



UPPSALA
UNIVERSITET

Institutionen för folkhälso- och vårdvetenskap
Vårdvetenskap

Sjuksköterskors benägenhet att ställa frågor om våldsutsatthet till kvinnliga patienter inom primärvården

Författare:

Fanny Backström

Maria Holmberg

Handledare:

Camilla Norinder

Examinator:

Gunnel Larsson

Examensarbete i Vårdvetenskap 15 hp

Sjuksköterskeprogrammet 180 hp 2013

SAMMANFATTNING

Syfte: Att undersöka i vilken utsträckning sjuksköterskor på vårdcentraler ställer frågor om våldsutsatthet i nära relationer till kvinnliga patienter och vad som påverkar sjuksköterskornas ställningstagande till att fråga. **Metod:** Tvärsnittsstudie i form av en enkätundersökning. Sjuksköterskor (n=81) vid 11 vårdcentraler i ett mellansvenskt län besvarade en enkät med 13 frågor. Svarefrekvensen var 77 procent. **Resultat:** Sjuksköterskor inom primärvården frågar i liten utsträckning sina kvinnliga patienter om de utsatts för våld i en nära relation. Den vanligast angivna faktorn till att sjuksköterskan ställer frågor om våld var misstanke om våld. Inga statistiskt säkerställda skillnader påvisades mellan sjuksköterskors benägenhet att ställa frågor om våld och om de erhållit utbildning i ämnet eller inte. Inga statistiska skillnader kunde heller ses i jämförelsen mellan de som använde handlingsplan i det kliniska arbetet och de som inte gjorde det med benägenheten att ställa frågor. **Slutsats:** Sjuksköterskor inom primärvården frågar i liten utsträckning sina kvinnliga patienter om de utsatts för våld i nära relationer. Sjuksköterskor saknar tillräcklig utbildning inom ämnet och använder i liten utsträckning befintlig handlingsplan.

Nyckelord: våld i nära relationer, sjuksköterska, våld i nära relationer screening, primärvården.

ABSTRACT

Aim: To examine the extent to which nurses in primary health care ask questions about intimate partner violence to female patients and factors that influence nurses tendency to raise the question. **Method:** Cross-sectional study in the form of a survey. Nurses (n=81) at 11 primary health care clinics in a Swedish county answered a questionnaire with 13 questions. The response rate was 77 percent. **Result:** Nurses in primary health care clinics ask their female patients to a small extent if they have experienced violence in an intimate relationship. The most frequently mentioned factor to a nurse asking questions about violence was the suspicion of violence. No statistically significant differences were found between the nurses' tendency to ask questions about violence and whether they had received training on the subject or not. There were no statistical differences seen in the tendency to ask questions when looking at the comparison between those who used the action plan in their clinical work and those who did not. **Conclusion:** Nurses in health clinics ask, to a small extent, their female patients if they have experienced domestic violence. Nurses lack adequate training on the subject and only use existing action plans to a small extent.

Keywords: intimate partner violence, nurse, ipv screening, primary health care.

INNEHÅLL

INTRODUKTION	5
Problemformulering	9
Syfte	9
Frågeställningar	9
METOD	11
Design	11
Urval	11
Datainsamlingsmetod	11
Procedur	12
Bearbetning och analys	13
Etiska överväganden	13
RESULTAT	14
Benägenhet att ställa frågor om våldsutsatthet	14
Bidragande faktorer till att ställa samt att avstå från att ställa frågor om våldsutsatthet	15
<i>Faktorer till att ställa frågor</i>	15
<i>Faktorer till att avstå från att ställa frågor</i>	16
Tillvägagångssätt vid våld i en nära relation	17
Skillnader att ställa frågor om våldsutsatthet om handlingsplan används eller inte	18
Skillnader att ställa frågor om våldsutsatthet om fortbildning erhållits eller inte	18
DISKUSSION	20
Resultatdiskussion	20
Metoddiskussion	23
Slutsats	24
REFERENSER	25
Bilaga 1 ENKÄT	
Bilaga 2 INFORMATIONSBREV	

INTRODUKTION

Våldets utbredning

Enligt Nationellt centrum för kvinnofrid (NCK) innebär våld i nära relationer att våldsoffret har en nära relation och ofta starka emotionella band till förövaren. Dessa faktorer utgör ett hinder för motstånd och uppbrott (NCK, 2012). Enligt Brottsförebyggande rådet (Brå) definieras ”en nära relation” som att offer och gärningsperson är eller har varit gifta, har bott tillsammans under äktenskapsliknande förhållande eller har gemensamma barn utan att bo tillsammans (Friström, 2010). Förövarna är både män och kvinnor, i 97 procent av fallen är det dock en man som utövar våld mot en kvinna som han har eller har haft en nära relation till (NCK, 2012, Friström, 2010). Våld i nära relationer inträffar ofta hemma i offrets bostad och tenderar att bli grövre ju längre relationen pågår. Ju närmare relation brottsoffret och våldsutövaren har, desto mindre sannolikhet är det att kvinnan anmäler brottet till polisen. Mörkertalet är därför stort och Brå uppskattade år 2002 att endast 20-25 procent av fallen där kvinnan utsatts för våldsbrott i en nära relation kommer till polisens kännedom (Friström, 2010). I Sverige år 2011 polisanmälde 12 471 kvinnor att de blivit utsatta för misshandel i en nära relation. Den yttersta konsekvensen av våldet är dödsfall (NCK, 2012). Brå beräknar att varje år misshandlas cirka 17 kvinnor till döds av en man de har eller har haft en nära relation till (Friström, 2010).

Organisation och regelverk

För att i enlighet med § 2 c Hälso- och sjukvårdslagen (SFS 1982:763) kunna erbjuda god vård skall våld som orsak till sjukdom och ohälsa undersökas. Enligt Socialstyrelsens kompetensbeskrivning för legitimerad sjuksköterska (2005) har sjuksköterskan ett ansvar att uppmärksamma och handha situationer där våld eller risk för skada föreligger, samt att aktivt förebygga hälsorisker. NCK har i samarbete med Akademiska sjukhuset och Primärvården i Uppsala län utvecklat ett vårdprogram (Landstinget i Uppsala län, 2012a) som ska fungera som ett stöd vid omhändertagandet av kvinnliga patienter över 18 år som blivit utsatta för våld i en nära relation.

