



UPPSALA UNIVERSITET

Institutionen för folkhälso-
och vårdvetenskap

Våld i nära relationer:

En kvantitativ studie om sjuksköterskors rutiner
i mötet med utsatta kvinnor

Författare

Hanna Aronzon

Maja Persson

Handledare

Annika Åhs

Examinator

Pranee Lundberg

Examensarbete i Vårdvetenskap 15 hp

Sjuksköterskeprogrammet 180 hp

ABSTRAKT

Bakgrund: Våld i nära relationer är ett stort problem som drabbar människor i hela världen. Våldet mot kvinnor är det vanligaste våldet och var tredje kvinna är eller har blivit utsatt för våld. Hälso-och sjukvården har ett ansvar att identifiera dessa utsatta kvinnor för att upptäcka våldet och kunna erbjuda hjälp. **Syfte:** I den här studien var syftet att undersöka i vilken utsträckning sjuksköterskor frågar om våld i nära relationer till kvinnliga patienter. Studien undersökte även vilka faktorer som påverkar sjuksköterskor att ställa frågan om våld och deras bemötande av våldsutsatta kvinnor. **Metod:** Studien var en kvantitativ tvärsnittsstudie och data samlades in med en enkätundersökning. Det var 46 sjuksköterskor som deltog från två vårdavdelningar på Akademiska sjukhuset i Uppsala. Svarefrekvensen var 65 %. **Resultat:** En majoritet av sjuksköterskorna ställde sällan eller aldrig frågan om våld i nära relationer till kvinnliga patienter. Tidsbrist, okunskap, kommunikationssvårigheter och svårigheter att få tillgång till enskildhet var faktorer som påverkar ifall frågan ställs eller inte. Det var 65 % av sjuksköterskorna som upplevde att de i viss mån vet hur det ska bemöta en våldsutsatt kvinna. Att ha frågan om våld i nära relationer som standardfråga i ett inskrivningsformulär, ha mer tid för patienten samt få mer utbildning i ämnet skulle enligt sjuksköterskorna öka chanserna för att frågan skulle ställas. **Slutsats:** Sjuksköterskorna i studien frågade i liten utsträckning kvinnliga patienter om våld i nära relationer. Därmed missade de sannolikt flertalet utsatta kvinnor. Bättre rutiner på avdelningen skulle troligtvis öka chansen att sjuksköterskor skulle ställa frågan om våld i nära relationer. Till exempel vid ankomstsamtal, så som att ha en fråga om våld i inskrivningsformuläret och att ha samtal utan att patientens anhöriga är närvarande. Förändrade arbetsrutiner som minskar tidspress i arbetet och mer utbildning om våld i nära relationer kan möjligen påverka att fler frågor om våld ställs.

Nyckelord: IPV, Våld i nära relationer, Sjuksköterska, Screening.

ABSTRACT

Background: Intimate partner violence, IPV, is a major problem that affects people worldwide. Violence against women is the most common violence and every third woman is or has been a victim of violence. Health services have a responsibility to identify these women and detect violence and offer to help. **Aim:** The aim of this study was to investigate the frequency of nurses asking about intimate partner violence to female patients. The study also investigated different factors that influenced the meeting with the female patient. **Method:** A quantitative cross-sectional study with data collected from a questionnaire. There were 46 nurses that attended from two patient wards at the Akademiska sjukshuset in Uppsala. The response rate was 65%. **Results:** Nurses did rarely or never ask female patient about intimate partner violence. Lack of time, lack of knowledge, communication difficulties and access to privacy were factors that influence whether the question were asked or not. Nurses felt that they some how knew how to respond to the victims of the violence. If the question of intimate partner violence was a standard question in the enrolment form and the nurses were offered more education, the chances are that nurses would ask the questions about intimate partner violence more often to female patients. **Conclusion:** Nurses in this study didn't or rarely ask female patients about intimate partner violence. Because of that they probably missed out of finding several women that are victims. Better routines at the department during the enrolment, as having the question about intimate partner violence in the enrolment form but also having a private conversation, would probably increase the chances of asking question about intimate violence. Changed routines in the working environment that decrease stress but also offer more education in intimate partner violence could hopefully increase the possibility to ask more questions about intimate partner violence.

Keywords: IPV, Intimate partner violence, Nurse, Screening.

INNEHÅLLSFÖRTECKNING

1. BAKGRUND	6
1.1 Definition av våld in nära relationer	6
1.2 Normaliseringsprocessen	6
1.3 Våldets effekter	7
1.4 Organisation och regelverk	8
1.5 Hälso- och sjukvården om våld i nära relationer	8
1.6 Faktorer som påverkar	9
1.7 Att bli tillfrågad	11
1.8 Teoretisk referensram kring sjuksköterskans roll	11
1.9 Problemformulering	12
2. SYFTE	13
2.1 Frågeställningar	13
3. METOD	14
3.1 Design	14
3.2 Urval	14
3.3 Datainsamlingsmetod	14
3.4 Tillvägagångssätt	14
3.5 Bearbetning/Analys	15
3.6 Forskningsetiska övervägande	15
4.0 RESULTAT	16
4.1 Demografisk bakgrund	16
4.2 Sjuksköterskors benägenhet att fråga om våld i nära relationer	17
4.3 Faktorer som påverkar att fråga eller inte fråga om våld i nära relationer	17
<i>4.3.1 Faktorer som påverkar sjuksköterskor att inte ställa frågan om våld i nära relationer</i>	17

4.3.2 Faktorer som påverkar sjuksköterskor att ställa frågan om våld i nära relationer.....	19
4.3.3 Faktorer som skulle öka sjuksköterskors benägenhet att ställa frågan om våld i nära relationer	19
4.4 Bemötande och information till våldsutsatt patient	20
4.5 Jämförelse mellan sjuksköterskor som har utbildning avseende frekvens att fråga	21
5. Diskussion	22
5.1 Resultatdiskussion.....	23
5. 1. 1 Vikten av att ställa frågan om våld.....	23
5. 1. 2 Vikten av regelbunden utbildning	23
5. 1. 3 Faktorer som påverkar	25
5. 1. 4 Våld i nära relationer som en standardfråga	25
5. 1. 5 Tidsbrist och patientkontakt.....	26
5. 1. 6 Kommunikationssvårigheter	27
5. 1. 7 Betydelsen av omvårdnad	27
5.2 Metoddiskussion.....	28
6. SLUTSATS	29
7. REFERENSLISTA	30
8. BILAGOR.....	33

1. BAKGRUND

1.1 Definition av våld i nära relationer

Våld i nära relationer eller "intimate partner violence (IPV)" som det benämns på engelska, är ett vanligt problem som påverkar många människor i världen (Ali, McGary, & Dhingra, 2016). IPV betyder att personen blir utsatt för våld exempelvis i hemmet av en familjemedlem eller anhörig (Förenta Nationerna, 2008). Det kan vara både våld som ter sig på ett fysiskt, sexuellt eller psykisk sätt som begås av exempelvis en partner eller ett syskon (Ali et al., 2016). Mäns våld mot kvinnor är det mest frekventa våldet, men det förekommer även i samkönade relationer samt kvinnor som våldför sig mot män (NCK, 2016). Då våld mot kvinnor är det vanligaste våldet kommer endast våld i nära relationer mot kvinnor att studeras i den här studien.

Socialstyrelsen (2015a) definierar IPV i fem kategorier, dessa är: fysiskt våld, psykiskt våld, social utsatthet, sexuellt våld och materiell/ekonomisk utsatthet. Det kan ofta visa sig som flera små handlingar av en av dessa olika kategorier, såsom att bli hindrad från att träffa sina släktingar vilket är en social utsatthet, men även allvarligare hot och våld såsom sexuellt våld i form av våldtäkt. Man kan även bli drabbad ekonomisk eller materiellt då våldet och hotet från partner begränsar exempelvis självbestämmande över en själv och ens ägodelar.

1.2 Normaliseringsprocessen

Normaliseringsprocessen är en modell som förklarar hur våldsprocessen ser ut och påverkar offret. Våldsutövaren lägger ofta skulden för våldet på offret medan denna utvecklar en taktik för att förklara och handskas med våldet. Detta gör att våldet som till en början anses vara onormalt kan komma att ses som normalt senare. Normaliseringen av våldet sker successivt och kan vara en bidragande orsak till att våldsoffret inte själv ser sig som ett offer (NCK, i.d.a). Grände, Lundberg & Eriksson (2014) studerar mäns våld mot kvinnor och skriver att mannen i de flesta våldsbenägna relationer successivt krymper partners livsutrymme genom att utsätta kvinnan för upprepat våld. Med livsutrymmet menar man alltifrån den utsatta kvinnans åsikter, självkänsla till egna

intressen. Normaliseringsprocessen börjar oftast genom små begränsningar som varken den utsatta kvinnan eller anhöriga lägger märke till. Dessa begränsningar förskjuts och en svartsjuka som tidigare varit "ett bevis på kärlek" kan övergå till bland annat kontrollbehov och kritiserande kommentarer. Det fysiska våldet uppstår oftast efter en period av mannens nedbrytning av kvinnans livsutrymme. Ibland sker det fysiska våldet inte alls. Vanligtvis är det inte förrän efter uppbrottet som kvinnan kan se hur hennes livsutrymme gradvis förskjutits. Oftast är det växlingen mellan våld och värme som gör att det är svårt att lämna förhållandet. Genom att växla mellan att vara våldsamt, kontrollerande och aggressiv till att vara kärleksfull är det vanligt att kvinnan förstärker mannens goda egenskaper och målar upp en bild att han är bättre än vad han är. Kortfattat kan man beskriva normaliseringsprocessen som att kvinnans gränser successivt suddas ut och våldet blir en normal del av livet (Grände et al., 2014).

