våldet hon utsätts för. Enligt Socialstyrelsens riktlinjer (SOSFS 2014:4) finns det brist på kunskap om vårdrelationen i mötet mellan sjuksköterskan och kvinnan, vilket i sin tur kan leda till att kvinnor som blivit utsatta för våld i nära relationer inte får den vård de har rätt till. Med hänsyn till detta är det av betydelse att bidra med ökad kunskap kring vårdrelationen och vilka faktorer som kan påverka den vid mötet av kvinnor utsatta för våld i nära relationer.

SYFTE

Syftet var att beskriva vilka faktorer som påverkar vårdrelationen vid mötet mellan våldsutsatta kvinnor och sjuksköterskan.

METOD

Val av Metod

Metoden som valdes var en litteraturoversikt. En litteraturoversikt kan göras för att sammanställa en beskrivande bakgrund till en empirisk studie eller för att beskriva kunskapsläget inom ett valt område (Forsberg & Wengström, 2015). Denna litteraturoversikt gjorts för att beskriva vårdrelationen vid mötet mellan våldsutsatta kvinnor och sjuksköterskan. Enligt Friberg (2012) är en litteraturoversikt en lämplig metod för att skapa en översikt av ett problem inom sjuksköterskans verksamhetsområde. En litteraturoversikt valdes för att kunna svara på syftet. För att kunna ta reda på vilka faktorer som påverkar vårdrelationen behövs underlag från redan befintlig forskning inom området som sedan kan sammanställas (Friberg, 2012).

Urval

Urvalet under sökningen av artiklarna gjordes utifrån inklusions- och exklusionskriterier (Rosén, 2012). Inklusionskriterier i sökningen var vuxna kvinnor över 18 år som blivit utsatta för våld i nära relation under vuxen ålder. Då det finns begränsad forskning kring kvinnor som blivit utsatta för våld i nära relationer i Sverige inkluderades även artiklar från Europa, Nordamerika och Australien. Andra inklusionskriterier var att artiklarna var publicerade mellan åren 2006-2016, på engelska eller svenska samt godkända av en etisk kommitté alternativt redovisat för noggranna etiska överväganden. Exklusionskriterier som användes vid sökningarna var artiklar som riktade sig till kvinnornas barn, psykiatrisk vård eller att patienterna var under missbruksvård. Inklusions- och exklusionskriterierna användes för att avgränsa sökresultaten och jämföra artiklarna med varandra vilket stöds av Forsberg och Wengström (2015). De valda artiklarna var peer reviewed vilket innebär att de blivit kritiskt granskade av andra forskare och därmed är av god kvalitet (Helgesson, 2015).

Datainsamling

Datainsamlingen utfördes under november år 2016. Den gjordes med hjälp av databaserna The Cumulative Index to Nursing and Allied Health Literature [CINAHL] och Public Medline [PubMed]. Sökningarna redovisas i tabell 1. CINAHL är inriktad på omvårdnad och PubMed har fokus på biomedicin (Karlsson, 2014). Google scholar har också använts, vilket är en web sökmotor som indexerar vetenskaplig litteratur som publicerats i Europa och USA. Den kan vara relevant för att finna vetenskapligt granskade artiklar och litteratur (Forsberg & Wengström, 2015).

Databassökning

För att få en inblick i området inleddes arbetet med att läsa tidigare examensarbeten, vetenskapliga artiklar och kurslitteratur. Statistik (Frenzel, 2014) om våld i nära relationer granskades för att få förståelse kring bredden av problemet. För att få information om vilka sökord som kunde vara relevanta bokades en tid med en av bibliotekarierna på Sophiahemmet högskola. Efter det började den verkliga databassökningen. Sökorden valdes med hjälp av Svensk MeSH, CINAHL headings och fritext. CINAHL headings som användes var "Battered Woman", "Intimate Partner Violence" och "Domestic violence". Använda MeSH-termer var "Nursing", "Battered Woman", "Domestic Violence" och "Spouse Abuse". Ord vid fritextsökningar var "Education", "Communication" och "Encounter". Det gjordes även sökningar där sökorden inte resulterade i artiklar som svarade på syftet. Exempel på dessa sökord var "Patient View", "Cooperation", "Stress, Psychological", "Caring Relationship" och "Identifying". Booleska sökoperatörer som AND och NOT som ger ett smalare resultat och OR som ger ett bredare resultat kan användas för att kombinera sökorden (Kristensson, 2012). I denna litteraturöversikt har enbart sökoperatörerna AND och OR resulterat i involverade artiklar. Om artiklar inte gick att få tag på via databaserna CINAHL och PubMed användes Google scholar för att hitta artiklar i fulltext samt se vart dessa artiklar är citerade. Under databassökningen lästes först rubriken. Om rubriken passade arbetets syfte lästes abstraktet och syftet.

Tabell 1. Presentation av databassökning i CINAHL och PubMed.

Datum	Sökord	Antal träffar	Antal lästa abstrakt	Antal lästa artiklar	Antal inkluderade artiklar
CINAHL Complete 1/11/2016	MM "Intimate Partner Violence" AND patient relations	54	22	8	3
CINAHL Complete 6/11/2016	(MM "Domestic Violence") AND Disclosure	28	15	4	1
CINAHL Complete 2/11/2016	Battered women AND Communication AND Nurse	12	9	2	1
CINAHL Complete 8/11/2016	“(MM "Intimate Partner Violence/NU") OR (MM "Domestic Violence/SS/NU") AND “Education”	9	4	2	2
PubMed 9/11/2016	("Nursing"[Mesh]) AND "Battered Women"[Majr]	35	7	3	1
PubMed 10/11/2016	("Domestic Violence"[Majr] OR "Spouse Abuse/nursing"[Mesh]) AND "Nursing Care"[Majr]	54	10	4	2
CINAHL Complete 16/11	“MM “Battered Woman” AND Patient relations”	19	6	2	2
CINAHL Complete 21/11	“Intimate Partner Violence AND Battered Women AND Encounter”	15	3	1	1
Totalt		226	76	26	13

Manuell sökning

En manuell sökning kan användas för att finna nya artiklar genom att söka i litteratur och referenslistor till redan inkluderade artiklar (Karlsson, 2012). I detta arbete hittades två artiklar genom Google Scholar då de blivit citerade i en av studierna som inkluderats i

resultatet. Dessa artiklar valdes då de svarade på arbetets syfte och uppfyllde urvalskriterierna. Den manuella sökningen resulterade i två artiklar som inkluderades i resultatet.

Databearbetning

Vid insamling av vetenskapliga artiklar har både kvalitativa och kvantitativa artiklar granskats. Polit och Beck (2012) menar att forskningsområdet kan berikas och faktabasen förbättras genom att inte begränsa arbetets resultat till en typ av artiklar. Av de 26 lästa artiklarna svarade 22 stycken på syftet och granskades sedan inför resultatet. Översiktsartiklar valdes bort och originalartiklar sparades (Kristensson, 2014). För att höja arbetets reliabilitet och trovärdighet användes bedömningsunderlaget (Bilaga A) för vetenskapliga artiklar som utvecklats av Berg, Dencker och Skärsäter (1999) och Willman, Stoltz och Bahtsevani (2006). Efter kvalitetsgranskningen kvarstod 15 artiklar som redovisas i en matris (Bilaga B) och dessa utgör resultatet.

Dataanalys

För att veta om artiklarna var relevanta för studien användes frågeställningar som stöd till syftet (Friberg, 2012). Frågorna som ställdes var: Vilka faktorer under mötet kunde påverka vårdrelationen? Vilka skillnader fanns mellan kvinnans och sjuksköterskans syn på mötet? För att analysera materialet som samlats ihop användes en integrerad analys som möjliggör en integrering av texten utifrån Kristensson (2012). Analysmetoden gjorde att artiklarnas påståenden ställdes i relation till varandra där likheter och skillnader sammanställdes och olika teman kunde skapas. De artiklar som inkluderades i resultatet lästes igenom på nytt. Varje enskild studies resultat skrevs ner i ett Excel-dokument och skapade flera påståenden per artikel. De påståenden som valdes ut handlade om den våldsutsatta kvinnans eller sjuksköterskans upplevelse av vad som påverkar vårdrelationen under mötet. Excel-dokumentet skrevs ut och påståendena klipptes isär ett och ett. Sedan samlades de påståenden med samma mönster ihop och utgjorde kategorier. Dessa kategorier ligger till grund för de underkategorier som presenteras i resultatet. Tillsammans utgjorde underkategorierna även ett övergripande tema som står som huvudrubrik i resultatet.