Skador vid våld i nära relation

Studier visar att våld mot kvinnor innebär en fysisk och psykisk påfrestning för den drabbade vars kropp ständigt är utsatt för stress i och med våldsutsattheten. Detta påverkar hälsan

negativt och kan leda till en rad fysiska och psykiska symtom som minskar kvinnans välbefinnande. Symtomen yttrar sig bland annat som gynekologiska och gastrointestinala besvär, problem från centrala nervsystemet som ryggvärk, huvudvärk och yrsel samt sjukdom relaterat till kronisk stress som hypertoni, bröstsmärta och sänkt immunförsvar (Campbell, 2002; Woods, Hall, Campbell & Angott, 2008). En kvinna som lever i en relation där hon utsätts för våld lider i större utsträckning än andra kvinnor av ångest, sömnsvårigheter, social dysfunktion och uppfyller oftare kriterierna för posttraumatiskt stressyndrom (PTSD) (Campbell 2002). Enligt en amerikansk studie som undersökt symtom som förekommer hos våldsutsatta kvinnor (n=157) uppfyllde 92,4 procent av kvinnorna kriterier för PTSD. Tre fjärdedelar av kvinnor som lever i våldsförhållande har sökt vård minst en gång de senaste nio månaderna för sina symtom (Woods et al., 2008).

Normaliseringsprocessen

Dynamiken i ett förhållande som innehåller våld präglas av en normaliseringsprocess som bland annat uppnås genom att gärningsmannen växlar mellan våld och värme. Genom upprepade kränkanden och maktutövanden krymper kvinnans självkänsla såväl som livsutrymme. Skulden för våldet läggs hos kvinnan och genom sina maktutövande handlingar får mannen kvinnan att tro att hon är orsaken till våldet. Detta i kombination med praktiska, sociala och ekonomiska orsaker leder till att uppbrottsprocessen försvåras. Kvinnan har därmed ofta svårt att ta sig ur förhållandet på egen hand (Nordborg, 2008).

Att bli tillfrågad

Forskning visar att kvinnliga patienter är positiva till att få frågor om våldsutsatthet i kontakten med sjukvården (Berglund & Stenson, 2010; Koziol-McLain, Giddings, Rameka & Fyfe, 2008). I en nya zeeländsk studie intervjuades kvinnor (n=36) som tillfrågats om sina erfarenheter av våld i nära relationer. Samtliga kvinnor uppgav att de känt sig väl bemötta och att sjuksköterskorna som ställt frågorna uppfattats som icke-dömande, vilket hade betydelse för kvinnornas val att svara (Koziol-McLain et al., 2008). Kvinnor som utsatts för våld i nära relationer behöver ett empatiskt bemötande från primärvårdens sida, som innefattar stöd angående den kliniska, psykiska, sociala och juridiska aspekterna (Joyner & Mash, 2011).

Att ställa frågor

I en amerikansk studie ökade vårdpersonalens (n=179) benägenhet att ställa frågor till sina kvinnliga patienter med 14,3 procent genom att bland annat införa standardiserade frågor om

våld i anamnesen (Thompson et al., 2000). Studier visar dock att det är många som avstår från att ställa frågor om våldsutsatthet inom sjukvården (Gutmanis, Beynon, Tutty, Wathen & MacMillan, 2007; Sundborg, Saleh-Stattin, Wändell & Törnkvist, 2012; Thompson et al., 2000; Zink, Regan, Goldenhar, Pabst & Rinto 2004). I en svensk studie undersöktes i vilken utsträckning vårdpersonal inom alla yrkesgrupper från kvinnoklinik, akutmottagning samt ambulansvård (n=168) vid ett större sjukhus ställde frågor om våld i nära relationer till sina kvinnliga patienter. Resultatet visade att 51 procent av studiedeltagarna vid något tillfälle hade ställt frågor om våld under de senaste tre månaderna (Lawoko, Sanz, Helström & Castrén, 2011). I en amerikansk kvalitativ studie (n=149) hade 86 procent av kvinnorna som upplevt misshandel i en nära relation sökt vård det senaste året, men endast 24 procent hade tillfrågats om våldsutsatthet (Willson et al., 2001).

Enligt en amerikansk studie (Zink et al., 2004) saknade 77 procent av läkare och sjuksköterskor i undersökningsgruppen (n=44) förståelse för symtom och åkommor som associeras med våld i nära relationer. I en australiensisk studie (Beccaria et al., in press) visades att sjuksköterskestudenter (n=58) från första, andra och tredje studieåret hade begränsade och stereotypa uppfattningar angående vad våld i nära relationer innebär samt förutfattade meningar kring vem som utövar våldet. Att inte förstå den komplicerade dynamik som präglar nära relationer där våld förekommer kan skapa frustration och förvirring hos vårdpersonal då våldsutsatta kvinnor ibland väljer att inte ta emot råd eller att inte lämna gärningsmannen (Beynon, Gutmanis, Tutty, Wathen & MacMillan, 2012). Resultatet från en åländsk studie av Häggblom, Hallberg och Möller (2005) (n=133) visar att sjuksköterskors bristande förståelse för våld i nära relationer leder till uppfattningar som att alkohol och droger är anledningen till fysiskt våld, att misshandel beror på att kvinnan har en hjälplös personlighet, eller att kvinnan naturligtvis skulle lämna mannen om hon ansåg att misshandeln var kränkande.