1.3 Våldets effekter

World Health Organization, WHO (2016) skriver att en av tre kvinnor i världen blivit utsatt för IPV. Våld mot kvinnor leder till både kort- och långsiktiga skador. Dessa kan bland annat vara sexuellt överförbara sjukdomar, oönskade graviditeter, missfall, depression, ätstörningar, sömnsvårigheter och i vissa fall självmordsförsök. IPV kan även ge symptom som huvudvärk, buksmärter, ryggsmärter och begränsad rörlighet relaterat till frakturer. Nationellt centrum för kvinnofrid, NCK (2014), jobbar med att förbättra kunskapen och omhändertagandet av kvinnor som blivit utsatt för våld. NCK undersökte kvinnor och mäns utsatthet för sexuellt, fysiskt och psykiskt våld och dess koppling till ohälsa. Studien visade bland annat att nästan hälften av kvinnorna varit utsatt för någon slags sexuellt våld eller trakasserier och 15 % bland männen. Vanligtvis var det den nuvarande partner som var förövaren vid allvarligare brott medan mindre allvarliga övergrepp ofta hade en okänd förövare. Endast 5 % av de våldsutsatta kvinnorna hade gjort en anmälan hos polisen. De skriver även att kvinnor som varit utsatta för våld har större risk att utveckla ett självskadebeteende samt ett missbruk. Hos våldsutsatta kvinnor i 56-74 årsåldern var det två till fyra gånger vanligare att få hjärtinfarkt än hos personer som inte varit utsatta.

1.4 Organisation och regelverk

Socialtjänstlagen (Svensk författningssamling, 2001:453) uttrycker hur en som blivit utsatt för IPV ska få stöd och hjälp för att kunna förändra sin situation. Socialstyrelsen (2015b) nämner även att IPV är ett allvarligt samhällsproblem och man påvisar hur viktigt det är att bland annat hälso- och sjukvården arbetar för att förebygga våldet men även för att tidigt upptäcka om någon utsätts för IPV (Socialstyrelsen, 2015b). Hälso- och sjukvården har ett ansvar att identifiera utsatta kvinnor genom att upptäcka våldet mot dem. Utöver identifieringen av våldet ska man även kunna ge ett bra och tryggt bemötande (Björck & Heimer, 2008).

1.5 Hälso- och sjukvården om våld i nära relationer

Förutom personen och omgivningens lidande är våldet kostsamt för samhället. Speciellt är kostnaderna höga för hälso- och sjukvården i form av vård på bland annat vårdcentraler och sjukhus men även kostnader i form av sjukskrivningar och läkemedel. Våldsoffer som inte upptäckts kan resultera i feldiagnostisering och fel behandling (Björck & Heimer, 2008). En tidigare studie visar också att kvinnor som blivit utsatta för IPV söker vård oftare än andra kvinnor. Detta bidrar till en ökad kostnad för hälso- och sjukvården om man inte som hälso- och sjukvårdspersonal uppmärksammar och hittar dessa kvinnor (Ulrich et al., 2003). Det är sällan kvinnor spontant berättar att dem är utsatta för våld. Förutom att man normaliserat våldet kan en anledning vara att våldsutsatthet är tabubelagt av samhället. En annan anledning att inte berätta kan vara att man är rädd att inte bli trodd eller att man inte ser några lösningar till våldet (Wendt, Enander, 2013).

Arkins, Begley & Higgins (2016) har sammanställt olika studier för att se hur effektivt det är med screening. Studiens screening innebar att man frågade alla kvinnor som sökte någon sorts vård om IPV. Detta gjordes på olika sätt, t.ex. genom att fråga sin patient eller att patienten fick svara på frågan i ett informationsblad. Resultatet visar att det är effektivt att fråga om IPV då det fanns en viss evidens att det upptäckts fler kvinnor som varit utsatta. Denna siffra är dock väldigt blygsam i jämförelse av hur många fall av IPV som finns.

Det kan finnas olika anledningar som påverkar hälso-och sjukvården att ställa frågan om våld. Socialstyrelsen (i.d) beskriver att några av dessa kan vara tidspress, bristande kunskaper samt personalens attityder kring ämnet. På grund av detta har socialstyrelsen en rekommendation att erbjuda all hälso-och sjukvårdspersonal utbildning inom detta område. Att ställa frågan om IPV är svårt och det bör göras med en viss försiktighet. Socialstyrelsen menar att vissa förutsättningar bör finnas för att kunna ställa just denna fråga. Dessa är att verksamheten ska ha en rutin för hur frågan ska ställas, att personalen fått utbildning i hur man ska fråga, att man har samtalet i en trygg miljö, och att man inger förtroende till patienten samt att man inom verksamheten har rutin på vart man senare kan hänvisa personen i fråga vidare, exempelvis till en annan verksamhet eller organisation. De skriver att en person som varit utsatt för våld inte alltid inser detta själv, dvs normaliseringsprocessen, och därför är det av stor vikt att personalen använder sig av tydliga ord när de talar om IPV, såsom att de benämner våldet som exempelvis knuffar eller slag i samtalet. Man bör lägga fokus på patientens upplevelse genom att exempelvis fråga, har du blivit rädd? Även direkta frågor kan ställas till patienten t.ex., känner du dig trygg där du bor nu eller jag ser att du har ett blåmärke på armen, hur har du fått det? Om man misstänker att en patient blivit utsatt för våld är det bra att avsätta tid för ett samtal med hen, då det kan vara smärtsamt att berätta för någon annan att man varit eller är utsatt för IPV. Ibland kan man också behöva hjälpa patienten att polisanmäla händelsen eller ta kontakt med en kurator vilket också kan ta lite längre tid (Socialstyrelsen, i.d).

1.6 Faktorer som påverkar

Som sjuksköterska är frågan om IPV inte alltid så lätt att ställa. Det finns många anledningar till varför en person som möter en våldsutsatt kvinna inte frågar om våld. Grände et al. (2014) nämner bland annat man är rädd att kränka kvinnan genom att fråga, är osäker hur man ska fråga och är rädd för att en situation som man inte vet hur man ska hantera kan uppstå. Tidsbrist, kommunikationssvårigheter och attityder nämns även som tänkbara orsaker. Grände et al. (2014) säger att kvinnor oftast inte tar illa upp av att bli tillfrågade utan istället tycker det är bra att frågan lyfts. De säger också att det är viktigt att man under samtalet när man frågar om våldet sitter enskilt med patienten och

att anhöriga inte är med. Genom att inte fråga riskerar man att våldsutsatta kvinnor har långa och frekventa sjukvårdskontakter utan att våldet upptäcks.

I en studie av Natan & Rais (2010) undersökte man sjuksköterskors kunskaper och attityder om våldsutsatta kvinnor i nära relationer. Hundra sjuksköterskor fick svara på en enkät där man bland annat frågade om deras attityder gentemot våld och hur deras kunskap i området var. Resultatet visade att 44 % inte hade fått någon utbildning om IPV. Den visade även att 64% av deltagarna oftast eller alltid frågade om IPV medan 36% inte frågade sina kvinnliga patienter. Studien visade också att 6 % av deltagarna kände att de skulle göra sina patienter upprörda om dem frågade. Studiens slutsats visade att sjuksköterskorna hade kunskap om IPV, men kände svårigheter att använda det i praktiken (Natan & Rais, 2010). En annan studie som gjordes på tre avdelningar på Södersjukhuset i Stockholm, visade att 51 % av sjuksköterskorna minst en gång ställt frågan om IPV till kvinnliga patienter under en tre månaders period (Lawoko, Sanz, Helström & Castrén, 2011).

En faktor som skulle kunna öka benägenheten till att fråga om IPV skulle vara att erbjuda utbildning inom ämnet i hela Sverige. Det gör att alla får den grundläggande kunskap som är viktigt för ett bra kvinnofridsarbete. Grände et al. (2014) föreslår att IPV ska bedrivas som ett kompetensområde på verksamheten där man har återkommande diskussioner inom ämnet. Det ska även finnas möjlighet för avlastning till en vårdpersonal som omhändertagit en våldsutsatt kvinna, t.ex. genom att få stöd av en kollega.

En faktor som kan påverka att ställa frågan är att ha frågan om IPV som standardfråga i ett inskrivningsformulär. En studie som gjordes i USA undersökte detta, ifall frågan om IPV ställs oftare ifall det exempelvis står med som en fråga i inskrivningsformuläret. Resultatet visade att 14% av vårdpersonalen ställer frågan om det finns med som en standardfråga. Det innebär att det fortfarande är många inom hälso- och sjukvården som avstår att ställa frågan (Thompson et al., 2000).

1.7 Att bli tillfrågad

Wendt och Enander (2013) beskriver hur kvinnor som blivit tillfrågade om IPV känner när de öppnat upp sig och talat om för vårdpersonalen att de blivit utsatta. De sammanfattar det med begreppet övergiven, men beskriver detta med känsla av besvikelse, försvårad dialog och utelämnade åtgärder från personalens sida. Kvinnorna som valt att berätta om våldet de blivit utsatta för kunde känna att personalen enbart frågade för att ställa frågan. De upplevde bland annat att personalen ställde stängda frågor, att man inte följde upp fallet och att de inte kom med förslag på åtgärder. De kvinnor som kände sig nöjda med sjukvården gällande denna fråga beskriver att de blev stöttade, att de blev avlastade, kände ökad självkänsla och blev beskyddade. Kvinnorna belyste att det kändes lättare för dem att prata med personalen när det t.ex. gick snabbt att boka in en akuttid eller att de kunde kontakta vårdpersonalen via telefon. Att kvinnorna hade olika uppfattningar angående sjukvårdspersonalens bemötande, kan bero på var i normaliseringsprocessen kvinnan befann sig, att man som individ vill bli bemött på olika sätt eller hur tidigare kontakt med sjukvården upplevts.