Forskningsetiska överväganden

Kjellström (2012) beskriver att en studie måste handla om väsentliga frågor, vara av god vetenskaplig kvalitet och genomföras på ett etiskt sätt för att klassas som etiskt riktig. En studie ska även undersöka något som är av betydelse och därmed bidra till ett förbättrat kunskapsläge inom området. Genom att sammanställa fakta om vilka faktorer som påverkar vårdrelationen mellan kvinnor som utsatts för våld i nära relationer och sjuksköterskan kan det bidra till förbättrad omvårdnad och hälsa för dessa patienter. Vid urval av artiklar finns risk för feltolkningar av innehållet då författarna till studien inte har engelska som modersmål. Feltolkningar kan även bero på brister i metodologiska kunskaper hos författarna. Det kan jämföras med oredlighet vid datainsamling. Det finns då risk för att språkbrister kan leda till ofrivillig oredlighet genom att felaktig data samlas in och presenteras. Ett sätt att undvika detta är att vara kritisk till information vid

datainsamling samt ta hjälp vid problem med språket (Kjellström, 2012). Vid urvalet har endast artiklar som fått tillstånd från etisk kommitté alternativt gjort noggranna etiska överväganden inkluderats (Forsberg & Wengström, 2015).

Enligt Kjellström (2012) kan frågan “för vem är forskningen värdefull och på vilket sätt?”(s77) användas för att ta reda på om studien har ett väsentligt värde. En studie med väsentligt värde bör, enligt humanforskning, vara till nytta för de tre aktörerna individen, samhället och professionen. Ämnet i den här studien bidrar till ökad förståelse vid omvårdnaden av våldsutsatta kvinnor vilket kommer att gynna de tre aktörerna. På så sätt kan den ekonomiska kostnaden för samhället minska långsiktigt, kvinnornas omvårdnad förbättras och sjuksköterskans profession stärkas.

RESULTAT

Grunden för resultatet utgörs av 15 vetenskapliga artiklar. Under analysen framkom fyra teman som beskriver vårdrelationen mellan sjuksköterskan och den våldsutsatta kvinnan. Dessa presenteras i en huvudrubrik med fyra underrubriker nedan.

Vårdrelationen mellan våldsutsatta kvinnor och sjuksköterskan

Att lyssna, skapa förtroende och tillit

I flera studier framkom att både våldsutsatta kvinnor och sjuksköterskor ansåg att vårdrelationen kunde vara avgörande för om kvinnan skulle söka vård för våldet eller inte (Bradbury-Jones et al., 2011; Prosman et al., 2014). Enligt våldsutsatta kvinnor stärks vårdrelationen av ett ömsesidigt förtroende (Bradbury-Jones et al., 2011), aktivt lyssnande (Liebschutz et al., 2008; Pratt-Eriksson et al., 2014; Prosman et al., 2014; Watt et al., 2008, Häggblom & Dreyer-Fredriksen, 2011) och emotionellt stöd från sjuksköterskan (Pratt-Eriksson et al., 2014; Watt et al., 2008). Vikten av en miljö där det kunde pratas öppet om våldet var en bärande faktor enligt de våldsutsatta kvinnorna (Bradbury-Jones et al., 2014; Liebschutz et al., 2008). Sjuksköterskorna ansåg precis som kvinnorna att öppenhet är nyckeln i kommunikationen vid mötet (Häggblom & Dreyer-Fredriksen, 2011; Watt et al., 2008). Vid mötet på akutmottagningar kunde till exempel den stressiga och högljudda miljön samt många människor göra att det var svårt att berätta om våldet under mötet med vårdpersonalen (Leppäkoski et al., 2011).

En bristande vårdrelation kunde göra att kvinnan valde att inte berätta om våldet under mötet med sjuksköterskan (Liebschutz et al., 2008; Pratt-Eriksson et al., 2014; Watt et al., 2008). Det var inte ovanligt att den våldsutsatta kvinnan var rädd för att bli dömd av vårdpersonalen vilket bidrog till att hon inte berättade om våldet (Watt et al., 2008). Om sjuksköterskan visade ett förtroende för kvinnan ökade chanserna att hon berättade om våldet (Bradbury-Jones et al., 2011). Flera kvinnor som blivit utsatta för våld i nära relationer upplevde att de inte blivit tagna på allvar av vårdpersonalen (Pratt-Eriksson et al., 2014; Prosman et al., 2014) samt att deras fall inte blivit prioriterat (Bradbury-Jones et al., 2011; Pratt-Eriksson et al., 2014). Det kunde leda till att kvinnan inte sökte hjälp för våldet (Bradbury-Jones et al., 2011) och att hon kunde överväga om våldet från partnern var rättfärdigat (Pratt-Eriksson et al., 2014). Enligt kvinnorna var då uppskattade egenskaper hos sjuksköterskan en empatisk förmåga, tillit (Häggblom & Dreyer-

Fredriksen, 2011) och varsamhet (Hägglom & Dreyer-Fredriksen, 2011; Watt et al., 2008). Våldsutsatta kvinnor kunde dra sig för att söka vård då de upplevde att de tog upp onödig tid eller var i vägen (Bradbury-Jones et al., 2011; Pratt-Eriksson et al., 2014). Flera kvinnor kände att de förlorade sin identitet och autonomi i vårdrelationen då de upplevt att det inte fanns plats för dem i vården (Pratt-Eriksson et al., 2014). Våldsutsatta kvinnor kunde uppleva bristande självkänsla och skam (Watt et al., 2008). Ett respektfullt möte bidrog till ett ökat självförtroende och en förbättrad vårdrelation (Bradbury-Jones et al., 2011; Liebschutz et al., 2008; Watt et al., 2008). Våldsutsatta kvinnor upplevde att det stärkte dem till att förändra sin livssituation (Liebschutz et al., 2008).

Att ha kunskap och erfarenhet

I flera artiklar framkom det att sjuksköterskor uttryckte brist på kunskap om våld i nära relationer (Davila, 2006; Ramsay et al., 2012; Sundborg et al., 2012; Svavarsdottir, 2009). Bristen på kunskap kunde leda till att sjuksköterskan inte identifierat våldet i ett tidigt stadium. Det i sin tur kunde skapa en upplevelse av sorg, smärta och en känsla av misslyckande hos sjuksköterskan gentemot den våldsutsatta kvinnan (Hägglom & Dreyer-Fredriksen, 2011). Enligt sjuksköterskor i två av artiklarna kunde mötet och vårdrelationen påverkas negativt vid bristande kunskap om olika stadier av medvetenhet hos den våldsutsatta kvinnan (Bradbury-Jones et al., 2014; Prosman et al., 2014). Sjuksköterskan och kvinnan kunde befinna sig på olika stadier av medvetenhet kring våldet (Bradbury-Jones et al., 2014; Prosman et al., 2014) vilket kunde bero på att de hade olika uppfattning om vad våld innebar (Bradbury-Jones et al., 2014; Watt et al., 2008) eller att kvinnan inte var redo att definiera det som våld (Bradbury-Jones et al., 2014). En möjlighet för sjuksköterskan att medvetandegöra kvinnan om hennes situation kunde vara att beskriva vad begreppet våld innebar (Bradbury-Jones et al., 2014; Pratt-Eriksson et al., 2014). Sjuksköterskor i två studier upplevde brist på kunskap om hur vårdrelationen kunde byggas upp (Davila, 2006; Ramsay et al., 2012). En bristande vårdrelation kunde enligt sjuksköterskorna i Ramsey et al.s (2012) studie resultera i att de inte kunde hjälpa de våldsutsatta kvinnorna på ett korrekt sätt. Bristen på kunskap kunde även leda till att sjuksköterskan inte vågade fråga om våld under mötet då rädsla för att bryta mot kvinnans integritet samt kunskap om hur kvinnans svar skulle mötas inte fanns (Sundborg et al., 2012). Flera sjuksköterskor uppgav att de enbart frågade om våld då tydliga tecken i form av fysiska skador fanns på kvinnan (Ramsay et al., 2012; Sundborg et al., 2012). I två artiklar framkom att sjuksköterskorna ansåg att arbetslivserfarenhet var en viktig faktor för att identifiera de våldsutsatta kvinnorna (Davila, 2006; Hägglom & Dreyer-Fredriksen, 2011). De våldsutsatta kvinnorna upplevde brister i sjuksköterskans omvårdnad genom att de inte blivit tillfrågade angående om de någon gång varit utsatta för våld (Leppäkoski et al., 2011; Pratt-Eriksson et al., 2014). Kunskap om vilka samarbeten med andra vårdinstanser och frivillighetsorganisationer som fanns att tillgå kunde enligt sjuksköterskorna i två studier bidra till att de var mer benägna att fråga om våld under mötet med kvinnan (Bournnell & Prosser, 2010; Leppäkoski & Paavilainen, 2013). Flera sjuksköterskor ansåg att kunskap om vart kvinnan kunde få specialiserad hjälp bidrog till en förbättrad vårdrelation (Bournnell & Prosser, 2010; Leppäkoski & Paavilainen, 2013; Ramsay et al., 2012; Sundborg et al., 2012).