Enligt Furniss, McCaffrey, Parnell och Rovi (2007) (n=385) uppgav 20,2 procent av sjuksköterskorna i undersökningsgruppen att de inte känner sig bekväma med att ställa frågor om våldsutsatthet. Studier visar att hälso- och sjukvårdspersonal kan känna rädsla och frustration inför att ställa frågor om våldsutsatthet på grund av de inte anser sig ha tillräckligt med resurser att hjälpa kvinnan och saknar kunskap om vart de ska hänvisa kvinnan (Minsky-Kelly, Hamberger, Pape & Wolff, 2005; Sundborg et al., 2012; Waalen, Goodwin, Spitz,

Petersen & Saltzman, 2000). I en svensk studie (n=190) ansåg 86 procent av sjuksköterskor inom primärvården sig själva som oförberedda i bemötandet av dessa kvinnor. Resultatet visar även att det var sex gånger mer sannolikt att en sjuksköterska ställde frågor om våld till kvinnliga patienter om de kände sig tillräckligt förberedda och säkra i att ställa frågor i ämnet (Sundborg et al., 2012). Andra faktorer som framstår som hinder för vårdpersonal från att efterfråga våld i nära relationer är tidsbrist, svårigheter att få tala med kvinnan i enrum samt språkliga och kulturella svårigheter (Beynon et al., 2012; Furniss et al., 2007; Häggblom et al., 2005; Minsky-Kelly et al., 2005).

Utbildning och handlingsplan

Enligt NCK:s vårdprogram ska sjukvårdspersonal kunna identifiera fysiska skador vars angivna uppkomst inte stämmer överens med skadans utseende, sena effekter av våldet samt känna till varningstecken för våldsutsatthet. Det är viktigt med en god kommunikation mellan vårdpersonal och patienten, att ge möjlighet till att prata i enrum med patienten utan medföljande partner samt att erbjuda auktoriserad tolk vid behov. Kvinnan bör uppmuntras till att göra en polisanmälan och informera om samt erbjuda fortsatt stöd. Noggrann dokumentation är viktigt då det kan användas som bevis i en eventuell rättsprocess (Landstinget i Uppsala län, 2012a).

Studier visar att sjuksköterskor inte får tillräcklig utbildning angående våld i nära relationer (Beccaria et al., in press; Häggblom et al., 2005) och detta utgör ett hinder för vårdpersonal att ställa frågor i ämnet (Beynon et al., 2012; Furniss et al., 2007; Waalen et al., 2000; Zink et al., 2004). Utbildning, stöd från ledningen i form av handlingsplaner samt tydliga riktlinjer behövs för att personal skall ställa frågor och känna sig förberedda för ett adekvat bemötande av den våldsutsatta kvinnan (Beynon et al., 2012; Furniss et al., 2007; Sundborg et al., 2012; Waalen et al., 2000). Enligt Häggblom et al. (2005) kände endast 36 procent av åländska sjuksköterskor till att det fanns en nationell handlingsplan för omhändertagandet av våldsutsatta kvinnor. I Sundborg et al. (2012) studie använde endast fem procent av sjuksköterskorna i primärvården sig av den befintliga handlingsplanen.

Utbildningsbristen inom ämnet våld i nära relationer kan yttra sig genom att vårdpersonal inom primärvården rutinmässigt ställer frågor om våld till yngre patienter men inte till äldre (Zink et al., 2004). Enligt Sundborg et al. (2012) hade endast åtta procent av sjuksköterskorna

erhållits fortbildning inom ämnet på arbetsgivarens initiativ. Enligt Häggblom et al. (2005) efterfrågar sjuksköterskor framför allt kunskap gällande omhändertagandet av våldsutsatta kvinnor, samhällets stöd och resurser, våldets psykologiska påverkan, juridiska aspekter samt olika förklaringsmodeller av våld i nära relationer. Studier visar att vårdpersonal är positiva till fortbildning inom ämnet (Häggblom et al., 2005; Zink et al., 2004).

Problemformulering

NCK:s vårdprogram (Landstinget i Uppsala län, 2012a) ska vara känd bland vårdpersonalen samt en vägledning i verksamheten. Dock definieras inte vilken profession som ska ansvara för att frågor om våldsutsatthet ställs. Föreliggande studie är viktig för att kunna undersöka i vilken utsträckning sjuksköterskor inom primärvården frågar kvinnliga patienter om de utsatts för våld i nära relationer samt att identifiera faktorer som kan påverka deras benägenhet att fråga efter våldsutsatthet.

Syfte

Syftet är att undersöka i vilken utsträckning sjuksköterskor på vårdcentraler ställer frågor om våldsutsatthet i nära relationer till kvinnliga patienter, vilka anledningar som finns till att eventuellt avstå från att ställa frågor samt vad sjuksköterskor gör om det framkommer att en kvinna utsatts för våld i nära relationer. Syftet är även att undersöka om det föreligger skillnader mellan sjuksköterskors benägenhet att ställa frågor om våldsutsatthet beroende på om en handlingsplan gällande våld i nära relationer används eller inte, samt skillnader om sjuksköterskor har eller inte har fortbildning i ämnet våld i nära relationer.

Frågeställningar

1. I vilken utsträckning ställer sjuksköterskor frågor om våldsutsatthet till kvinnliga patienter på vårdcentraler?
2. Vilka faktorer kan bidra till att sjuksköterskor på vårdcentraler ställer frågor respektive avstår från att ställa frågor om våld?
3. Hur går sjuksköterskor på vårdcentraler tillväga när det framkommer att en kvinnlig patient utsatts för våld i en nära relation?

4. Föreligger det skillnader mellan sjuksköterskor på vårdcentralers benägenhet att ställa frågor om våldsutsatthet beroende på om en handlingsplan gällande våld i nära relationer används eller inte?

5. Föreligger det skillnader mellan sjuksköterskor på vårdcentraler som har fortbildning i ämnet våld i nära relationer jämfört med de som inte har det avseende deras benägenhet att ställa frågor om våldsutsatthet till kvinnliga patienter?

METOD

Design

Tvärsnittsstudie i form av en enkätundersökning.