1.8 Teoretisk referensram kring sjuksköterskans roll

Många kvinnor som varit utsatta för IPV väljer att inte berätta eller som nämnt ovan, vet inte om att de är ett offer. Detta kan leda till att våldet är svårt att upptäcka.

Dorothea Orem (2001) beskriver i sin omvårdnadsteori att för att ha god hälsa och känna välbefinnande måste man må bra både fysiskt och psykiskt samt ha ett bra socialt nätverk. Dessa faktorer måste uppnås för att kunna ta hand om sig själv och sin egen hälsa. Om någon av dessa rubbas, exempelvis som vid IPV, kan en person ha svårt att åstadkomma god hälsa. Orem säger att om en person inte kan bibehålla en god hälsa är det sjuksköterskans ansvar att kompensera för det som personen inte kan klara av själv (Orem, 2001). Ett exempel är att personen inte självständigt kan säga eller förstå att man är utsatt för våld. Därför måste sjuksköterskan ansvara för att fråga personen om hen varit eller är utsatt för IPV för att hjälpa denne att förstå hur våldet kan te sig och dess normaliseringsprocess.

Sjuksköterskor har en viktig roll att upptäcka våldet då de är omvårdnadsansvariga och har en viktig roll i bemötandet (Svensk sjuksköterskeförening, 2010). Sjuksköterskor har även en frekvent kontakt med patienten till skillnad från exempelvis läkare. En av sjuksköterskans uppgifter är att delta i inskrivning av patienten och de har därav stora möjligheter att uppmärksamma eventuella våldsoffer. Heimer och Sandberg (2008) beskriver att det kan vara en god idé att ställa frågan om IPV rutinmässigt, då fler våldsutsatta upptäcks. De beskriver också vikten av att ha en handlingsplan på avdelningen, ifall man skulle träffa en patient som är utsatt för våld.

Med omvårdnad menas det att man ska främja hälsa, att patienten ska känna välbefinnande, lindra dess lidande samt att förebygga ohälsa. Patienten ska känna trygghet och respekt när man arbetar med omvårdnad. Lidandet är individuellt och olika människor upplever lidande i olika situationer i livet. Som sjuksköterska är det viktigt att bedriva en omvårdnad som lindrar lidandet. En del av lindrandet är att bekräfta patientens känslor. Detta kan leda till att patienten får en bättre inblick i sin situation och förstår den på ett nytt sätt (Svensk sjuksköterskeförening, 2010). Det är väsentligt att tidigt upptäcka kvinnor som varit utsatt för IPV. Det är en vanlig orsak att kvinnor som är utsatta söker vård för sin egen skull, men också sina barns. De ser inte alltid själva sambandet mellan sin ohälsa och våldet. Många kvinnor har till följd av våldet blivit isolerade från sitt sociala liv och det är ofta som hälso- och sjukvården är deras enda sociala kontakt. Detta innebär i sin tur att hälso- och sjukvården bär ett stort ansvar på sina axlar, att upptäcka dessa kvinnor, att vara noggranna med sekretessen samt att samtala med de kvinnor som man väl upptäckt. Därför är det viktigt att personalen har kunskap i ämnet och alltid ställer denna fråga rutinmässigt till personerna de kommer i kontakt med (Wendt & Enander, 2013).

1.9 Problemformulering

Vanliga symptom på IPV såsom buksmärta och frakturer kan göra att man behöver inleda en sjukvårdskontakt där man kommer i kontakt med en sjuksköterska (WHO, 2016). Sjuksköterskor kan uppmärksamma tecken på våld genom att ha information om dess konsekvenser. Våldet kan på så sätt upptäckas och därmed underlätta situationen för den

våldsutsatta kvinnan (NCK, i.d.b). Socialstyrelsen (i.d.) beskriver vikten av att få fortbildning i detta ämne och att ställa frågan om IPV, för att hitta patienter som blivit och är utsatta. Det kan vara smärtsamt för patienten att själv ta upp ämnet och därför är det viktigt att sjuksköterskor är utbildade inom ämnet för att kunna hjälpa patienten på bästa sätt. Tidigare nämnda studier har visat att sjuksköterskor anser att deras kunskaper inom området är bristfälliga samt att det blir en obekväm situation. Då sjuksköterskan har en viktig roll i vården och arbetar nära patienten är det av stor vikt att sjuksköterskor uppmärksammar om patienten blivit utsatt. På grund av detta finns det ett intresse att ta reda på hur ofta sjuksköterskor ställer frågan om IPV och hur de anser att sina kunskaper inom området är.

2. SYFTE

Syftet med denna kvantitativa studie var att undersöka sjuksköterskors rutiner samt upplevelser i mötet med kvinnor som varit utsatt för våld i nära relationer.

2.1 Frågeställningar

1. I vilken utsträckning har sjuksköterskor som rutin att fråga kvinnliga patienter om våld i nära relationer?
2. Vad påverkar sjuksköterskor att fråga eller inte fråga patienter om de upplevt våld i nära relationer?
3. Hur upplever sjuksköterskor att de vet hur man ska informera och bemöta en patient som upplevt våld i nära relation?
4. Föreligger det skillnader mellan sjuksköterskor som har utbildning i ämnet våld i nära relationer jämfört med de som inte har det, i deras frekvens av att fråga kvinnor om det blivit utsatta för våld i nära relationer?

3. METOD

3.1 Design

En kvantitativ tvärsnittsstudie gjordes. Data samlades in med hjälp av en enkätundersökning (Bilaga 2).

3.2 Urval

Inklusionskriterierna för studien var att man var legitimerad sjuksköterska på Akademiska sjukhuset i Uppsala och arbetade på kirurgisk akutvårdsavdelning (KAVA) eller Akutmottagningen. Det var totalt 71 sjuksköterskor som arbetade där. Dessa två avdelningar valdes för att få en bredd och variation på patienter, då dessa är inriktade på akutvård. När man utsätts för akut fysiskt skada är Akutmottagningen och KAVA vanligtvis platserna man hamnar på. Därför tillfrågades dessa två att delta i studien. Alla andra vårdavdelningar exkluderades. Detta gör att urvalet är ett icke-slumpmässigt bekvämlighetsurval.

3.3 Datainsamlingsmetod

En enkät utarbetades genom att modifiera en tidigare använd enkät inom samma ämnesområde (Lindgren, 2013). Enkäten bestod av både öppna-, slutna- och flervalsfrågor. Exempel på en öppen fråga var hur länge sjuksköterskan utövat sitt yrke, medan exempel på slutna frågor handlade om exempelvis kön (Bilaga 3). Enkäten hade många flervalsfrågor såsom, hur ofta en sjuksköterska frågade om IPV, vilka faktorer som påverkade att man frågade respektive inte frågade och hur mycket kunskap personen hade om IPV. Innan enkäten delades ut till KAVA och Akutmottagningen gavs den ut och besvarades av tre sjuksköterskor vid andra avdelningar. Detta för att förbättra validiteten av enkäten. Inga ändringar gjordes.

3.4 Tillvägagångssätt

KAVA och Akutmottagningen kontaktades via mejl. En ansökan om genomförande av studie gavs ut och fylldes i av verksamhetsansvarig på respektive avdelning. Enkäten lämnades ut i samråd med avdelningschef som informerade och påminde

sjuusköterskorna om studien. Enkäten (Bilaga 2), informationsbrev/samtyckesbrev (Bilaga 1) var tillgänglig på avdelningarna för sjuusköterskorna att besvara under en ledig stund, exempelvis lunchrasten under vecka 40-41. Det var 19 stycken enkäter som delades ut på KAVA och 60 stycken på Akutmottagningen. Totalt 46 enkäter var besvarade. Ett informationsbrev/samtyckesbrev (Bilaga 1) delades ut samtidigt som enkäten för att få deltagarens samtycke till studien. Efter enkäten blivit ifylld lades den i ett kuvert som sedan samlades ihop i en låda som placerats ut på avdelningarna. Deltagarna fick två veckor på sig att svara på enkäten. Efter dessa två veckor hämtade författarna lådorna med enkäterna. Inga påminnelser gjordes av författarna.

3.5 Bearbetning/Analys

Frågeställningarna ett till tre i studien redovisas genom deskriptiv statistik. Den fjärde frågeställningen besvarades med hjälp av Fisher's exakta test då detta test kunde användas vid få svar (Djurfeldt, Larsson & Stjärnhagen, 2010). Testet analyserades i dataprogrammet Statistical Packages for the Social Sciences (SPSS). Signifikansnivån sattes till $p < 0,05$. Frågeställning ett besvarades av fråga 6 i enkäten. Andra frågeställningen besvarades av fråga 5a, 5b, 7, 8 och 9. Tredje frågeställningen besvarades av 10a och 10b. Den fjärde och sista frågeställningen besvarades av fråga 4 och 6. Fråga 1, 2 och 3 gav information om vår urvalsgrupp

När svaren till fråga fyra i enkäten analyserades sammanslogs svarsalternativen till "ja man hade gått utbildning" och "nej man hade inte gått utbildning". Även fråga sexs svarsalternativ sammanslogs vid analysering. "Alltid och ofta" slogs samman till "ja" och "sällan och aldrig" slogs samman till "nej".