Att använda utbildning och riktlinjer

Ett sätt att öka kunskapen om våld i nära relationer för sjuksköterskorna var genom utbildning (Bournnell & Prosser, 2010; Ramsay et al., 2012; Sundborg et al., 2012) samt att arbeta med riktlinjer för omvårdnaden av våldsutsatta kvinnor (Bournnell & Prosser, 2010; Leppäkoski & Paavilainen, 2013; Sundborg et al., 2012; Svavarsdottir, 2009).

Sjuksköterskor på de arbetsplatser som inte hade riktlinjer upplevde att de gav sämre vård (Sundborg et al., 2012) alternativt missade att identifiera kvinnorna (Bournnell & Prosser, 2010). Ett sätt att utbilda sjuksköterskorna var genom kurser vilka användes och utvärderades i flera av resultatets studier (Davila, 2006; Basu & Ratcliffe, 2014; Bournnell & Prosser, 2010). Efter de utbildande kurserna upplevde flera av sjuksköterskorna ökat självförtroende i mötet gällande identifiering och en förbättrad omvårdnad av kvinnorna (Basu & Ratcliffe, 2014; Bournnell & Prosser, 2010; Davila, 2006). Kunskapsnivån kring våld i nära relationer ökade efter kurserna för sjuksköterskorna i två studier (Basu & Ratcliffe, 2014; Bournnell & Prosser, 2010) men inte för sjuksköterskorna i studien av Davila (2006). I den studien hade sjuksköterskorna redan god grundkunskap inom området och upplevde då enbart att de förbättrade sitt sätt att möta den våldsutsatta kvinnan och ge henne adekvat omvårdnad.

Att ge stöd och information

I flera studier berättade våldsutsatta kvinnor att de önskade konkret stöd och information från vårdpersonalen (Leppäkoski et al., 2011; Liebschutz et al., 2008; Pratt-Eriksson et al., 2014; Prosman et al., 2014; Watt et al., 2008). Information som önskades inkluderade bland annat skyddsboenden (Leppäkoski et al., 2011; Watt et al., 2008), hur våldet skulle polisanmälas och dokumenteras samt om olika skyddsåtgärder (Leppäkoski et al., 2011). Kvinnorna uttryckte också en önskan om uppföljning från vårdpersonalen (Liebschutz et al., 2008; Pratt-Eriksson et al., 2014) samt psykiskt stöd i form av krishantering istället för enbart behandling för sina fysiska symtom (Leppäkoski et al., 2011). Anledningen till att våldsutsatta kvinnor inte ville söka vård kunde vara brist på kunskap om konsekvenser, förnekelse, hindrande tankar (Prosman et al., 2014) och rädsla för sin partner (Prosman et al., 2014; Watt et al., 2008). I en studie uttryckte våldsutsatta kvinnor som sökt hjälp att långa väntelistor och brist på kontinuitet kunde göra att de inte fullföljde vården (Prosman et al., 2014). I en studie med sjuksköterskor är deltagarna inte överens angående om kvinnan bör pressas till att berätta om våldet eller inte. En anledning till att pressa kvinnan till att berätta om våldet var att sjuksköterskorna ville medvetandegöra henne om situationen (Watt et al., 2008). De våldsutsatta kvinnorna såg däremot positivt på möten där fokus inte låg på att de var tvungna att berätta om våldet utan istället på att sjuksköterskan gav information och stöd (Liebschutz et al., 2008). Information och stöd gjorde inte alltid att kvinnan lämnade gärningsmannen men det kunde vara rådgivande och stöttade den våldsutsatta kvinnan till att ha kontroll över situationen (Hägglom & Dreyer-Fredriksen, 2011).

DISKUSSION

Resultatdiskussion

I resultatet framkom vilka faktorer som påverkar vårdrelationen mellan den våldsutsatta kvinnan och sjuksköterskan. Tre huvudfynd presenteras nedan i en diskussion. Självförtroendet hos den våldsutsatta kvinnan, sjuksköterskans kunskap och erfarenheter samt kontinuitet var faktorer som kunde påverka vårdrelationen positivt eller negativt.

I resultatet framkommer att våldsutsatta kvinnor ofta lider av lågt självförtroende och att detta kan påverka vårdrelationen negativt. Det låga självförtroendet hos kvinnan kunde leda till rädsla för att bli dömd av vårdpersonalen då hon berättade om våldet. Det låga självförtroendet kunde även leda till att den våldsutsatta kvinnan kände sig i vägen eller tog upp onödig tid av sjuksköterskan. Resultatet visar även på att ett möte som bygger på respekt och förtroende kan bidra till vårdrelationen så att självförtroendet hos kvinnan stärks. I bakgrunden beskriver Berg och Danielson (2007) att en vårdrelation bygger på ett förtroende hos båda parter. Det bekräftas i resultatet att förtroendet till sjuksköterskan är viktigt. Det beskrivs vidare i resultatet att det behövs för att kunna bygga upp kvinnans självförtroende. Vid jämförelse med bakgrunden framkommer en väsentlig skillnad. Där finns inget beskrivet angående att patientens självförtroende kan ha betydelse för vårdrelationen. Vid denna jämförelse bör det tas i beaktning att vårdrelationen i bakgrunden beskrivs utifrån ett generellt perspektiv och inte specifikt för våldsutsatta. Skillnaden kan tyda på att det är vanligare med ett lågt självförtroende hos just våldsutsatta kvinnor och att det är en faktor som väger tyngre i dessa patientfall i jämförelse med andra. Det kan även peka på att självförtroende enbart påverkar vårdrelationen då det är lågt. I bakgrunden lyfter Eriksson (2014) att patienten ska ha möjlighet att uttrycka sina behov begär och problem i vårdrelationen. Ett lågt självförtroende hos kvinnan kan leda till att hon inte vågar uttrycka dessa saker inför sjuksköterskan. Detta tyder på att en vårdrelation mellan den våldsutsatta kvinnan och sjuksköterskan är i behov av att kvinnans självförtroende stärks så att ett förtroende mellan båda parterna kan byggas upp. I bakgrunden beskrivs att de våldsutsatta kvinnorna behövde aktivt lyssnande och ett emotionellt stöd från sjuksköterskan för att kunna få ett förtroende (Wiechula et al., 2016; Berg & Danielson 2007). Det kan peka på att sjuksköterskan har ett övergripande ansvar i att skapa ett förtroende och att ett bättre självförtroende hos kvinnan kan utveckla vårdrelationen positivt.

I resultatet framkom att vårdrelationen kunde påverkas av sjuksköterskans kunskap och erfarenhet i omvårdnaden av våldsutsatta kvinnor. Sjuksköterskor i resultatet upplevde att vårdrelationen gynnades av kunskap. Detta påstående stärks också av rapporten från Stockholm stad (2014) där det står skrivet att det är fördelaktigt om sjuksköterskan har kunskaper om omvårdnaden av en person i kris vid mötet med den våldsutsatta kvinnan. Enligt Friberg och Öhlén (2014) krävs kunskap hos sjuksköterskan för att kunna utveckla en givande vårdrelation. Sjuksköterskorna upplevde även ökat självförtroende vid omvårdnaden om de hade kunskap eller arbetslivserfarenhet vilket påverkade vårdrelationen positivt. Detta i sin tur kunde leda till att frågan om våld lyfts under mötet med den våldsutsatta kvinnan. Det framkom också risker med att sjuksköterskan hade en kunskapsbrist. Enligt resultatet fanns det en rädsla för att möta svaret vid frågan om eventuellt våld vilket kunde påverka vårdrelationen negativt. Detta fynd är anmärkningsvärt att belysa då det kan vara orsaken till att frågan om våld inte lyfts av sjuksköterskan. Då frågan inte lyfts riskeras att den våldsutsatta kvinnan inte får hjälp med

sin situation. Det framkommer vidare att konkret kunskap behövs även efter att frågan har lyfts eller våldet identifierats. I resultatet framkom det att sjuksköterskorna påverkades negativt av att ha brist på kunskap och därmed inte kunna lyfta frågan om våld genom att de upplevde sorg, smärta och en känsla av misslyckande gentemot den våldsutsatta kvinnan. Det tyder på att även sjuksköterskan påverkas av mötet med de våldsutsatta kvinnorna och kan förstärka argumentet att de är i behov av kunskap och erfarenhet för att vårdrelationen ska gynnas av båda parter. Det var även positivt för vårdrelationen om sjuksköterskan hade kunskap om vilken information, vilket stöd och vilka hjälpmedel kvinnan var i behov av då våldet identifierats. Detta pekar på vikten av att sjuksköterskan är insatt inom ämnet "våld i nära relationer" och har tillgång till information som kvinnan kan erbjudas. I socialstyrelsen (9 § kap. 8, i SOSFS 2014:4) står det att sjuksköterskan har ett ansvar gentemot patienten när det kommer till att ge kvinnan information om bland annat olika sorters vård och stödorganisationer vilket stärker resultatet. Då sjuksköterskan brister i ansvaret att erbjuda detta stöd påverkas vårdrelationen negativt. För att undvika det skulle lokala kurser inom området kunna vara aktuellt. Ett vidare alternativ skulle sedan kunna vara korta möten på avdelningar för att påminna sjuksköterskor om att vara uppmärksamma samt att fråga om våld.