Urval

Legitimerade sjuksköterskor vid ett bundet slumpmässigt urval av vårdcentraler inom ett län i Mellansverige utvaldes. Inklusionskriterierna var att studiedeltagarna skulle arbeta som legitimerade sjuksköterskor vid deltagande vårdcentraler inom Uppsala län.

Exklusionskriterier var övriga typer av verksamheter inom vårdcentralerna samt barnmorskor.

Totalt beräknades antalet studiedeltagare att vara 81 sjuksköterskor anställda vid 11 vårdcentraler. På vårdcentralerna arbetade mellan fyra och 14 sjuksköterskor vid tidpunkten för insamlandet av data. Sextiotvå (77 %) sjuksköterskor besvarade enkäten. De 23 procent som inte svarade på enkäten var antingen på semester, sjukskriven eller valde att inte medverka i studien. Medelåldern hos sjuksköterskorna som besvarade enkäten var 47 år (26-70 år). Femtioåtta var tillsvidareanställda, en hade vikariatjänst och tre var timanställda. Sextio (97 %) av studiedeltagarna var kvinnor och två (3 %) var män. Studiedeltagarna hade i genomsnitt arbetat 20 år (1-47 år) som sjuksköterskor. Drygt hälften av sjuksköterskorna (n=37) uppgav att de hade en specialistsjuksköterskeutbildning, varav flertalet (n=30) var distriktssköterska. Övriga specialistutbildningar som förekom var barn- och ungdom (n=5), anestesijukvård (n=2), intensivvård (n=2), kirurgisk vård (n=1), operationssjukvård (n=1) och medicin och kirurgi (n=4).

Datainsamlingsmetod

En enkät (bilaga 1) utarbetades genom att modifiera en beprövad enkät som använts i ett annat examensarbete inom samma ämnesområde (Persson och Tradefelt, 2012). Originalenkäten i nämnd studie bestod av 21 frågor med slutna och öppna svarsalternativ. Den aktuella modifierade enkäten bestod av 13 frågor som beräknades ta cirka fem minuter att besvara. Fråga 1 till 5 var bakgrundsfrågor som visade studiedeltagarens ålder, kön, anställningsform, antal år som legitimerad sjuksköterska samt eventuell specialistutbildning. Fråga 8, 9 och 10 i enkäten besvarade frågeställning ett som berörde i vilken utsträckning sjuksköterskor frågade om våldsutsatthet. Fråga 11 och 12 i enkäten besvarade frågeställning två som berörde anledningar till varför sjuksköterskor ställde respektive inte ställde frågor om

våldsutsatthet. Fråga 7 och 13 i enkäten besvarade frågeställning tre som berörde hur sjuksköterskor agerar om det framkom att en kvinna utsatts för våld. Frågeställning fyra, vilken undersökte om det förelåg skillnader mellan sjuksköterskors benägenhet att ställa frågor om våldsutsatthet beroende på om en handlingsplan gällande våld i nära relationer användes eller inte, användes fråga 7 och 8 i enkäten. För att undersöka om det förelåg skillnader mellan sjuksköterskor som hade fortbildning inom våld i nära relationer eller inte och benägenhet att fråga kvinnliga patienter om våld i nära relationer, vilket var frågeställning fem, användes fråga 6 och 8. Enkäten testades genom att tre legitimerade sjuksköterskor besvarade frågorna. Utifrån deras synpunkter lades det till svarsalternativ i fråga 13 i enkäten. För att bibehålla anonymiteten märktes varje ifyllt enkät med en siffra från 1-62 och förvarades på plats där endast studieförfattarna hade åtkomst. Efter publicering av studien i Digitala Vetenskapliga Arkivet (DiVa) förstördes all insamlad data.

Procedur

Alla primärvårdens vårdcentraler, 47 stycken, i Uppsala län, både landstingsägda och privata finns listade från A till Ö på Landstinget i Uppsala läns hemsida (2012b). Ett bundet slumpmässigt urval (Trost, 2001) från listan utfördes genom att en siffra mellan ett till tio lottades fram, vilket blev fyra. Därefter drogs den fjärde i förteckningen, den åttonde, den 12:e, den 16:e och så vidare, varvid 25 procent av samtliga vårdcentraler, sammanlagt 11 stycken, inkluderades vilket ansågs vara ett rimligt antal. I februari 2013 inhämtades tillstånd att genomföra studien hos respektive verksamhetschef. En av de tillfrågade vårdcentralerna tackade nej till att delta på grund av tidsbrist och två av de tillfrågade vårdcentralerna svarade inte på e-postkontakten. Ytterligare tre vårdcentraler lottades därför fram bland de återstående vårdcentralerna på listan (Landstinget i Uppsala län, 2012b). Utdelning av enkäter skedde under två veckor i februari och mars 2013. Enkäterna med tillhörande informationsbrev (bilaga 2) samt kuvert lämnades i receptionen på de 11 vårdcentralerna, för att därefter distribueras till sjuksköterskegruppen. Två vårdcentraler önskade en kortare information av studien genom ett möte med sjuksköterskorna, vid vilket studieförfattarna under cirka två minuter informerade om studiens syfte samt tillvägagångssätt och delade ut enkäter. De ifyllda enkäterna samlades in efter överenskommen tid med ansvarig för respektive sjuksköterskegrupp, vilket var cirka två veckor.

Bearbetning och analys

Frågeställning ett till tre redovisades genom deskriptiv statistik. För att besvara frågeställning fyra och fem användes Chi-2 test vid analys i datorprogrammet Statistical Packages for the Social Sciences (SPSS) (Polit & Beck, 2010). Signifikansnivån angavs till $p < 0,05$.