3.6 Forskningsetiska överväganden

De fyra grundläggande huvudkraven som finns för att skydda individen inom forskning uppfylldes. Dessa är informationskravet, samtyckeskravet, konfidentialitetskravet samt nyttjandekravet (Vetenskapsrådet, i.d). Forskning som innefattar människor får bara utföras om personen får information och samtycker till studien. Personen måste ha fått information om studien för att kunna ge ett samtycke (Codex, 2016). För att skydda individen var svaren i enkäten anonyma, frivilliga och man kunde avbryta sitt

medverkande när man ville under studiens gång. All insamlad data behandlades konfidentiellt. Innan studien utfördes inhämtades ett preliminärt godkännande från avdelningscheferna. För sjuksköterskorna som valde att delta i studien innebar det att de skulle kunna börja reflektera över sitt sätt att arbeta med att ställa frågan om IPV, detta kunde ha lett till att upprörande känslor kunde komma upp till ytan, dock överväger nyttan med studien detta. Då risken för upprörande känslor bedömdes som liten vidtogs inga åtgärder.

4. RESULTAT

4.1 Demografisk bakgrund

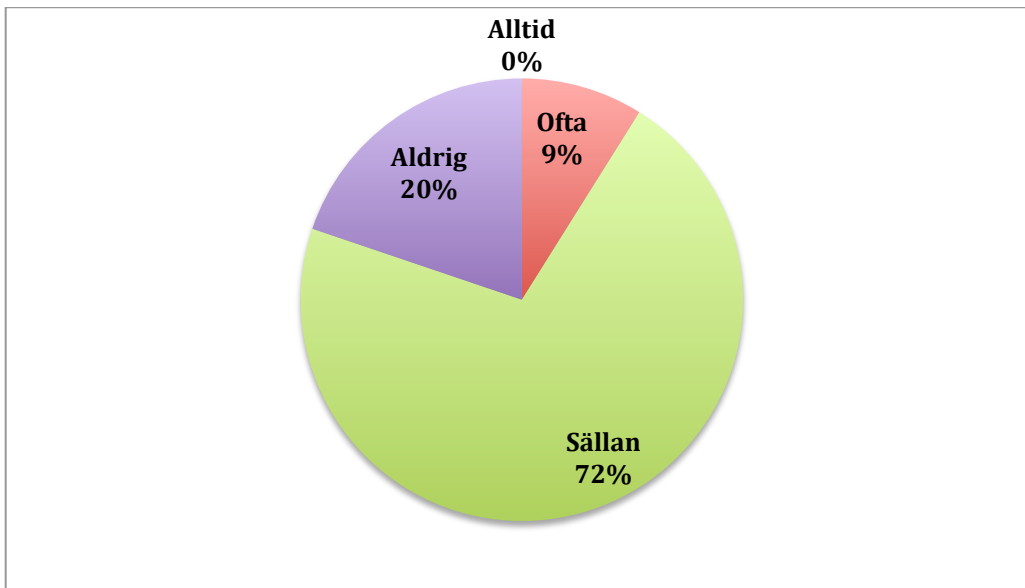
Deltagarna från avdelningarna hade en medelålder på 34 år (från 22-57 år). Medianvärdet var 30 år. Det var 72 % (n=33) av deltagarna som var kvinnor medan resterande 28 % (n=13) var män. De deltagande sjuksköterskorna hade i snitt varit verksamma som sjuksköterskor i fem år, där den minst erfarna deltagaren hade arbetat i en månad jämfört med den mest erfarna som arbetat i 30 år. Det var 74 % (n=14) av sjuksköterskorna på KAVA som deltog i studien och 62 % (n=32) från Akutmottagningen (Tabell 1).

Tabell 1. Svarefrekvens på deltagande avdelningar.

Sjuksköterskor vid vårdavdelningarna		
	Kava	Akuten
Verksamma sjuksköterskor	19	52
Besvarade enkäter	14	32
Svarefrekvens %	74%	62%

4.2 Sjuksköterskors benägenhet att fråga om våld i nära relationer

Det var 0 % (n=0) som svarade att de alltid frågade sina kvinnliga patienter om IPV. Endast fyra (9 %) av sjuksköterskorna hade som rutin att ofta ställa frågan om IPV till kvinnliga patienter (Figur 1). Drygt var femte person (n=9, 20 %) svarade att de aldrig frågar sina kvinnliga patienter om IPV medan majoriteten 72 % (n=33) svarade att de sällan ställer frågan.



Figur 1. I vilken utsträckning sjuksköterskor frågar kvinnliga patienter om våld i nära relationer (n=46).

4.3 Faktorer som påverkar att fråga eller inte fråga om våld i nära relationer

4.3.1 Faktorer som påverkar sjuksköterskor att inte ställa frågan om våld i nära relationer

Sjuksköterskorna fick svara på en flervalsfråga om vilka faktorer som påverkar dem att inte fråga om IPV till kvinnliga patienter. Det var 50 % (n=23) av dem som svarade att de inte frågade patienten på grund av att kvinnans anhörig var närvarande (Figur 2). Många angav även tidsbrist som en anledning (n=22, 48 %). Andra faktorer som också visade sig påverka att inte fråga om IPV var kommunikationssvårigheter (n=13, 28 %) och att man ansåg att det inte var relevant (n=16, 35 %). Det var 20 % (n=9) som inte visste hur man

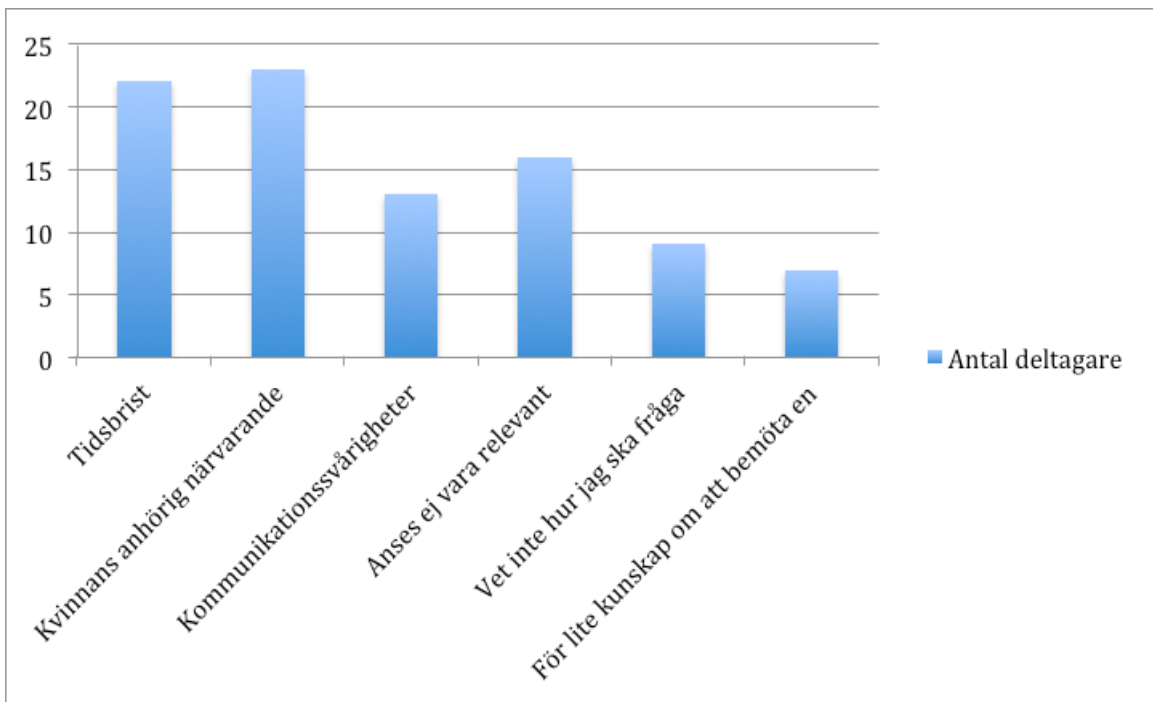
stälde frågan om IPV medan 15 % (n=7) ansåg sig ha för lite kunskap i hur man bemöter en utsatt kvinna.