I resultatet framkom det att våldsutsatta kvinnor som upplevde bristande kontinuitet i vårdrelationen inte fullföljde vården. Att kvinnor som blivit utsatta för våld i nära relationer ofta har låg självkänsla och ett stort behov av stöd kan peka på att denna patientgrupp kan vara i behov av kontinuitet under vårdprocessen. Detta för att sjuksköterskan ska ha möjlighet att bygga upp ett förtroende. Enligt resultatet var kontinuitet under vårdtiden positivt för vårdrelationen. Eriksson (2014) talar om att kontinuitet är nödvändigt i en vårdrelation för att hälsan ska utvecklas östört och för att sjuksköterskan ska uppnå optimal kunskap om patienten. Det tyder på vikten av att sjuksköterskan följer upp och håller kontakten med patienten efter att hon berättat om våldet även om kvinnan blir remitterad till specialistvård eller får hjälp av frivillighetsorganisationer. På så sätt kan vårdrelationen bidra till att kvinnan fullföljer vården och får större möjlighet att ta sig ur sin situation. Om kvinnan inte följs upp kan det enligt Eriksson (2014) finnas risk att kvinnan känner sig bortprioriterad och glömd. Enligt Salisbury et al. (2009) är behovet av kontinuitet subjektivt och olika beroende på vårdsituation och personlighet. Då resultatet i denna litteraturöversikt beskriver att de våldsutsatta kvinnorna, som ofta har lågt självförtroende, upplevde brist på kontinuitet innebär det att kontinuiteten är en viktig faktor att ta i beaktning i vårdrelationen. Det bör även tas i beaktning att det kan vara svårt för sjuksköterskan att följa upp patienten under en längre tid om mötet sker på en akutmottagning eller avdelning med hög omsättning av patienter. Detta kan enligt resultatet försvåra vårdrelationen för sjuksköterskan då den våldsutsatta kvinnan upplever att hon ständigt får upprepa historien och att den inte tas på allvar. För att kunna skapa en vårdrelation som bygger på kontinuitet behöver sjuksköterskan kunna ha kontinuerliga möten med den våldsutsatta kvinnan. Sjuksköterskor som arbetar på bland annat mottagningar och inom primärvården har möjlighet att skapa denna typ av vårdrelation. Det kan då vara fördelaktigt om de har kunskap inom området våld i nära relationer samt vilka faktorer som kan påverka vårdrelationen med våldsutsatta kvinnor.

Metoddiskussion

För att svara på syftet har en litteraturöversikt gjorts utifrån 15 artiklar. En litteraturöversikt är enligt Forsberg och Wengström (2015) en lämplig metod vid sammanställning av tidigare forskning inom ett område för att svara på en specifik fråga eller definiering av ett begrepp. Eftersom att kvinnors och sjuksköterskors subjektiva upplevelse av vårdrelationen söktes kunde även intervjustudier svarat på syftet. En fördel med en intervjustudie hade varit att fakta om just Sverige hade kunnat samlas in. Det hade däremot varit svårt att jämföra sjuksköterskors och kvinnors upplevelser då det hade blivit en allt för omfattande intervjustudie med tanke på tidsbegränsningen. Med hjälp av en litteraturöversikt kunde ett brett forskningsområde undersökas då artiklarna kom från Skandinavien, Västeuropa, USA och Australien. Då fler sjuksköterskors och kvinnors upplevelser blev involverade i studien framkom en mer reliabel bild av vad som påverkar vårdrelationen. Utifrån dessa för- och nackdelar med de olika metoderna motiverades en litteraturöversikt som metodval.

Efter valet av litteraturöversikt diskuterades vidare angående om den skulle vara en systematisk litteraturöversikt eller inte. För att få en inblick i vad som är möjligt för det här arbetet tog vi hjälp av kurslitteratur samt diskussioner inom grupphandledningen vilket resulterade i att det inte blev en systematisk litteraturöversikt trots alla dess fördelar. Enligt Kristensson (2014) är forskning nödvändigt för att kunna bedriva en evidensbaserad vård och systematiska litteraturöversikter är ett givande sätt för att hålla sig uppdaterad i forskning inom hälso- och sjukvård. I systematiska litteraturöversikter sammanfattas de bästa möjliga fynden inom forskningsområdet vilket gör det enklare för vårdpersonal att hålla sig uppdaterad och kunna bedriva evidensbaserad vård. Denna litteraturöversikt är inte systematisk vilket innebär att resultatet inte väger lika tungt och skulle därför skulle kunna kallas för en sekundärkälla (Kristensson, 2014). Enligt Forsberg och Wengström (2015) har denna typ av litteraturöversikt flera svagheter då det inte är en systematisk genom att en begränsad mängd forskning använts, artiklar som stödjer författarnas ståndpunkt kan ha valts ut och flera forskare kan komma fram till olika slutsatser inom samma område. Detta gör att arbetet kan brista i reliabilitet. I denna litteraturöversikt användes 15 artiklar totalt vilket ändå är tillräckligt för att studien ska klassas som meningsfull (Forsberg & Wengström, 2015). Det kan också vara relevant att poängtera att den begränsade tiden under arbetet gjort att en systematisk litteraturöversikt inte varit möjlig att göra. Kvaliteten på arbetet begränsas även av att det är på C-uppsatsnivå. Därför bör vidare forskning göras för att studier inom detta område ska kunna appliceras på vården. Med vidare forskning menas förslagsvis intervjustudier och systematiska litteraturöversikter inom svensk vård (Henricsson, 2012).

Under datainsamlingen framkom att det inte fanns tillräckligt med artiklar som var från Sverige vilket innebär att det hade varit problematiskt att göra en litteraturöversikt som enbart speglade den svenska vårdrelationen. Bristen på artiklar från Sverige tyder på att det finns behov av ytterligare forskning inom området. Artiklarna är från USA, Australien, Västeuropa och Skandinavien, vilka klassas som industriländer. Det gör att de har liknande levnadsförhållanden i dessa länder (United Nations, 2013). Artiklar har enbart inkluderats då de varit från ett industriland då det gör att de lättare kan jämföras med varandra och den svenska vården. Jämförelser av resultatet och bakgrunden kan däremot också vara problematiskt då bakgrunden delvis är baserad på svensk statistik och Socialstyrelsens föreskrifter. Det kan ändå vara av intresse att jämföra kvinnors och sjuksköterskors upplevelser av vården med bland annat Socialstyrelsens författningar för att se vad som kan påverka vårdrelationen här i Sverige. Då resultatet jämförs med bakgrunden som

bygger på Socialstyrelsens råd och författningar kan resultatets betydelse för den kliniska verksamheten öka.

Grundarbetet med artiklarna inför resultatet avgjorde värdet på den här litteraturöversikten. Det gällde framför allt vid identifiering och värdering av de valda artiklarna. Alla artiklar blev kvalitetsbedömda utefter ett bedömningsunderlag där de delades in i hög, medel eller låg kvalitet. Artiklar med låg kvalitet har exkluderats. Det bör däremot tas i beaktning att bedömningsunderlaget som använts för att avgöra kvalitet utgörs av en subjektiv bedömning. Det ökar risken för felbedömning av artiklarnas kvalitet. Det var också första gången vi använde bedömningsunderlaget vilket gjorde att det var svårt att avgöra kvalitetsnivån. Detta skulle kunna påverka valet av artiklar och därmed kvaliteten på resultatet. Studier kan även ha olika bevisvärde, där randomiserade kontrollerade studier har starkast värde. Denna litteraturöversikt innehåller endast en randomiserad kontrollerad studie [RCT] vilket kan innebära att bevisvärdet sänks. Däremot var området som undersöktes en beskrivning av ett fenomen och upplevelser för kvinnor och sjuksköterskor. Att studierna inte är RCT behöver däremot inte innebära ett bristande bevisvärde om studien ändå är av kvalitet (Forsberg & Wengström, 2015). För att ha starka påståenden valdes framför allt delar där flera deltagare i studierna menar samma sak. Några valda artiklar är intervjustudier med enskilda åsikter från kvinnor eller sjuksköterskor vilket inte bör användas som generalisering. För att stärka enskilda åsikter i resultatet har olika artiklar med samma påståenden lyfts fram.