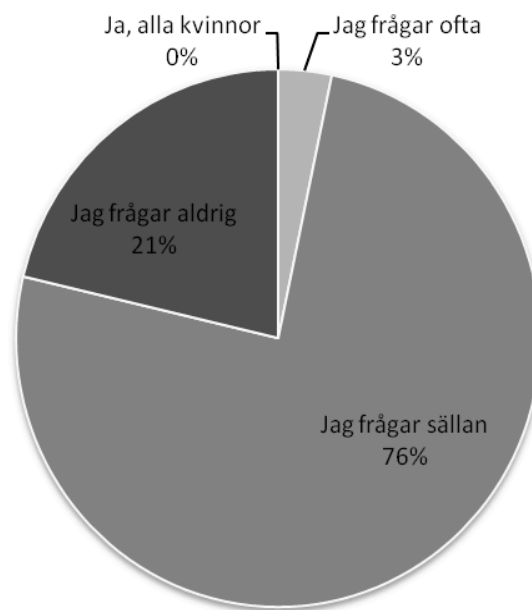
Etiska överväganden

Mäns våld mot kvinnor i nära relationer är ett känsligt ämne som väcker starka emotioner (Eliasson, 2008). Genom deltagande i denna studie gavs sjuksköterskor på de utvalda vårdcentralerna möjlighet att reflektera över sitt nuvarande agerande då det gäller att ställa frågor till kvinnliga patienter om våldsutsatthet, vilket kan väcka upprörande känslor. Sjuksköterskorna som deltog i studien fick ett informationsbrev i samband med enkäterna. Informationsbrevet gav information om studiens övergripande syfte, metod samt att allt deltagande var frivilligt och att all insamlad data behandlades konfidentiellt (Codex, 2012). Till varje enkät medföljde ett mindre kuvert i vilket sjuksköterskan efter besvarandet kunde placera den ifyllda enkäten med syfte att styrka anonymiteten.

RESULTAT

Benägenhet att ställa frågor om våldsutsatthet

Sjuksköterskor ställer sällan frågor om våld till kvinnliga patienter, se figur 1. Endast två av de 62 sjuksköterskorna som medverkade i studien uppgav att de ofta ställde sådana frågor. Femtionio sjuksköterskor svarade att de sällan eller aldrig ställde frågor om våldsutsatthet.



Figur 1. Sjuksköterskors benägenhet att ställa frågor om våld till kvinnliga patienter på vårdcentraler (n=61)

Sjuksköterskorna fick uppskatta hur många kvinnliga patienter de misstänkt varit utsatta för våld i en nära relation under de senaste tre månaderna. Vid nästföljande fråga fick deltagarna (n=62) uppskatta hur många de tillfrågat om våldsutsatthet de senaste tre månaderna. Var tredje sjuksköterska (31 %) hade någon eller flera gånger misstänkt att en kvinnlig patient blivit utsatt för våld i nära relation, se tabell 1. Trots detta var det endast 3 procent av sjuksköterskorna som ofta frågade om våldsutsatthet.

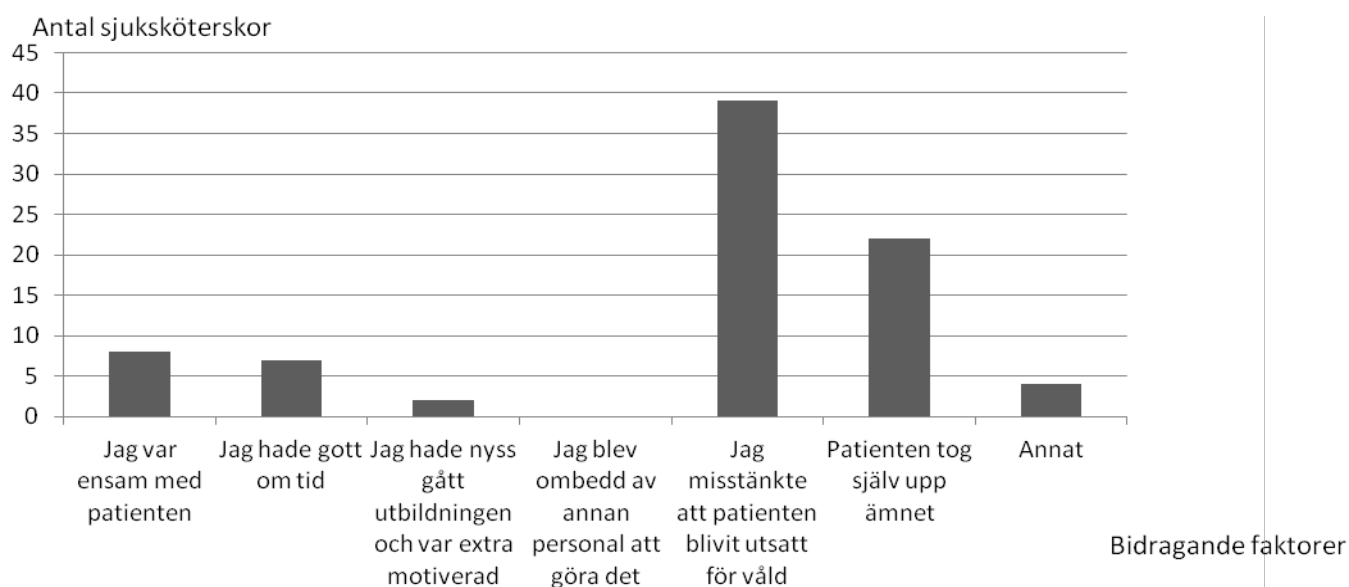
Tabell 1. Antal tillfällen sjuksköterskor misstänkt, respektive frågat kvinnliga patienter om våld (n=62)

Antal tillfällen	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Sjuksköterska misstänk våld	43	9	8	1	0	1	0	0	0	0	0
Sjuksköterska fråga om våld	44	9	7	1	0	0	0	0	0	0	1

Bidragande faktorer till att ställa samt att avstå från att ställa frågor om våldsutsatthet

Faktorer till att ställa frågor

Sjuksköterskorna fick ange faktorer som kunde bidra till att de ställde frågor om våld till sina kvinnliga patienter, se figur 2. 74 procent av respondenterna svarade på frågan och angav ett till fyra svarsalternativ. Det alternativ som angavs av flest sjuksköterskor som en bidragande faktor till att de ställer frågor var att de misstänkt att patienten blivit utsatt för våld.