Det var tio sjuksköterskor som valde alternativet *annat* där man kunde motivera sitt val. En sjuksköterska skrev att hen inte ställde frågan på grund av:

“Då ska jag vara beredd och ha tid att agera utefter svaret vilket jag inte har alla gånger. Därför undviker jag att fråga”

En annan sjuksköterska svarade:

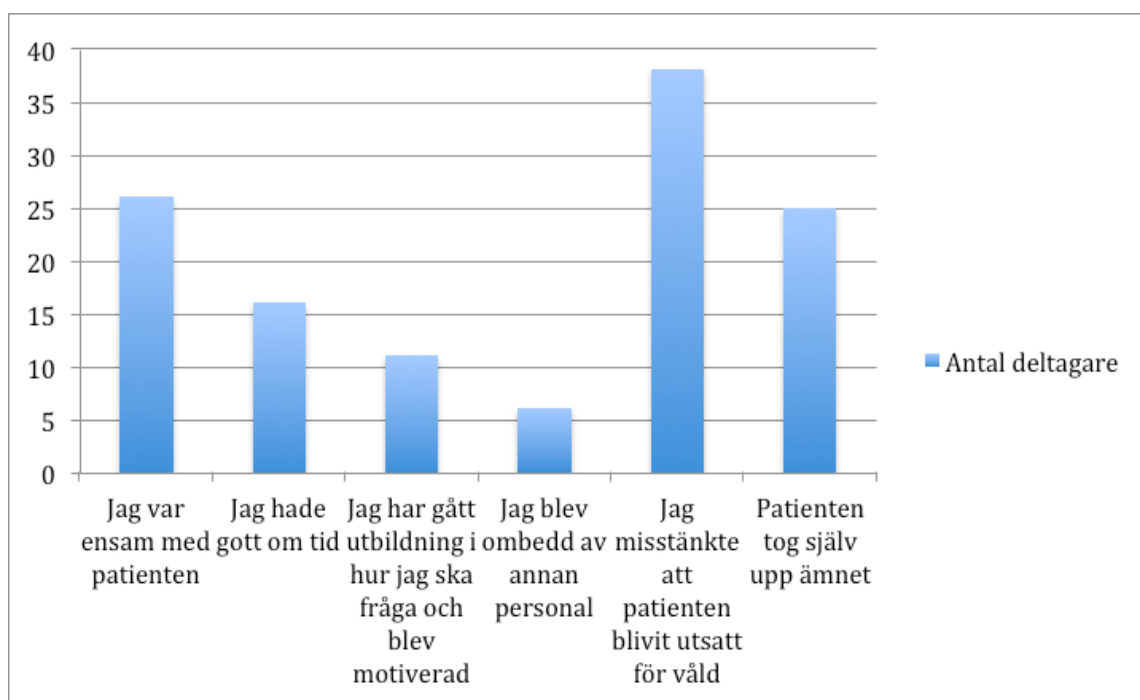
“Frågar endast om det är relevant till kontaktsak eller om kontaktsak är oklar”



Figur 2. Faktorer som påverkar sjuksköterskor att inte ställa frågan om våld i nära relationer (n=46).

4.3.2 Faktorer som påverkar sjuksköterskor att ställa frågan om våld i nära relationer

En faktor som kunde bidra till att fråga om IPV var om man misstänkte att en patient varit utsatt. Det var 83 % (n=38) som valde detta alternativet (Figur 3). Det var 13 % (n=6) som blivit ombedd av annan personal att ställa frågan. Det var 57 % (n=26) som svarade att de frågade på grund av att de var ensamma med patienten medan 54 % (n=25) uppgav att patienten själv tog upp ämnet innan de hann ställa frågan. Andra faktorer som påverkade sjuksköterskorna att fråga var att de hade gott om tid (35 %, n=16) medan 13% (n=6) sjuksköterskor svarade att de haft utbildning i ämnet och kände sig motiverade att fråga.



Figur 3. Faktorer som påverkar sjuksköterskor att ställa frågan om våld i nära relationer (n=46).

4.3.3 Faktorer som skulle öka sjuksköterskors benägenhet att ställa frågan om våld i nära relationer

Den främsta faktor till att öka frekvensen att fråga var enligt sjuksköterskorna att ha en fråga om IPV som en standardfråga i inskrivningsformuläret. Det var 22 % (n=10) stycken som svarade att det fanns en standardfråga om IPV i deras inskrivningsformulär

på avdelningen och några av dessa kommenterade att sökordet fanns i Cosmic. Endast de som svarat nej (78 %, n=36) på frågan om det fanns som standardfråga besvarade den följande frågan. Följdfrågan var om de lättare skulle kunna ställa frågan om IPV om den skulle finnas som standardfråga i inskrivningsformuläret. Det var 94 % (n=34) av sjuksköterskorna som svarade att de skulle vara lättare att fråga medan 6 % (n=2) personer svarade att det inte skulle vara till någon hjälp.

Andra faktorer som skulle kunna påverka var mer tid för patientkontakt, (50 %, n=23) (Tabell 2). Det var 39 % (n=18) sjuksköterskor som svarade att de ville ha mer utbildning i ämnet. Några sjuksköterskor kommenterade även:

“Plus avskild miljö om inskrivning på avdelning, svårt att fråga på flersal”

“Mer praktisk utbildning och handledning”

“Bättre tillgång till tolk”

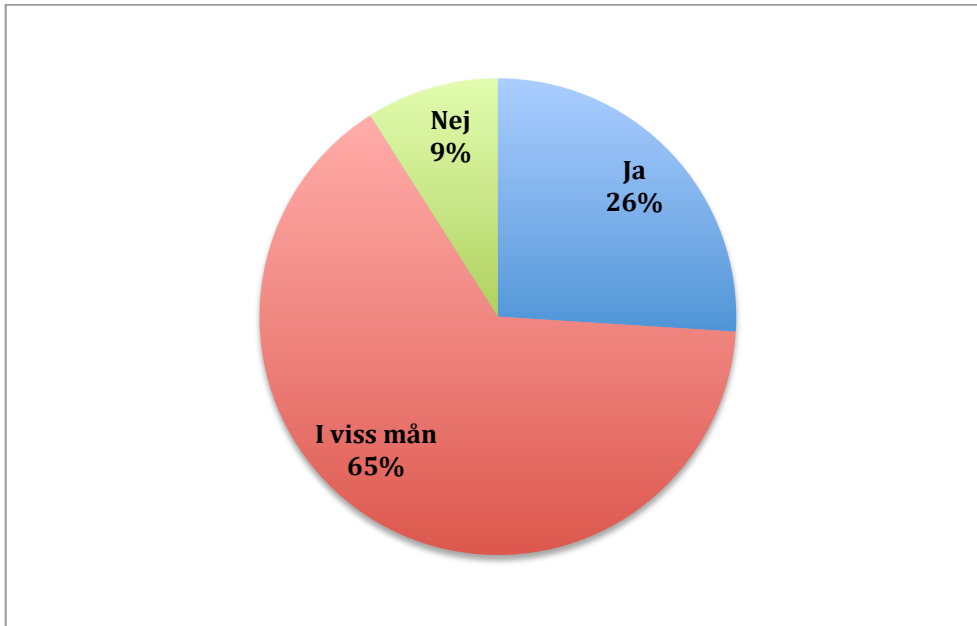
Tabell 2. Faktorer som skulle öka chansen att fråga om IPV.

Faktorer	Deltagare	%
Önskar att ha standardfråga i inskrivningsformuläret*	34	94 %
Mer tid för patientkontakt	23	50 %
Mer utbildning	18	39 %

Not: * Procenten avser andel av de som svarat att de inte har en fråga om IPV i inskrivningsformuläret n=36.

4.4 Bemötande och information till våldsutsatt patient

I frågan om hur sjuksköterskor kände att de kunde bemöta och informera patienten om det uppdagades att denna varit utsatt för IPV så svarade majoriteten (65 %, n=30) ja på frågan att de i viss mån visste vad de skulle göra (Figur 4). Det var 26 % (n=12) stycken som svarade att de visste hur de skulle agera medan 9 % (n=4) sjuksköterskor inte alls visste hur de skulle handla i mötet med en utsatt kvinnan.



Figur 4. Sjuksköterskors upplevelse av att de vet hur man ska informera och bemöta en patient som upplevt våld i nära relation (n=46).

4.5 Jämförelse mellan sjuksköterskor som har utbildning avseende frekvens att fråga

Det var 80 % (n=37) sjuksköterskor som uppgav att de hade haft fortbildning i ämnet IPV, antingen via grundsjuksköterskeutbildningen eller via arbetsplatsen. Utbildningsgraden varierade mycket, endast 7 % (n=3) stycken uppgav att de läst kurser på universitetsnivå om IPV. Det var 20 % (n=9) som uppgav att de inte haft någon utbildning i ämnet. Deltagarna fick även besvara frågan om de önskar mer utbildning om IPV. Det visade sig att 76 % (n=35) av sjuksköterskorna ville ha utbildning i IPV i större utsträckning. Resterande 24 % (n=11) sjuksköterskor upplevde att de inte behövdes.

En jämförelse gjordes mellan de som hade utbildning respektive de som inte hade utbildning inom ämnet, i deras frekvens att ställa frågan om IPV till kvinnliga patienter. Fisher's exakta statistiska analytestest genomfördes och visade att det inte fanns en signifikant skillnad mellan sjuksköterskor som fått utbildning inom IPV och de som inte fått det i avseende om de frågar mer frekvent om IPV hos kvinnliga patienter. $p=.595$, (Tabell 3).

Tabell 3. Skillnader mellan sjuksköterskor som har utbildning i ämnet våld i nära relationer jämfört med de som inte har det, i deras frekvens av att fråga kvinnor om de blivit utsatta för våld i nära relationer.

	Alltid/ofta	Sällan/aldrig	Totalt
Har gått utbildning	3 (7 %)	34 (74 %)	37 (80%)
Har inte gått utbildning	1 (2 %)	8 (17%)	9 (20%)
Totalt	4 (9 %)	42 (91 %)	46 (100%)

5. DISKUSSION

Utifrån studien framkom det att ingen av sjuksköterskorna hade som rutin att alltid fråga sina patienter om de varit utsatta för IPV. Resultatet från studien visade att majoriteten sällan eller aldrig frågade sina kvinnliga patienter om IPV. Hälften av deltagarna angav att kvinnans anhöriga var närvarande som orsak till att inte ställa frågan om IPV. Drygt hälften angav även tidsbrist som en bidragande orsak medan mer än en tredje del av sjuksköterskorna uppgav att de inte ansåg att det var relevant att fråga om IPV. Det var också drygt en tredjedel uppgav kommunikationssvårigheter som en orsak.