Urvalskriterierna för vår litteraturöversikt var bland annat artiklar med våldsutsatta kvinnor över 18 år. Detta då vård av barn innefattar andra regler och riktlinjer vid vård än för vuxna. Vid inledningen av arbetet lästes tidigare forskning och examensarbeten för att få en överblick av området. Det framkom tidigt att det finns en brist i forskningen på män som blivit utsatta för våld i nära relationer. För att kunna sammanställa artiklarna i resultatet och finna slutsatser med trovärdigt underlag valdes därför endast artiklar som beskrev våldet mot kvinnor. Kvinnor som var under missbruksvård valdes bort då denna typ av vård kräver psykiatrisk utbildning. Under databassökningen innehöll flertalet av sökningarna artiklar med kvinnor under missbruksvård. Att ha exkluderat dessa från litteraturöversikt skulle kunna riskera att värdefull information missas. Men artiklar med fokus på psykiatrisk vård eller missbruksvård svarade inte på syftet och därför valde vi att exkludera de. Exklusionskriteriet fick därmed bestå då fördelarna väger tyngre än nackdelarna (Forsberg & Wengström, 2015).

I just denna litteraturöversikt med ämnet våld mot kvinnor i nära relationer ville vi att forskningen skulle vara så ny som möjligt då vi anser att ämnet är aktuellt och ny forskning tillkommer löpande. I resultatet var majoriteten av artiklarna runt fem år gamla vilket kan stärka kvaliteten på studien då forskningen är aktuell i dagsläget. Detta stärks av Forsberg och Wengström (2015) som menar att forskning är en färskvara. I sjukvården förändras och utvecklas verksamheten ständigt. I litteraturöversikten har därför artiklar som inte är äldre än tio år valts ut. Vid sökningarna användes flera olika sökningar och sökord. De kombinerades sedan ostrukturerat med varandra för att hitta fler artiklar. Därmed gav sökresultaten även träffar på flera artiklar som inte svarade på syftet (Henricsson, 2012). En mer strukturerad sökning med de mest relevanta sökorden hade kunnat göras för att undvika sökresultat med fel artiklar. Det hade förmodligen också kunnat bidra till att artiklarna blivit mer relaterade till varandra. Det positiva med den ostrukturerade sökningarna var att vi läste många artiklar och blev insatta i ämnet vilket vi anser kan ha betydelse för vårt framtida kliniska arbete.

Det bör nämnas att det är första gången författarna gör ett examensarbete på C-uppsatsnivå. Detta skulle kunna innebära att datainsamling, granskning och analys har påverkats av bristande erfarenhet och kunskap (Henricsson, 2012). Nya kunskaper har däremot växt fram under arbetets gång, gällande bland annat kritiskt granskande av artiklar. I framtida arbete skulle förmodligen ett starkare grundarbete gällande granskning av artiklar kunna bidra till ett mer reliabelt resultat.

Slutsats

I litteraturöversikten framkommer att förmåga att lyssna, skapa förtroende och tillit för sjuksköterskan, att ge stöd och information, att använda utbildning och riktlinjer samt att ha kunskap och erfarenhet är faktorer som tillsammans påverkar vårdrelationen mellan sjuksköterskan och de våldsutsatta kvinnorna. Dessa teman kunde påverka vårdrelationen negativt eller positivt beroende på mötet. Lågt självförtroende hos kvinnan och osäkerhet hos sjuksköterskan visade sig vara ett hinder i vårdrelationen. Det kunde bidra till att sjuksköterskan inte vågade lyfta frågan om våldet. Genom att skapa en positiv vårdrelation under mötet kunde kvinnans autonomi bevaras. Det skulle kunna möjliggöra att kvinnan kan ta sig ur sin situation när hon känner att det är säkert.

Fortsatta studier

För att de våldsutsatta kvinnorna ska kunna få evidensbaserad vård behövs i dagsläget ökad mängd forskning inom svensk sjukvård. Därför hade en svensk systematisk litteraturöversikt om våld i nära relationer varit av värde. Fokus skulle exempelvis kunna vara på sjuksköterskans kunskapsnivå eller faktorer som kan påverka vårdrelationen. Detta för att kunna arbeta vidare och motivera för de resurser som saknas. Detta kan vara aktuellt ur en ekonomisk synvinkel på vården. Då denna litteraturöversikt inleddes framkom att det fanns lite forskning om män som blivit utsatta för våld i nära relationer. För att kunna identifiera alla människor som blivit utsatta för våld krävs alltså mer forskning om våldsutsatta män. Forskning angående om vårdrelationen ser annorlunda ut om den våldsutsatta personen var en man eller kvinna är också relevant.

Klinisk tillämpbarhet

I litteraturstudien framkom att brist på kunskap bidrog till osäkerhet hos sjuksköterskan. Detta i sin tur kunde leda till att frågan om våld inte lyftes under mötet. Utbildning av vårdpersonal inom området våld i nära relation är därför nödvändigt för att kunna stärka sjuksköterskans kompetens samt att identifiera de våldsutsatta kvinnorna. Ett förslag skulle kunna vara att fokusera på att fortbilda sjuksköterskor på vårdcentraler inom området då dessa har resurser för att följa upp kvinnorna. Ökad medvetenhet bland personal på vårdcentraler skulle kunna bidra till ökad screening och att fler kvinnor då identifieras.

Med denna litteraturöversikt hoppas vi att sjuksköterskor och studenter få en ökad medvetenhet inom ämnet våld i nära relationer samt inspireras till att skaffa mer kunskap. Förhoppningsvis kan det leda till att fler våldsutsatta personer får hjälp.

REFERENSER

De artiklar som är inkluderade i resultatet är markerade med en asterix ().*

*Basu, S., & Ratcliffe, G. (2014). Developing a multidisciplinary approach within the ED towards domestic violence presentations. *Emerg Med J*, 31(3), sidor 192-195. doi: 10.1136/emmermed-2012-201947

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

Berg, L., & Danielson, E. (2007). Patients' and nurses' experiences of the caring relationship in hospital: *an aware striving for trust*. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 21(4), sidor 500-506. doi: 10.1111/j.1471-6712.2007.00497.x

*Bournell, M., & Prosser, S. (2010). Increasing identification of domestic violence in emergency departments: A collaborative contribution to increasing the quality of practice of emergency nurses. *Contemporary Nurse: A Journal for the Australian Nursing Profession*, 35(1), sidor 35-46. doi: <http://dx.doi.org/10.5172/conu.2010.35.1.035>

*Bradbury-Jones, C., Duncan, F., Kroll, T., Moy, M., & Taylor, J. (2011). Improving the health care of women living with domestic abuse. *Nursing Standard*, 25(43), sidor 35-40. doi: <http://dx.doi.org/10.7748/ns2011.06.25.43.35.c8594>

*Bradbury-Jones, C., Taylor, J., Kroll, T., & Duncan, F. (2014). Domestic abuse awareness and recognition among primary healthcare professionals and abused women: a qualitative investigation. *J Clin Nurs*, 23(21-22), sidor 3057-3068. doi: 10.1111/jocn.12534

Darnell, C. (2011). *Forensic Science in Healthcare: Caring for patients, Preserving the Evidence*. New York: CRC Press, Taylor & Francis Group

*Davila, Y. (2006). Increasing Nurses' Knowledge and Skills for Enhanced Response to Intimate Partner Violence. *Journal of Continuing Education in Nursing*, 37(4), sidor 171-177. doi: 10.3928/00220124-20060701-05

Dudgeon, A., & Evanson, T. (2014). Intimate Partner Violence in Rural U.S. Areas: What Every Nurse Should Know. *American Journal of Nursing*, 114(5), sidor 26-36. doi: <http://dx.doi.org/10.1097/01.NAJ.0000446771.02202.35>

Eriksson, K. (2014). *Vårdprocessen*. Stockholm: Liber.