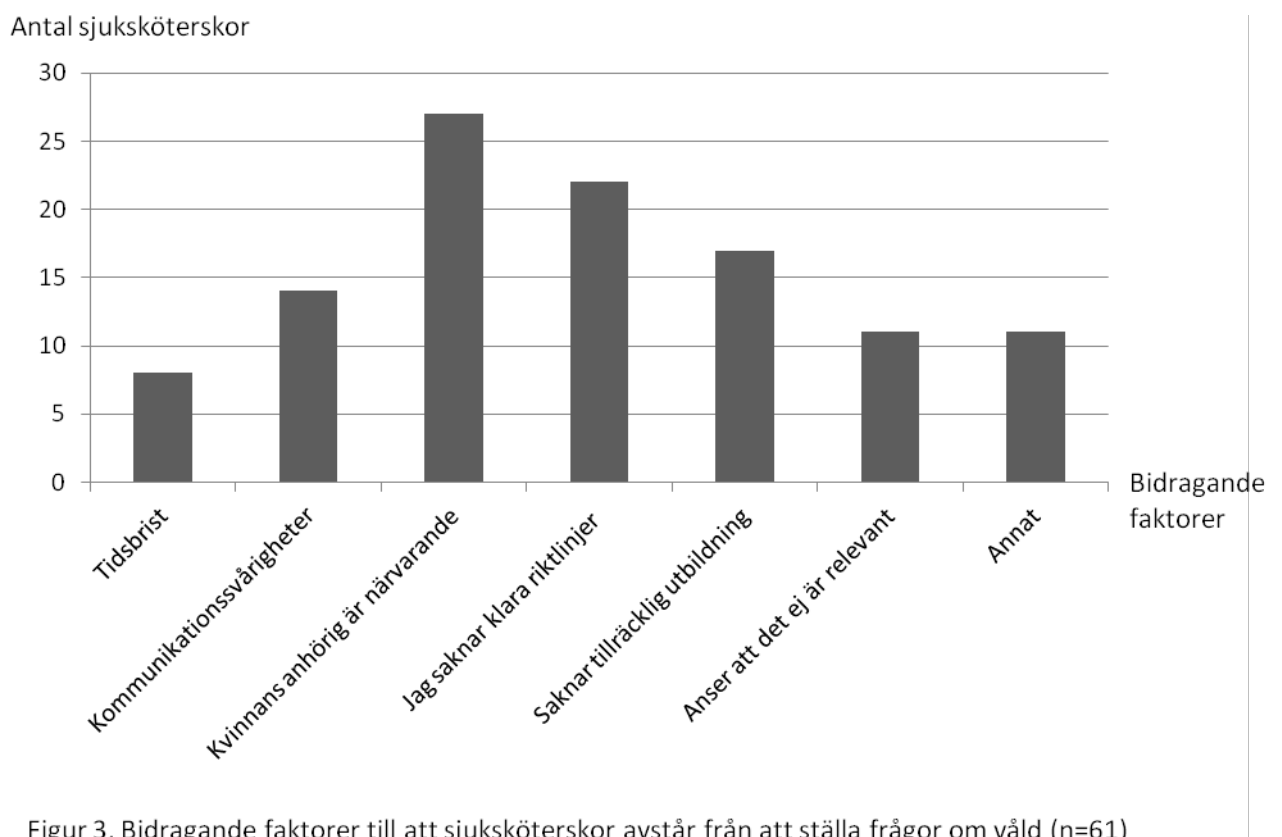
Figur 2. Faktorer som bidrar till att sjuksköterskor ställer frågor om våld (n=46) .

Under det öppna svarsalternativet ”annat” svarade två av fyra sjuksköterskor att en bidragande faktor till att ställa frågor om våld var synliga blåmärken på kvinnans kropp. En sjuksköterska svarade:

”Kan också vara på grund av att utesluta vid exempel blåmärken och kroppsliga skador även om ingen stark misstanke finns”

Faktorer till att avstå från att ställa frågor

Studiedeltagarna fick välja ett eller flera alternativ som hindrade dem från att ställa frågor om våldsutsatthet, se figur 3. Respondenterna angav ett till fem alternativ vardera. Den mest förekommande faktorn var att kvinnans anhörig var närvarande (44 %). Under svarsalternativet ”annat” hade de möjlighet att uppge ytterligare faktorer som upplevdes som hinder.



Figur 3. Bidragande faktorer till att sjuksköterskor avstår från att ställa frågor om våld (n=61)

Sjuksköterskorna angav andra skäl som hinder för att fråga om våld:

”Om kvinnan klart markerar att hon inte vill prata om det”

”Jag tycker att man frågar om man känner att man misstänker detta”