Resultatet visar att den största faktorn till att man troligtvis frågar om IPV är om man misstänkt att patienten varit utsatt för våld. Det framkom även i studien att nästan alla ville ha med en standardfråga om IPV i inskrivningsformuläret. Resultatet visar även att tre fjärdedelar av sjuksköterskorna önskar mer utbildning i ämnet. Det framkom även att två tredjedelar bara i viss mån vet hur man ska bemöta och hantera mötet med en utsatt kvinna.

5.1 Resultatdiskussion

5.1.1 Vikten av att ställa frågan om våld

Det är hälso- och sjukvårdens ansvar att upptäcka om någon är utsatt för IPV, samt kunna bemöta utsatta personer på ett professionellt och tryggt sätt (Björck & Heimer, 2008). IPV är ett allvarligt samhällsproblem och enligt Svensk författningssamling (2001:453) är det viktigt att våldet upptäcks tidigt och att personen som är utsatt får stöd och hjälp i sin situation. Socialstyrelsen (2015b) benämner även att det är viktigt att man inom hälso- och sjukvården arbetar för att förebygga våldet (Socialstyrelsen, 2015b). Resultatet i den gjorda studien visade att frågan om IPV inte ställs som rutin. Därav riskeras det att många utsatta kvinnor som behöver hjälp missas.

IPV är tyvärr väldigt vanligt, var tredje kvinna i världen har varit eller är utsatt för IPV (WHO, 2016). Då en utsatt person inte alltid upplever sig vara ett offer för IPV kan det vara svårt att självständigt be om hjälp. Normaliseringsprocessen innebär att våldet blir en del av kvinnans liv utan att hon kanske är medveten om det (Grände et al., 2014). Våldet kan även leda till bland annat självmordsförsök (WHO, 2016) och det är därför av stor vikt att sjuksköterskor tar sitt ansvar och ställer frågan om IPV till patienter. Att ingen deltagande sjuksköterska i den här studien har som rutin att alltid ställa frågan om IPV är oroväckande. Att en majoritet, 91 %, sällan eller aldrig ställer frågan bekräftar att detta är ett stort problem, vilket bidrar till att flera utsatta kvinnor inte får möjlighet till hjälpen de behöver och har rätt till. Sjuksköterskan ska blanda annat lindra lidande och främja hälsa (Svensk sjuksköterskeförening, 2010). Ställer man inte frågan om IPV riskerar man att patientens eventuella lidande fortsätter och kan på sätt inte hjälpa denne att främja sin hälsa. Det är därför av stor vikt att sjuksköterskor verkligen tar sig an ämnet och frågar om IPV.

5.1.2 Vikten av regelbunden utbildning

Buksamrutor är ett av de symtom utsatta kvinnor vanligen söker för (WHO, 2016). Denna typ av patient, som söker för (o)känd buksmärta, är vanlig både på Akutmottagningen och KAVA. Det är därför viktigt att personalen på dessa avdelningar vet hur man ska bemöta och fånga upp dessa patienter. En tidigare studie visar att kvinnor som är utsatta för IPV söker vård oftare än andra kvinnor och detta bidrar till en ökad belastning för

hälso- och sjukvården (Ulrich et al., 2003). I den här studien uppgav 65 % att de till viss mån vet hur man bemöter en utsatt kvinna. Mer än en fjärdedel frågade inte patienten om IPV då de ansåg att det inte var relevant. Detta är ett tydligt tecken på att personalen inte har tillräcklig kunskap om IPV och inte vet hur våldet kan te sig samt hur vanligt våldet är. Med mer utbildning skulle personalen veta att exempelvis normaliseringsprocessen som NCK (i.d.a) menar är en bidragande faktor till att den utsatta kvinnan inte ser sig själv som utsatt och att hon därför inte tar upp ämnet självmant. Det är därför av stor vikt att sjuksköterskor har som rutin att alltid fråga, även ifall dem själv anser att det inte är relevant.

Socialstyrelsen (i.d) säger att verksamheten bör ha som rutin för hur frågan om IPV ska ställas samt se till att personalen har adekvat utbildning i hur man ska fråga. En stor del av deltagarna i denna studie uppgav att de önskade mer utbildning inom ämnet. En av deltagarna i studien nämnde att hen önskade mer praktisk utbildning och handledning inom ämnet. En femtedel av deltagarna ansågs sig inte veta hur man ställer frågan om IPV och drygt en sjättedel upplevde att de hade för lite kunskap om IPV. Grände et al. (2014) beskriver att personal undviker att fråga om IPV då de är rädda för att kränka kvinnan. De nämner att man som personal är osäker på hur man ska fråga och hur man ska hantera en person som är utsatt. De säger också att de flesta kvinnor faktiskt inte tar illa upp om de blir tillfrågade. Björck & Heimer (2008) beskriver att de våldsoffer som inte upptäcks kan resultera i feldiagnostisering och därmed få fel behandling.

Det var fyra sjuksköterskor som sa att de ställde frågan om IPV ofta. Tre av dessa hade utbildning inom ämnet. Totalt har 37 av deltagarna gått utbildning i ämnet, trots detta frågar majoriteten sällan eller aldrig sina patienter om IPV. Resultatet kunde inte säkerställa att det fanns en signifikant skillnad mellan de två grupperna, de som hade utbildning och de som inte hade utbildning, i deras frekvens att ställa frågor om IPV till kvinnliga patienter. Resultatet bör därmed tolkas med försiktighet då urvalet och deltagarna var relativt få. Trots att det deskriptiva resultatet i denna studien inte visar att på att det föreligger en skillnad mellan de som har utbildning respektive inte har utbildning i deras frekvens att fråga om IPV bör frågan ställas. Socialstyrelsen (i.d) säger

som ovan nämnt att verksamheten ska erbjuda utbildning inom ämnet. Arkins et al. (2016) nämner också att om man frågar patienterna om våld så ökar chansen att upptäcka de som är utsatta för IPV.

Som tidigare nämnt varierande utbildningsgraden mycket. Vissa av deltagarna hade exempelvis en webbaserad utbildning som varade i ca 10 minuter medan andra hade ett fåtal föreläsningar inom ämnet under deras grundutbildning. Trots att resultatet visar att majoriteten har fått utbildning inom ämnet och ändå inte frågar om IPV, kan detta tyda på att utbildningen var för länge sedan eller/och för kortvarig. Personalen skulle behöva kontinuerlig utbildning i ämnet och hur man ska fråga. Avdelningarna borde även ha tydliga riktlinjer hur man ska ta hand om en person som blivit utsatt för att ge hen bästa möjliga bemötande och hjälp. Detta beskriver även Socialstyrelsen (2015b). Grände et al. (2014) säger att kunskap inom ämnet är viktigt för att kunna bedriva IPV som ett kompetensområde inom verksamheterna. De säger även att det är av stor vikt att ha återkommande diskussioner inom ämnet.

5.1.3 Anhöriga som är närvarande

I studien ansåg vissa av deltagarna att om anhöriga till kvinnan var närvarande vid inskrivningssamtalet var en av de orsaker som gjorde att de inte ställde frågan om IPV. Socialstyrelsen (i.d) säger att för att förbättra möjligheterna att upptäcka utsatta kvinnor är det viktigt att ställa frågan i en trygg miljö (Socialstyrelsen, i.d). Det är viktigt att kvinnans partner inte är närvarande när frågor om våld ställs (Grände et al., 2014), då det ofta är en anhörig som är brottsutövaren (FN, 2008.; Ali et., 2016). Bättre rutiner på avdelningen vid ankomstsamtal, exempelvis att dessa ska ske utan patientens anhöriga närvarande, skulle troligtvis öka chansen att sjuksköterskor skulle ställa frågan om IPV.

5.1.4 Våld i nära relationer som en standardfråga

En faktor som skulle öka personalens möjlighet till att fråga om IPV var att ha frågan som en standardfråga i inskrivningsformuläret. Resultatet från studien visade att de flesta upplever att det skulle vara lättare att ställa frågan ifall det fanns som rutinfråga i inskrivningsformuläret. En tidigare studie (Thompson et al., 2000) visade att fler sjuksköterskor ställer frågan om IPV när den finns som standardfråga vid inskrivningen.

Även Arkins et al. (2016) beskriver att man ökar chansen att hitta utsatta kvinnor om frågan om IPV ställs som rutin. Det är dock fortfarande många inom hälso-och sjukvården som inte ställer frågan.

Detta visar att hälso- och sjukvården bör förändra sina rutiner för att skapa bättre förutsättningar för personalen att ställa frågan om IPV. Resultaten visar att det är viktigt att förbättra rutiner bland annat vid inskrivningssamtal genom att vara tydliga med att dessa ska ske i enrum med patienten, ge personalen bra förutsättningar genom att ge mer tid för patienten, kontinuerlig utbildning, samt att ha frågan som en rutinfråga i inskrivningsformuläret. Heimer och Sandberg (2008) beskriver att om frågan ställs som en rutinfråga skulle det kunna göra att sjuksköterskorna oftare aktivt ställer frågan, vilket bidrar till att fler utsatta kvinnor upptäcks. Det skriver också att det bör finnas en handlingsplan att utgå ifrån om det bestäms på en avdelning att frågan ska ställas som en rutin.