Flowers, D. (2007). Clinical nurses forum. Providing forensic care 'outside of the (evidence) box': one nurse's journey. *Journal of emergency nursing*, 33(1), sidor 50-52. Accession number: 106276446

Friberg, F. (2012). Att göra en litteraturoversikt. F. Friberg(red.), *Dags för uppsats: vägledning för litteraturbaserade examensarbeten*. (2:5 uppl., ss 133-144). Lund: Studentlitteratur.

Forsberg, C., & Wengström. (2015). *Att göra systematiska litteraturstudier: Värdering, analys och presentation av omvårdnadsforskning*. Stockholm: Natur & Kultur.

Frenzel, A. (2014). *Brott i nära relationer: En nationell kartläggning* (Rapport 2014:8). Stockholm: Brottsförebyggande rådet.

Griffith, R. (2015). Understanding the code: working in partnerships. *British Journal of Community Nursing*, 20(5), sidor 250-252. doi: <http://dx.doi.org/10.12968/bjcn.2015.20.5.250>

Gulliver, P., & Fanslow, J. (2013). Exploring risk factors for suicidal ideation in a population-based sample of New Zealand women who have experienced intimate partner violence. *Aust NZ J Public Health*, 37(6), sidor 527-533. doi: 10.1111/1753-6405.12110

Helgesson, G. (2015). *Forskningsetik*. Lund: Studentlitteratur.

Henricson, M., & Billhult, A. (2012). Kvalitativ design. M. Henricsson (Red.), *Vetenskaplig teori och metod: Från idé till examination inom omvårdnad*. (1:4 uppl., ss 129-137). Lund: Studentlitteratur.

Herz, M., & Johansson, T. (2015). *Det professionella mötet: En grundbok*. Lund: Studentlitteratur.

Hughes, J. (2010). Putting the pieces together: how public health nurses in rural and remote Canadian communities respond to intimate partner violence. *Online Journal och Rural Nursing and Health Care*, 10(1), sidor 34-47

*Häggbloom, A., & Dreyer Fredriksen, S.T. (2011). "Often it becomes quiet" – nurses' meeting with abused women. *Klinisk Sygepleje*, 25(1), 67-76. Accession number:104865231

Karlsson, E.K. (2012). Informationssökning: Att välja rätt resurser. M. Henricson (Red.), *Vetenskaplig teori och metod: Från idé till examination inom omvårdnad* (1:4 uppl., ss. 95-113). Lund: Studentlitteratur.

Keeling, J., & Fisher, C. (2015). Health Professionals' Responses to Women's Disclosure of Domestic Violence. *Journal of Interpersonal Violence*, 30(13), sidor 2363-2378. doi: <http://dx.doi.org/10.1177/0886260514552449>

Kjellström, S. (2012). Forskningsetik: Etisk motivering av studien. M. Henricson (Red.), *Vetenskaplig teori och metod: Från idé till examination inom omvårdnad* (1:4 uppl., ss. 95-113). Lund: Studentlitteratur.

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

*Leppäkoski, T., & Paavilainen, E. (2013). Interventions for women exposed to acute intimate partner violence: emergency professionals' perspective. *J Clin Nurs*, 22(15-16), sidor 2273-2285. doi: 10.1111/j.1365-2702.2012.04202.x

- *Leppäkoski, T., Paavilainen, E., & Astedt-Kurki, P. (2011). Experiences of emergency care by the women exposed to acute physical intimate partner violence from the Finnish perspective. *Int Emerg Nurs*, 19(1), sidor 27-36. doi: 10.1016/j.ienj.2010.02.006
- *Liebschutz, J., Battaglia, T., Finley E., & Averbuch, T. (2008). Disclosing intimate partner violence to health care clinicians- What a difference the setting makes: A qualitative study. *BMC Public Health*, 8, sidor 229-229. doi: 10.1186/1471-2458-8-229
- Nationellt Centrum för Kvinnofrid. (2014). *Våld och hälsa: En befolkningsundersökning om kvinnors och mäns våldsutsatthet samt koppling till hälsa. (NCK-rapport, 1)*. Uppsala: Uppsala universitet.
- Polit, F.D., & Beck C.T. (2012). *Nursing research: Generating and assessing evidence for nursing practice*. (9th ed.). Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins.
- *Pratt-Eriksson, D., Bergbom, I., & Lyckhage, E.D. (2014). Don't ask don't tell: Battered women living in Sweden encounter with healthcare personnel and their experience of the care given. *International Journal of Qualitative Studies on Health & Well-Being*, 26(9), sidor 1-7. doi: 10.3402/qhw.v9.23166
- *Prosman, G.J., Lo Fo Wong, S.H., & Lagro-Janssen, A.L. (2014). Why abused women do not seek professional help: A qualitative study. *Scand J Caring Sci*, 28(1), sidor 3-11. doi:10.1111/scs.12025
- *Ramsay, J., Rutterford, C., Gregory, A., Dunne, D., Eldridge S., & Feder, G. (2012). Domestic Violence: Knowledge, attitudes and clinical practice of selected UK primary healthcare clinicians. *British Journal of General Practice*, 62(602), sidor 647-655. doi: <http://dx.doi.org/10.3399/bjgp12X654623>
- Robichaux, C. (2012). Developing Ethical Skills: From Sensitivity to Action. *Critical Care Nurse*, 32(2), sidor 65-72. doi: <http://dx.doi.org/10.4037/ccn2012929>
- Rosén, M. (2012). Systematisk litteraturöversikt. Henricson (Red.), *Vetenskaplig teori och metod: från idé till examination inom omvårdnad*. (1. uppl., ss. 423-443) Lund: Studentlitteratur
- Salisbury, C., Sampson, F., Ridd, M. & Montgomery, A. A. (2009). How should continuity of care in primary health care be assessed?. *British Journal of General Practice*, 59(561), sidor 134-141. doi: <http://dx.doi.org/10.3399/bjgp09X420257>
- Snellman, I. (2014). Vårdrelationer – en filosofisk belysning. F. Friberg & J. Öhlén (Red.), *Omvårdnadens grunder: Perspektiv och förhållningssätt* (2:1. uppl., ss 439-462). Lund: Studentlitteratur
- Socialstyrelsen. (2014). *Manual för FREDÅ: Standardiserade bedömningsmetoder för socialtjänstens arbete mot våld i nära relationer*. Stockholm: Socialstyrelsen. Hämtad från: <http://www.socialstyrelsen.se/Lists/Artikelkatalog/Attachments/19466/2014-6-15.pdf>

Socialstyrelsen. (2014). *Att vilja se, vilja veta och att våga fråga: vägledning för att öka förutsättningarna att upptäcka våldsutsatthet*. Stockholm: Socialstyrelsen. Hämtad från: <http://www.socialstyrelsen.se/Lists/Artikelkatalog/Attachments/19568/2014-10-30.pdf>

Socialstyrelsen. (2015). *Att mötas i hälso- och sjukvård: Ett utbildningsmaterial för reflektion om bemötande och jämlika villkor*. Stockholm: Socialstyrelsen. Hämtad från: <https://www.socialstyrelsen.se/Lists/Artikelkatalog/Attachments/19620/2015-1-5.pdf>

Stockholms stad. (2014). *Våld i nära relationer: Riktlinjer för handläggning inom Stockholms stads socialtjänst*. Stockholm. Hämtad från: <file:///C:/Users/emma/Downloads/Riktlinjer%20om%20v%C3%A5ld%20i%20n%C3%A4ra%20relationer.pdf>

*Sundborg, E.M., Saleh-Stattn, N., Wändell, P., & Törnkvist, L. (2012). Nurses' preparedness to care for women exposed to Intimate Partner Violence: A quantitative study in primary health care. *BMC Nurs*, 11(1).doi: 10.1186/1472-6955-11-1.

*Svavarsdottir, E.K., & Orlygsdottir, B. (2009). Identifying abuse among women: use of clinical guidelines by nurses and midwives. *Journal of Advanced Nursing*, 65(4), sidor 779-788.doi: <http://dx.doi.org/10.1111/j.1365-2648.2008.04872.x>

United Nations. (2013) Indelningar av länder. Hämtade den 11 december, 2016, från <http://www.millenniemaalen.nu/bvb/global-utveckling/indelning-av-lander/>

*Watt, M.H., Bobrow, E.A., & Moracco K.E. (2008). Providing support to IPV victims in the emergency department: vignette-based interviews with IPV survivors and emergency department nurses. *Violence against women*, 14(6), sidor 715-726. doi: 10.1177/1077801208317290

Wiechula, R., Conroy, T., Kitson, L. A., Marshall, J. R., Whitaker, N. & Rasmussen, P. (2016). Umbrella review of the evidence: what factors influence the caring relationship between a nurse and patient?. *Journal of Advanced Nursing*, 72(4), sidor 723-734. doi: 10.1111/jan.12862

World Health Organization. (2016). Violence against women. Hämtad 2 maj, 2016, från World Health Organization,

Wallengren, C., & Henricson, M. (2012). Vetenskaplig kvalitetssäkring av litteraturbaserat examensarbete: Under examensarbetet. M. Henricson (Red.), *Vetenskaplig teori och metod: Från idé till examination inom omvårdnad* (1:4 uppl., ss. 481-495). Lund: Studentlitteratur.