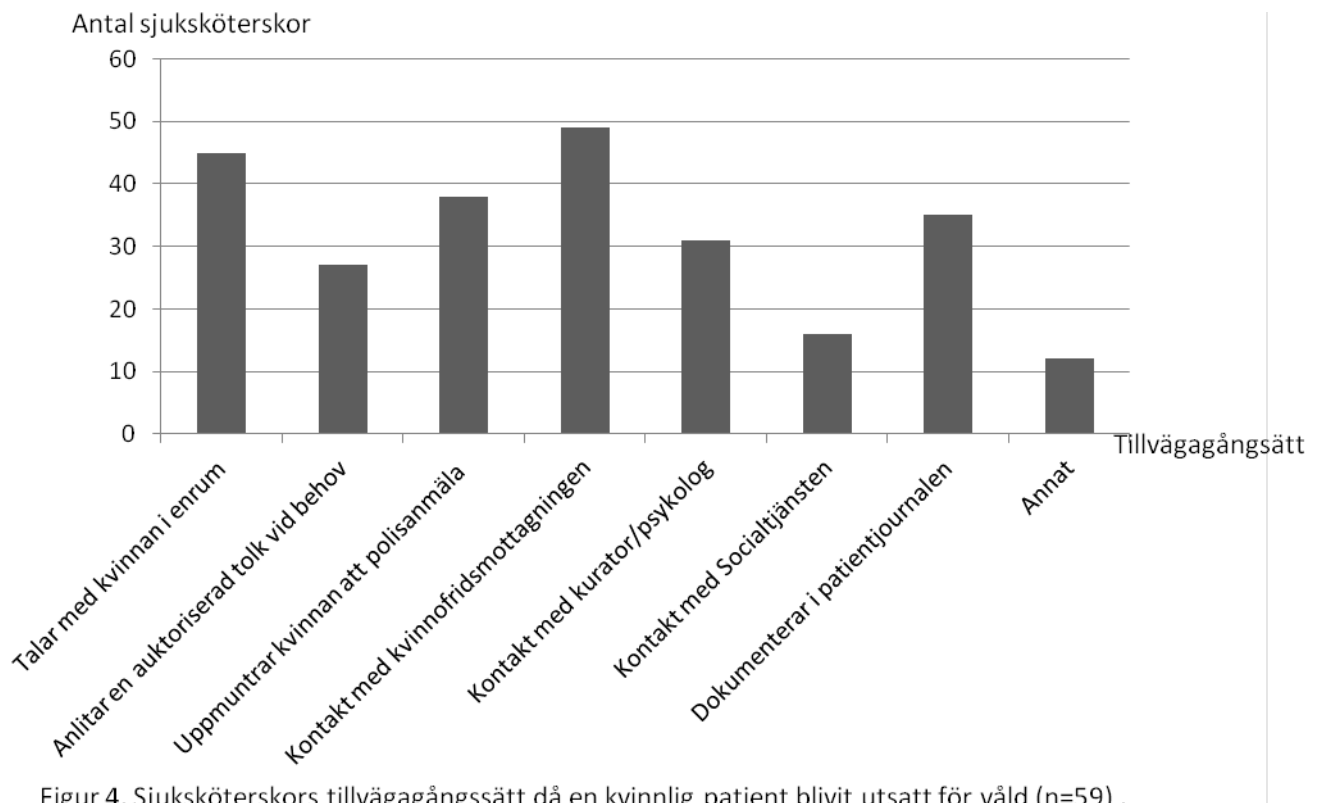
”Jag har faktiskt inte tänkt på det”

”Jag har tid, tar mig tid, när jag misstänker våld”

”Nej det finns inget som hindrar mig”

Tillvägagångssätt vid våld i en nära relation

Figur 4 visar hur sjuksköterskorna gick tillväga när det framkommer att en kvinnlig patient blivit utsatt för våld i en nära relation. Deltagarna kryssade i ett till åtta alternativ vardera.



Figur 4. Sjuksköterskors tillvägagångssätt då en kvinnlig patient blivit utsatt för våld (n=59) .

Under svarsalternativ ”annat” kunde de välja att formulera ytterligare tillvägagångssätt. Nio sjuksköterskor skrev eget formulerat svar under ”annat”. Av dessa uppgav majoriteten (n=7) att de hänvisar kvinnan till läkaren då det visats att kvinnan utsatts för våld i en nära relation.

Skillnader att ställa frågor om våldsutsatthet om handlingsplan används eller inte

En jämförelse avseende sjuksköterskors benägenhet att ställa frågor om våldsutsatthet gjordes mellan de sjuksköterskor som uppgett att de använde, respektive inte använde, en handlingsplan, se tabell 2. Åtta sjuksköterskor använde sig av en befintlig handlingsplan i det kliniska arbetet. Majoriteten, 54 stycken, använde sig inte av eller kände inte till någon handlingsplan. Resultatet visade att det inte förelåg någon statistisk skillnad mellan gruppernas benägenhet att ställa frågor om våld.

Tabell 2. Sjuksköterskors användande av handlingsplan och benägenhet att ställa frågor om våld. I tabellen presenteras frågor alltid/ofta som "ja", och frågor sällan/aldrig som "nej".

Svar	Ställer frågor om våld	Användning av handlingsplan
	n=61	n=62
Ja	2	8
Nej	59	54

p=0,576

Skillnader att ställa frågor om våldsutsatthet om fortbildning erhållits eller inte

15 sjuksköterskor (24 %) uppgav att de erhållit någon form av fortbildning inom ämnet våld i nära relationer, se tabell 3. Sjuksköterskorna angav en eller flera fortbildning i fritext. Dessa var Rikskvinnocentrum (n=9), NCK (n=2), kvinnojourer (n=4), fristående föreläsningar (n=1) och intern utbildningsplattform (n=3). En del angav längd på fortbildningen, det varierade från en halv dag till två dagars utbildning. En jämförelse gjordes mellan de sjuksköterskor som hade, respektive inte hade, erhållit fortbildning i ämnet avseende deras benägenhet att ställa frågor om våldsutsatthet till kvinnliga patienter. Det gick inte att se några statistiskt säkerställda skillnader mellan grupperna.

Tabell 3. Sjuksköterskors erhållning av utbildning och benägenhet att ställa frågor om våld. I tabellen presenteras frågor alltid/ofta som "ja", och frågor sällan/aldrig som "nej".

Svar	Ställer frågor om våld	Har fått utbildning om att ställa frågor om våld
	n=61	n=62
Ja	2	15
Nej	59	47

p=0,396

DISKUSSION

I föreliggande studie framkom att sjuksköterskor inom primärvården i liten utsträckning frågar sina kvinnliga patienter om de utsatts för våld i en nära relation. Den vanligast angivna faktorn till att sjuksköterskan ställer frågor om våld var misstanke om våld. När det uppdagas att en kvinnlig patient blivit utsatt för våld i en nära relation var den vanligast vidtagna åtgärden att sjuksköterskan erbjöd kvinnan kontakt med kvinnofridsmottagning. En fjärdedel av deltagarna uppgav att de erhållit någon form av utbildning i ämnet våld i nära relationer. Drygt en åttondel av sjuksköterskorna uppgav att de använde sig av en handlingsplan gällande våld i nära relationer. Inga statistiskt säkerställda skillnader påvisades mellan sjuksköterskors benägenhet att ställa frågor om våld och om de erhållit utbildning i ämnet eller inte. Inga statistiska skillnader kunde heller ses i jämförelsen mellan de som använde handlingsplan i det kliniska arbetet och de som inte gjorde det med benägenheten att ställa frågor.