5.1.5 Tidsbrist och patientkontakt

Resultatet i studien visar att tidsbrist är ett problem och att det medverkar till att frågan om IPV inte ställs. En deltagare skrev *“Då ska jag vara beredd och ha tid att agera utefter svaret vilket jag inte har alla gånger. Därför undviker jag att fråga”*. En tidigare studie beskriver att tidsbrist och attityder är tänkbara orsaker till varför en sjuksköterska väljer att inte ställa frågan om IPV (Grände et al., 2014). Socialstyrelsen (i.d) säger också att tidspress är en anledning till att inte fråga. De säger även att bristande kunskaper i ämnet samt personalens attityder påverkar. Därför rekommenderar de att all personal ska erbjudas utbildning om IPV.

Resultatet i denna studie visade att hälften av deltagarna önskade mer tid för patientkontakten och att det skulle bidra till att ställa frågan om IPV oftare. Det är allmänt känt att det råder en brist på sjuksköterskor inom vården vilket bidrar till tidspress. Grände et al. (2014) menar att tidsbrist är en av de anledningar som påverkar till att man inte ställer frågan om våld. Björck och Heimer (2008) beskriver dock vikten av att hälso-

och sjukvården identifierar de utsatta kvinnorna och bemöter dem på ett trygg och bra sätt (Björck & Heimer, 2008). Genom ökad tillgång av sjuksköterskor på arbetsplatsen samt bättre arbetsrutiner för att minska tidspress, skulle bättre förutsättningar för patientkontakten kunna ges och därmed öka chansen att våldsutsatta kvinnor upptäcks.

5.1.6 Kommunikationssvårigheter

Kommunikationssvårigheter uppgavs i studien som en bidragande orsak till svårigheter att ställa frågan om IPV. Grände et al. (2014) skriver att det kan vara svårt för vissa att prata om sin utsatthet. Detta kan exempelvis bero på olika kommunikativa anledningar som gör det svårt för patienten att förstå när sjuksköterskan frågar om våldet. Det kan både vara språksvårigheter men även neuropsykiatrisk funktionsnedsättning som gör det svårt att kommunicera om våldet på ett bra sätt (Grände et al., 2014). Då IPV är ett vanligt problem över hela världen (Ali et al., 2016) är det av stor vikt att sjuksköterskor ställer frågan om IPV till alla personer, trots ursprung och språkkunskaper.

En av deltagarna i studien uppgav att bättre tillgång till tolk skulle öka möjligheterna att fråga. Då Sverige är land med många nationaliteter kan kommunikationssvårigheter göra det problematiskt att ställa frågan samt informera om den hjälp man kan få. Ökad tillgång till tolk skulle underlätta för de inblandade. Det är viktigt att man inte använder närstående som tolk då, enligt Förenta Nationerna (2008), de kan vara brottsutövare.

5.1.7 Betydelsen av omvårdnad

Som sjuksköterska är det viktigt att man uppmärksammar våldet och patientens eventuella lidande. Det är viktigt att man som sjuksköterska främjar hälsan, förebygger ohälsa och lindrar lidandet. Orem (2001) förespråkar att patienten ska ha god hälsa och välbefinnande för att leva ett gott liv. Om patienten inte kan bibehålla god hälsa är det sjuksköterskans ansvar att hjälpa denne att återfå god hälsa genom att lindra lidandet samt förebygga ohälsan (Orem, 2001). Som tidigare nämnt finns det flera faktorer som gör att sjuksköterskor inte frågar om IPV och därav finns risken att många utsatta kvinnor inte får möjlighet till hjälp. Det är därför av stor vikt att sjuksköterskor ställer frågan om IPV för öka chansen att hjälpa en patient att förebygga ohälsa och få en god hälsa.

En utsatt patient kan uppleva lidande och det är en central roll för sjuksköterskan att lindra lidandet. Sjuksköterskan ska inge respekt och förtroende på ett sätt som gör att patienten känner sig trygg och vågar anförtro sig till sjuksköterskan. En del av lindrandet av lidandet är att bekräfta patientens situation (Svensk sjuksköterskeförening, 2010), det vill säga att man uppmärksammar våldet och informerar om dess effekter exempelvis genom att berätta om normaliseringsprocessen. I den här studien har det framkommit att det finns hinder i möjligheten för sjuksköterskor att utöva god omvårdnad, någonting som kan få konsekvenser för patienten.

5.2 Metoddiskussion

Studiens resultat bör tolkas med försiktighet relaterat till att urvalet inte är slumpmässigt. Det var dock 65 % av avdelningarnas sjuksköterskor som deltog. Resultatet för studien har tack vare högt deltagande intern validitet. Det finns ingen hög extern validitet för studien då resultatet inte är generaliserbart på hela sjukhuset och i Sverige. Urvalsgruppen var icke slumpmässig men representerade en variation och bredd då deltagarna i studien var både unga nyexaminerade och äldre erfarna sjuksköterskor. Att inte använda sig av ett icke slumpmässigt bekvämlighetsurval hade kunnat bidra till en större studie med fler avdelningar samt större svarsfrekvens. Detta hade kunnat ge ett mer generaliserbart resultat. Fördelen med studiens urvalsgrupp var att båda avdelningarna som deltog var inriktade på akutvård.

För att få ökad svarsfrekvens skulle enkäten varit tillgänglig för deltagarna under en längre period än två veckor. En liknande studie hade gjorts en vecka tidigare på en av avdelningarna, detta skulle kunna vara en bidragande orsak till att färre valde att delta. Att 46 sjuksköterskor ändå valde att svara på enkäten kan ha berott på att ämnet engagerar och berör samt att enkäten var snabb och enkel att genomföra. Även fast studiens ämne kan vara känsloladdat övervägde nyttan med studien detta. Förhoppningsvis kan studiens ämne engagera sjuksköterskor och få dem att reflektera över sitt eget sätt att arbeta och därmed möjligen förbättra rutiner och bemötande gällande våldsutsatta kvinnor.

Studien var en kvantitativ tvärsnittsstudie och fördelen med studiedesignen var att många sjuksköterskor på ett enkelt sätt kunde delta. Studiedesignen var även kostnadseffektiv och kunde ha gett ett generaliserbart resultat. Enkätfrågorna utformades utefter tidigare använda enkäter och testades av tre utom-stående sjuksköterskor för att styrka validiteten. En pilotstudie skulle vara nödvändig för att kunna stärka reliabiliteten och validiteten i större utsträckning.

För att kunna se en statistiskt signifikant skillnad hade en större svarsfrekvens samt tydligare skattning av utbildningsgrad behövts. Då urvalsgruppen inte var slumpmässig samt att få vårdavdelningar var representerade var något som begränsade denna studie. Vidare studier rekommenderas därför att fokusera på en större urvalsgrupp där fler sjuksköterskor blir erbjudna att delta. Intressant vore även att göra en studie efter att organisationerna gjort tydligare riktlinjer för IPV gällande exempelvis inskrivnings-samtal, inskrivningsformulär och handhavande av utsatta patienter.

6. SLUTSATS

Sjuksköterskorna i studien frågar i liten utsträckning sina kvinnliga patienter om IPV. Därmed missar de sannolikt flertalet utsatta kvinnor. En faktor som skulle öka chansen att sjuksköterskor frågar om IPV är att ha frågan som en standardfråga i ett inskrivningsformulär. Faktorer som också bidrar till att inte ställa frågan om våld är tidspress, kommunikationssvårigheter samt svårigheter att få tillgång till enskildhet. Sjuksköterskor upplever att de i viss mån vet hur de ska handha en utsatt kvinna fast önskar mer utbildning då många upplever att deras kunskap är bristfällig. Bättre rutiner på avdelningen vid ankomstsamtal, exempelvis att dessa ska ske utan patientens anhöriga närvarande, skulle troligtvis öka chansen att sjuksköterskor skulle ställa frågan om IPV. Förändrade arbetsrutiner som minskar tidspress i arbetet och mer utbildning om IPV kan möjligen också påverka att fler frågor om IPV ställs.

7. REFERENSLISTA

- Ali,P., McGary, J. & Dhingra, K. (2016). Identifying signs of intimate partner violence. *Emerg Nurse*, 23(9),25-9. doi: 10.7748/en.23.9.25.s25
- Arkins,B., Begley,C. & Higgins,A. (2016). Measures for screening for intimate partner violence: a systematic review , *J Psychiatr Ment Health Nurs*, 23(3-4),217-35. doi: 10.1111/jpm.12289
- Björck,A & Heimer, G. (2008) Hälso- och sjukvårdens ansvar i Heimer, G. & Sandberg, D. (red.) (2008). *Våldsutsatta kvinnor: samhällets ansvar*. (2., [rev.] uppl.) Lund: Studentlitteratur.
- CODEX. (2016) Informerat samtycke. Hämtat 30 maj 2016, från <http://www.codex.vr.se/manniska2.shtml>
- Djurfeldt, G., Larsson, R. & Stjärnhagen, O. (2010). Statistisk verktygslåda 1, Samhällsvetenskaplig orsaksanalys med kvantitativa metoder / [fackgranskning: Ulla Johnsson-Smaragdi och Björn Holmquist]. JOhanneshov: TPB
- Förenta Nationerna (2008). *Violence against women – assessing the situation in Jordan*. FN. Hämtad 1 september, 2016 från http://www.un.org/womenwatch/ianwge/taskforces/vaw/VAW_Jordan_baseline_assessment_final.pdf
- Graneheim, U.H. & Lundman, B. (2004). Qualitative content analysis in nursing research: concepts, procedures and measures to achieve trustworthiness. *Nurse Education Today*, 24, 105-112. doi:10.1016/j.nedt.2003.10.001
- Grände, J., Lundberg, L. & Eriksson, M. (2014). *I arbete med våldsutsatta kvinnor: handbok för yrkesverksamma*. (1. uppl.) Stockholm: Gothia.
- Heimer, G.M. & Sandberg, D. (red.) (2008). *Våldsutsatta kvinnor: samhällets ansvar*. (2., [rev.] uppl.) Lund: Studentlitteratur.
- Lawoko, S., Sanz, S., Helström, L. & Castrén, M. (2011). Screening for intimate partner violence against women in healthcare Sweden: *prevalence and determinants*. *International Scholarly Research Network Nursing 2011*(510692). doi:10.5402/2011/510692
- Lindgren, S.(2013). Sjuksköterskors rutiner att fråga patienter om våld i nära relationer. Uppsala: Uppsala universitet. Hämtad den 1 september, 2016 från: <http://uu.diva-portal.org/smash/get/diva2:685395/FULLTEXT01.pdf>