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

Tabell 1. Sophiahemmet Högskolas bedömningsunderlag för vetenskaplig klassificering samt kvalitet avseende studier med kvantitativ och kvalitativ metodansats, modifierad utifrån Berg, Dencker och Skärsäter (1999) och Willman, Stoltz och Bahtsevani (2011).

KOD OCH KLASSIFICERING	VETENSKAPLIG KVALITET		
	I = Hög kvalitet	II = Medel	III = Låg kvalitet
Randomiserad kontrollerad studie/Randomised controlled trial (RCT) är prospektiv och innebär jämförelse mellan en kontrollgrupp och en eller flera experimentgrupper.	Större välplanerad och välgenomförd multicenterstudie med adekvat beskrivning av protokoll, material och metoder inklusive behandlingsteknik. Antalet patienter/deltagare tillräckligt stort för att besvara frågeställningen. Adekvata statistiska metoder.	*	Randomiserad studie med få patienter/deltagare och/eller för många delstudier, vilket ger otillräcklig statistisk styrka. Bristfälligt antal patienter/deltagare, otillräckligt beskrivet eller stort bortfall.
Klinisk kontrollerad studie/Clinical controlled trial (CCT) är prospektiv och innebär jämförelse mellan kontrollgrupp och en eller flera experimentgrupper. Är inte randomiserad.	Välplanerad och välgenomförd studie med adekvat beskrivning av protokoll, material och metoder inklusive behandlingsteknik. Antalet patienter/deltagare tillräckligt stort för att besvara frågeställningen. Adekvata statistiska metoder.	*	Begränsat/för få patienter/deltagare, metoden otillräckligt beskriven, brister i genomförande och tveksamma statistiska metoder.
Icke- kontrollerad studie (P) är prospektiv men utan relevant och samtida kontrollgrupp.	Väldefinierad frågeställning, tillräckligt antal patienter/deltagare och adekvata statistiska metoder.	*	Begränsat/för få patienter/deltagare, metoden otillräckligt beskriven, brister i genomförande och tveksamma statistiska metoder.
Retrospektiv studie (R) är en analys av historiskt material som relateras till något som redan har inträffat, exempelvis journalhandlingar.	Antal patienter/deltagare tillräckligt stort för att besvara frågeställningen. Väl planerad och välgenomförd studie med adekvat beskrivning av protokoll, material och metoder.	*	Begränsat/för få patienter/deltagare, metoden otillräckligt beskriven, brister i genomförande och tveksamma statistiska metoder.
Kvalitativ studie (K) är vanligen en undersökning där avsikten är att studera fenomen eller tolka mening, upplevelser och erfarenheter utifrån de utforskades perspektiv. Avsikten kan också vara att utveckla begrepp och begreppsmässiga strukturer (teorier och modeller).	Klart beskriven kontext (sammanhang). Motiverat urval. Välbeskriven urvalsprocess; datainsamlingsmetod, transkriberingsprocess och analysmetod. Beskrivna tillförlitlighets/reliabilitetshänsyn. Interaktionen mellan data och tolkning påvisas. Metodkritik.	*	Dåligt/vagt formulerad frågeställning. Patient/deltagargruppen för otillräckligt beskriven. Metod/analys ej tillräckligt beskriven. Bristfällig resultatredovisning.

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

MATRIS ÖVER INKLUDERADE ARTIKLAR

Författare År Land	Titel	Syfte	Metod	Deltagare (Bortfall)	Resultat	Typ Kvalitet
Basu ,S., & Ratcliffe G 2013 Storbritannien	Developing a multidisciplinary approach within the ED towards domestic violence presentations.	Att förbättra upptäckten och kvaliteten av vården av patienter som kommer till akuten och har blivit utsatta för eller misstänkt blivit utsatta för våld.	Kvalitativ intervjustudie studie. Utformning, genomförande och utvärdering av ett strukturerat träningsprogram med intervjuer.	22 (-)	Personalen rapporterade större självförtroende i att upptäcka våld i nära relationer efter träningsprogrammet.	K II
Bournell, B., & Prosser, S 2010 Australien	Increasing identification of domestic violence in emergency departments: A collaborative contribution to increasing the quality of practice of emergency nurses.	Att förbättra kvalitet och övning kring våld I nära relationer för akutvårdspersonal.	Kvalitetsförbättringsstudie. Deskriptiv statistik, korstabeller och frekvenser användes för dataanalys kring förändringar i kunskapsnivåer innan och efter träningsprogrammet. Datasamling från fokusgrupper och ljudfiler som analyserades enligt tematisk diskursanalys.	49 (12)	Träningsprogrammet förbättrade sjuksköterskors självförtroende, praktik och färdigheter I identifikationen och bemötandet av våld I nära relationer.	P II
Bradbury-Jones, C., Duncan, F., Kroll, T., Moy, M. & Taylor, J. 2011 Scotland	Improving the health care of woman living with domestic abuse.	Att utforska vårderfarenheter hos kvinnor som lever med våld i hemmet, med fokus på kvinnornas relation till primärvården.	En kvalitativ intervjustudie med kvinnor som upplevt våld i hemmet. Dataanalys genom tematisk strukturanalys.	17 (0)	Tre tydliga teman kunde kopplas till kvinnans upplevelser av primärvården: Systembaserade-, relations- och psykiska problem. Dålig kommunikation mellan vårdgivare, lågt självförtroende och rädsla för diskriminering gör det svårt för kvinnorna att diskutera våldet.	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

Författare År Land	Titel	Syfte	Metod	Deltagare (Bortfall)	Resultat	Typ Kvalitet
Bradbury-Jones, C., Tayler, J., Kroll T & Duncan F 2014 Scotland	Domestic abuse awareness and recognition among primary healthcare professionals and abused women: a qualitative investigation	Undersöka dynamiken kring våld i nära relationer, med fokus på medvetenhet och erkännande, mellan primärvårds-personal och våldsutsatta kvinnor.	Kvalitativ två-fas studie med öppna intervjufrågor. Individuella intervjuer med primärvårdsanställda (fas I) och intervju i fokusgrupper med våldsutsatta kvinnor (fas II).	29+14 (-)	Olika nivåer av medvetenhet kring våldets existens och natur finns mellan våldsutsatta kvinnor och primärvårds-personal. Många kvinnor identifierar inte sina erfarenheter som våld. Begreppen "medvetenhet, erkännande och delaktighet" används för att fånga komplexiteten inom ämnet "avslöja våldet".	K I
Davila, Y-R 2006 USA	Increasing Nurses' Knowledge and Skills for Enhanced Response to Intimate Partner Violence	Fas I: Ta reda på vilka inlärningsbehov som finns hos sjuksköterskor i primärvården gällande våld i nära relationer. Fas II: Om det utvecklade träningsprogrammet haft påverkan på kunskap och färdigheter hos personalen	Mixad metod. Kvalitativ intervjustudie med öppna frågor. Systematisk dataanalys (Fas I). För- och eftertest med enkäter (Fas II).	Fas I: 7 Fas II: 20 (21)	Fas 1: Sjuksköterskor uttryckte behov av kunskap om förebyggande resurser och förbättring i intervju-färdigheter. Fas II: Inga signifikanta skillnader upptäcktes i nivå av kunskap innan och efter testet. En signifikant skillnad i färdighetsnivå fanns däremot.	K, P II
Hägglom, A., & Dreyer Fredriksen, S- T 2011 Finland	"Often it becomes quiet" – nurses' meeting with abused women.	Beskriva, undersöka och tolka sjukskötarens upplevelser och användning av ingivelses i mötet med våldsutsatta kvinnor.	Intervjustudie med öppna frågor. Dataanalys med fenomenologisk-hermeneutisk ansats.	10 (-)	Sjukskötare handlar utifrån ingivelses, genom synen, hörsel och känsel. Sjuksköterna var öppna för intryck och vågade handla utifrån sina ingivelses. Betydelsen av en teoretisk kunskap och en medvetenhet om kvinnors våldsutsatthet lyftes också fram.	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

Författare År Land	Titel	Syfte	Metod	Deltagare (Bortfall)	Resultat	Typ Kvalitet
Leppäkoski, T., & Paavilainen E 2013 Finland	Interventions for women exposed to acute intimate partner violence: emergency professionals' perspective	Att undersöka åtgärder och metoder som utfördes av personalen på akutavdelningar	En deskriptiv-, tvärsnitts- och multicentrerad studie med bekvämlighets-urval.	480 (470)	Gemensamma metoder och skriftliga rutiner för hantering av våld i nära relationer har hjälpt kvinnorna. Utbildning i området och gott samarbete med stödorganisationer har underlättat vid åtgärder för kvinnorna.	P I
Leppäkoski, T., Paavilainen, E., & Åstedt-Kurki, P 2011 Finland	Experiences of emergency care by the women exposed to acute physical intimate partner violence from the Finnish perspective	Beskriva livshistoria av våld i nära relationer med dess hälsokonsekvenser för kvinnorna. Samt vilka erfarenheter kvinnorna hade då de sökte hjälp på en akutavdelning.	Tvärsnitts-, multicentrerad- deskriptiv studie. Enkätstudie samt intervjuer med öppna frågor. Dataanalys genom både kvantitativ och kvalitativ metod. Urval: Kvinnor över 18 som blivit utsatta för våld.	35 (-)	Prevalensen för våld i nära relationer under hela livet bland kvinnorna var 94 %. 97 % av tidigare fysisk skada och 56 % av akut fysisk skada var kombinerat med psykiskt våld. Kvinnorna markerade individuella behov av vård; lämplig medicinsk vård för skador samt psykiskt och konkret stöd. Att stötta hela familjen var viktigt för kvinnorna.	K, R II
Liebschutz, J., Battaglia, T., Finley, E. & Averbuch, T. 2008 USA	Disclosing intimate partner violence to health care clinicians- What a difference the setting makes: A qualitative study.	Att förstå vilka risker och fördelar kvinnor som blivit utsatta för partnervåld upplevde då de avslöjat sin situation för vårdpersonal.	Etnografiska intervjuer med kvinnor som blivit utsatta för våld i nära relationer. Kvalitativ analysmetod enligt grundad teori.	27 (0)	Enligt kvinnorna som tagit sig ur partnervåldet är resultatet av avslöjandet av sin situation helt beroende av hur mötet med vårdpersonalen har varit. Fokus vid mötet med kvinnan bör inte ligga på avslöjandet av situationen utan på att ge henne resurser, information och stöd för att själv kunna ta steget ur relationen när hon är redo. Vårdpersonal bör därför inte kräva ett erkännande av våldet under mötet.	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

Författare År Land	Titel	Syfte	Metod	Deltagare (Bortfall)	Resultat	Typ Kvalitet
Pratt-Eriksson, D., Bergbom, I., & Lyckhage, E.D 2014 Sverige	Don't ask don't tell: Battered women living in Sweden encounter with healthcare personnel and their experience of the care given	Att få en djupare förståelse för kvinnors erfarenheter kring våld i nära relationer och deras möten med hälsopersonal, socialarbetare och polis.	En kvalitativ intervjustudie med fenomenologisk, hermetisk metod.	12 (-)	Kvinnor upplevde re-traumatisering, dåligt bemötande och mer lidande under mötet med hälsopersonalen. De var besvikna, bestörta, och ledsna över bristen på stöd, vård och empati. Sjuksköterskor och annan hälsopersonal måste förstå och identifiera tecken på våld i nära relationer samt förse adekvat vård eftersom att dessa kvinnor är sårbara. Brist på tillit kan leda till att färre kvinnor rapporterar om våld eller söker hjälp.	K II
Prosmán G-J, Lo Fo Wong S.H, Lagro- Janssen- A L.M 2014 Nederländerna	Why abused women do not seek professional help: A qualitative study	Få inblick i den hjälsökande processen för en våldsutsatt kvinna när hon möter sin husläkare.	Kvalitativ tvärsnittsstudie med öppna intervjufrågor. Urval: Kvinnor, över 18 år	33 (32)	Faktorer som gör att de utsatta kvinnorna inte söker hjälp: Omedvetenhet kring hur våldet inverkar på deras liv och barn, ovana och negativa erfarenheter med vårdpersonal samt rädsla för sin partner. Kvinnorna behöver socialt stöd för att fråga om professionellt stöd. Vården i dagsläget ger inte kvinnorna tillräckligt psykologiskt och praktiskt stöd.	K II
Ramsay, J., Rutterford ,C., Gregory, A., Dunne, D., Eldridge, S., Sharp, D., & Feder G 2012 Storbritannien	Domestic Violence: Knowledge, attitudes and clinical practice of selected UK primary healthcare clinicians	Att mäta valda primärvårdsklinikers nuvarande kunskap, attityder och kliniska kunskaper kring våld i nära relationer.	Kvantitativ, prospektiv tvärsnittsstudie som en del av en kontrollerad randomiserad studie Utfördes i 48 kliniker runt i Storbritannien.	272 48 kliniker (34 kliniker)	Vårdpersonalen hade endast baskunskaper kring våld i nära relationer. Många kände sig dåligt förberedda att ställa relevanta frågor eller göra lämpliga remisser när våldet avslöjats. 40% frågade sällan eller aldrig om våld förekommit när kvinnan hade skador. 80% sa att de inte hade adekvat kunskap kring resurser som fanns.	RCT 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

Författare År Land	Titel	Syfte	Metod	Deltagare (Bortfall)	Resultat	Typ Kvalitet
Sundborg, E.M., Saleh-Stattin, N., Wändell, P., & Törnkvist, L 2012 Sverige	Nurses' preparedness to care for women exposed to Intimate Partner Violence: A quantitative study in primary health care	Att bedöma primärvård-sjuksköterskors beredskap i att identifiera och utföra omvårdnad för kvinnor utsatta för våld i nära relationer.	Kvantitativ enkätstudie. Randomiserat urval. Dataanalys genom mätning av antal och frekvens.	190 (87)	Brister i sjuksköterskors beredskap. De saknade organiserat stöd som riktlinjer, samarbete med andra och kunskap kring omfånget av våld i nära relationer. Endast hälften frågade alltid om våld (oftast när kvinnan är fysiskt skadad). Svårigheter kring hur de ska fråga. Om de identifierade våld skickade de flesta sjuksköterskor vidare till en doktorstid. Att känna beredskap sammankopplades oftast med att ha kunskap om sig själva men också identifieringen av våld.	P II
Svavarsdóttir, E.K. & Orlygsdóttir, B. 2008 Island	Identifying abuse among women: use of clinical guidelines by nurses and midwives.	Att identifiera frekvensen kvinnor som tar kontakt med vården på grund av våld. Syftet var även att utvärdera användningen av kliniska riktlinjer för att identifiera våld mellan människor.	Tvärsnittsstudie Sjuksköterskornas data samlades in genom enkätfrågor och kvinnornas i intervjuer med öppna frågor.	232 14 sjuksköterskor, 10 barnmorskor, 208 kvinnor (0)	19,6% av de kvinnor som kom in till akutmottagningen och 19,8% av de som kom till mödravården hade någon gång blivit utsatta för sexuellt våld i en nära relation. 19,1% kvinnor på akutmottagningen och 7,5% på mödravården rapporterade att de blivit utsatta för psykiskt våld. 22,2% av kvinnorna på akutmottagningen och 11,5% på mödravården rapporterade att de blivit utsatta för emotionellt våld. Sjuksköterskorna och Barnmorskorna ansåg att de kliniska riktlinjerna var effektiva vid screening/fastställande av våld i nära relation.	K I
Watt, M.H., Bobrow. E.A., & Moracco. K.E 2008 USA	Providing Support to IPV Victims in the Emergency Department Nurses: Vignette-Based Interviews With IPV Survivors and Emergency Department Nurses.	Vilken potential vårdens sociala stöd kan ha på offer som utsatts för våld i nära relationer i förhållande till hur redo kvinnan är att avslöja sin partner och ta emot hjälp.	En kvalitativ semistrukturerad intervjustudie med kvinnor från skyddsboenden och sjuksköterskor från en akutmottagning.	26 16 kvinnor, 10 sjuksköterskor (0)	Våldsutsatta kvinnor beskriver rädsla som ett stopp för att ta till åtgärder mot sin situation. Sjuksköterskor beskriver däremot att kvinnan är i förnekelse av sin situation. Kvinnorna betonar att de är i behov av emotionellt stöd och respekt. Medan sjuksköterskorna betonar att kvinnorna behöver information och instrumentellt stöd.	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