Natan MB., Rais. (2010), Knowledge and Attitudes of Nurses Regarding Domestic Violence and Their Effect on the Identification of Battered Women. *J Trauma Nurs*, 17(2),112-7. doi: 10.1097/JTN.0b013e3181e736db

Nationellt centrum för kvinnofrid (i.d.a) *Begrepp och definitioner A-Ö*. Uppsala: Nationellt centrum för kvinnofrid. Hämtad 20 december, 2016 från <http://nck.uu.se/kunskapsbanken/begrepp-a-/>

Nationellt centrum för kvinnofrid (i.d.b) *Information om nationellt centrum för kvinnofrid*. Uppsala: Nationellt centrum för kvinnofrid. Hämtad 30 maj, 2016 från http://www.nck.uu.se/Om_NCK/

Nationellt centrum för kvinnofrid (2016) *Våld i nära relationer*. Uppsala: Nationellt centrum för kvinnofrid. Hämtad 1 september, 2016 från http://www.nck.uu.se/kunskapscentrum/kunskapsbanken/amnen/vald_i_nara_relationer/vald_i_nara_relationer_ammesguide/

Nationellt centrum för kvinnofrid (2014) *VÅLD OCH HÄLSA, en befolkningsundersökning om kvinnors och mäns våldsutsatthet samt kopplingen till hälsa*. Uppsala: Nationellt centrum för kvinnofrid.

Orem, D. E. (2001). *Nursing Concepts of Practice*. (6:e uppl.). St. Louis: Mosby Inc.

SFS 2001:453. *Socialtjänstlagen*. Stockholm: Socialdepartementet. Hämtad 25 maj, 2016 från http://www.riksdagen.se/sv/dokument-lagar/dokument/svensk-forfattningssamling/socialtjanstlag-2001453_sfs-2001-453

Socialstyrelsen. (i.d.) Att upptäcka och ställa frågor om våld i nära relationer. Stockholm: Socialstyrelsen. Hämtad 25 maj, 2016 från <http://www.socialstyrelsen.se/valds-ochbrottsrelateradefragor/valdinararelationer/upptackavald>

Socialstyrelsen. (2015a). *Definition av våld och utsatthet i nära relationer*. Stockholm: Socialstyrelsen. Hämtad 25 maj, 2016 från <http://www.socialstyrelsen.se/valds-ochbrottsrelateradefragor/valdinararelationer/valdsutovare/definition>

Socialstyrelsen. (2011). *Patientsäkerhet*. Stockholm: Socialstyrelsen. Från http://www.socialstyrelsen.se/publikationer2011/2011-6-31/Documents/Tema_nr7.pdf

Socialstyrelsen. (2015b). *Våld: handbok om socialtjänstens och hälso- och sjukvårdens arbete med våld i nära relationer*. Stockholm: Socialstyrelsen. Från <http://www.socialstyrelsen.se/Lists/Artikelkatalog/Attachments/20252/2016-6-37.pdf>

Svensk sjuksköterskeförening. (2010). *Värdegrund för omvårdnad*. Stockholm: Svensk

sjuksköterskeföreläsning.

Thompson, R.S., Rivara, F.P., Thompson, D.C., Barlow, W.E., Sugg, N.K., Maiuro, R.D. & Rubanowice, D.M. (2000). Identification and management of domestic violence: a randomized trial. *American Journal of Preventive Medicine*, 19(4), 253-263.

Ulrich, Y. C., Cain, K. C., Sugg, N.K., Rivara, F.P., Rubanowice, D. M & Thompson, R. S (2003). Medical care utilization patterns in women with diagnosed domestic violence. *American Journal of Preventive Medicine* 24(1) 9-15.

Vetenskapsrådet. (i.d.). *Forskningsetiska principer*. Från <http://www.codex.vr.se/texts/HSFR.pdf>

Wendt, E. & Enander, V.(2013). *Övergivet eller stöttad?: våldsutsatta kvinnors erfarenhet av bemötande inom hälso- och sjukvården*. Göteborg: Västra Götalandsregionens kompetenscentrum om våld i nära relationer (VKV).

World Health Organization. (2016). *Violence against women - Intimate partner and sexual violence against women*, World Health Organisation. Hämtad 25 maj, 2016 från <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs239/en/>

BILAGA 1



UPPSALA
UNIVERSITET

Våld i nära relationer:

En kvantitativ studie om sjuksköterskors rutiner
i möte med utsatta kvinnor

Härmed tillfrågas Du, som legitimerad sjuksköterska att delta i denna studie. Vi är två sjuksköterskestudenter vid Uppsala universitet som under höstterminen 2016 kommer att skriva en C-uppsats. Syftet med vår studie är att undersöka i vilken utsträckning sjuksköterskor på olika vårdavdelningar frågar kvinnliga patienter om våld i nära relationer. Vi vill undersöka vilka faktorer som påverkar varför man väljer att fråga eller inte fråga en kvinnlig patient om hon varit utsatt för våld i nära relation. Vi vill också undersöka hur många som har utbildning inom ämnet. Våld i nära relationer är väldigt vanligt och utgör ett folkhälsoproblem i Sverige. Var tredje kvinna i världen har någon gång varit utsatt för våld i en nära relation. Det är viktigt att ha information och kunskap om ämnet så att man kan se tecken och upptäcka om någon är utsatt.

Om du vill delta i denna studie skulle ditt svar vara väldigt värdefullt. Enkäten är frivillig och dina svar kommer vara anonyma och för att ditt svar ska förbli konfidentiellt så önskar vi att du lägger ner enkäten i ett kuvert och sedan i lådan efter du svarat. Du får när som helst avbryta enkäten. Redovisningen av data kommer att ske på gruppnivå så att ingen individ kan identifieras. All insamlad data i form av enkäterna kommer att kasseras efter publikation och examination av examensarbete. Vid funderingar går det bra att höra av sig till oss

Vänligen,

Hanna Aronzon, 0708875400, Hanna.Aronzon.0508@student.uu.se

Maja Persson, 0727310313, Maja.persson.0129@student.uu.se

Annika.Ahs@pubcare.uu.se, Handledare

BILAGA 2

Våld i nära relationer:

En kvantitativ studie om sjuksköterskors rutiner i mötet med utsatta kvinnor

För att svara på frågorna kryssar man i ett alternativ eller svarar på den linjerade linjen.

1. Ange din ålder _____ år

2. Kvinna Man

3. Hur många år har du arbetat som sjuksköterska? _____ år

4. Har du fått någon utbildning/fortbildning avseende våld i nära relationer?

Ja, under sjuksköterskeutbildningen

Ja, via arbetsplatsen

Nej

Om ja, hur lång var utbildningen (timmar/dagar/veckor)?

5a. Finns det en fråga om våld i nära relationer med som standardfråga i inskrivningsformuläret på din avdelning?

Om svar ja, gå till fråga 6.

Ja Nej

5b. Tror du att du lättare skulle ställa frågan om våld i nära relationer om ni hade det som standardfråga på din avdelning?

Ja Nej

6. Hur ofta frågar du dina kvinnliga patienter om de någon gång utsatts för våld i en nära relation?

- Alltid
- Ofta
- Sällan
- Aldrig

7. Vilka faktorer påverkar dig att **inte fråga** om våld i nära relation i mötet med kvinnliga patienter (kryssa i alla alternativ som stämmer för dig)

- Tidsbrist
 - Kvinnans anhörig är närvarande
 - Kommunikationssvårigheter
 - Jag anser att det inte är relevant
 - Jag vet inte hur jag ska fråga
 - Jag har för lite kunskap om hur jag ska bemöta en utsatt kvinna
 - Jag frågar alltid
 - Annat, motivera gärna:
-
-

8. Vilka faktorer påverkar dig **att fråga** om våld i nära relation i mötet med kvinnliga patienter (kryssa i alla alternativ som stämmer för dig)

- Jag var ensam med patienten
 - Jag hade gott om tid
 - Jag har gått utbildning i hur jag ska fråga och blev då motiverad
 - Jag blev ombedd av annan personal att göra det
 - Jag misstänkte att patienten blivit utsatt för våld
 - Patienten tog själv upp ämnet
 - Jag frågar aldrig
 - Annat, vad?
-
-

9. Vad skulle göra att du frågade oftare om våld i nära relation bland kvinnor

- Mer tid för patientkontakten
 - Utbildning
 - Standardfråga i inskrivningsbladet
 - Jag frågar alltid oavsett
 - Annat
-
-

10a. Om det uppdagas att en kvinna är utsatt för våld, vet du hur du ska bemöta och informera patienten?

- Inte alls
- I viss mån
- Ja

10b. Skulle du vilja ha mer utbildning inom ämnet våld i nära relationer?

- Nej Ja

Tack för din medverkan!