Resultatdiskussion

Knappt en tredjedel (n=18) av studiedeltagarna uppgav att de vid något tillfälle de senaste tre månaderna ställt frågor om våld i nära relationer till sina kvinnliga patienter. Detta är lägre än vad tidigare studier har visat där hälften av vårdpersonalen frågat om våldsutsatthet under samma tidsperiod (Lawoko et al., 2011). Anledning till högre siffror i föregående studie kan vara att den mätningen gjordes inom mödra-, akut- och ambulanssjukvård. På dessa avdelningar kanske sjuksköterskan möter mer uppenbara fall av våldsutsatthet, där en kvinna till exempel kommer in med blåmärken eller en bruten arm. På vårdcentraler kan det tänkas komma in mindre uppenbara fall av våldsutsatthet, där kvinnan kanske söker för magsmärta eller huvudvärk. Näst intill alla sjuksköterskor (97 %) som deltog uppgav att de sällan eller aldrig ställer frågor om våld. Detta bekräftas i tidigare studier som visar att primärvården brister i identifikationen av kvinnor som utsatts för våld i en nära relation (Willson et al., 2001).

Sjuksköterskor inom primärvården har goda möjligheter att identifiera och stödja kvinnor som utsatts för våld i en nära relation, då kontinuiteten i vårdkontakten skapar förutsättningar för en god relation mellan patienten och sjuksköterskan (Tønnesen, 2010). Det är därför anmärkningsvärt att så få studiedeltagare uppger att de ställer frågor till sina kvinnliga patienter. Enligt Björck och Heimer (2008) söker ofta kvinnor som utsatts för våld i en nära relation hjälp inom sjukvården för såväl fysiska som psykiska symtom som direkt eller

indirekt orsakats av våld. Sjuksköterskor inom primärvården borde därför ta tillfället i akt och ställa frågor om våldsutsatthet till sina kvinnliga patienter i större utsträckning än vad de gör idag. För att sjuksköterskor i större uträkning ska upptäcka utsatta kvinnor har tidigare studier visat att de har stort behov av utbildning i ämnet samt tydliga riktlinjer (Beynon et al., 2012; Furniss et al., 2007; Sundborg et al., 2012; Waalen et al., 2000). Cirka en tredjedel av sjuksköterskorna i primärvården uppgav att avsaknaden av handlingsplan samt otillräcklig utbildning gör att de avstår från att ställa frågor om våld.

En fjärdedel av deltagarna uppgav att de erhållit någon form av fortbildning inom ämnet våld i nära relationer. Då de i fritext beskrev vad dessa fortbildningar bestod av blev det tydligt att fortbildningarna i samtliga fall var korta och bristfälliga. Tidigare studier har visat att det krävs relativt omfattande utbildning för att det ska ske bestående förändring i vårdpersonalens benägenhet att ställa frågor om våldsutsatthet (Thompson et al., 2000). Det krävs därmed kanske en större insats från ledningens sida med erbjudande av mer genomgripande utbildning för vårdpersonalen. Frånvaron av någon statistisk skillnad i deras benägenhet att ställa frågor om våld beroende på om de erhållit fortbildning i ämnet beror troligtvis på att fortbildningen inte var tillräckligt omfattande. Andra troliga orsaker kan vara att det var förhållandevis få sjuksköterskor som hade fortbildning (n=15) jämförelse med de som inte hade det (n=47), eller att lång tid förflutit sedan tidpunkten för fortbildningen.

En åttodel (n=8) av studiedeltagarna uppgav att de använde sig av en handlingsplan avseende hur berörd personal ska ta upp frågan om våld i nära relation i det kliniska arbetet. I en studie av Sundborg et al. (2012) var motsvarande siffra fem procent. Att sjuksköterskor i hög utsträckning saknar tydliga riktlinjer och inte använder sig av handlingsplan i mötet av våldsutsatta kvinnor är ett stort problem, individuellt såväl som organisatoriskt. Även här kan det behövas större insatser från ledningens sida där de implementerar handlingsplanen i det kliniska arbetet. Endast två av de åtta sjuksköterskor som använde handlingsplan hade ställt frågor om våld i nära relation till kvinnliga patienter under de senaste tre månaderna. Detta kan tyda på att handlingsplan som en faktor i sig inte räcker för att frågor skall ställas, utan kanske behövs i kombination med tillräckligt omfattande utbildning.

Den bidragande faktorn som angavs av flest sjuksköterskor till att ställa frågor om våldsutsatthet till kvinnliga patienter var att sjuksköterskan misstänkte våld (n=39). Trots

detta angav majoriteten (69 %) av studiedeltagarna att de inte vid något tillfälle misstänkt att en kvinnlig patient varit utsatt för våld i en nära relation under de senaste tre månaderna. Symtom som är en direkt eller indirekt konsekvens av våldet, såsom sömnsvårigheter och gastrointestinala besvär (Woods et al., 2008), väcker inte alltid misstanke om våld. Det kan därmed innebära att sjuksköterskor skulle misstänka fler våldsutsatta kvinnor om de får mer kunskap kring vilka symtom som kan visa tecken på våld. Att 71 procent angav att de under de senaste tre månaderna inte ställt frågor om våld i en nära relation till sina kvinnliga patienter kan kanske minska om fler sjuksköterskor vet när de ska väcka misstanke om våld.

Den näst vanligaste bidragande faktorn till att ställa frågor om våldsutsatthet var att patienten själv tog upp frågan (n=22). De starka band som ofta finns mellan offret och våldsutövaren gör dock att kvinnan kan ha svårt att ta upp ämnet på eget initiativ (Nordborg, 2008). Våld mot kvinnor är en känslig och komplicerad fråga. Enligt Minsky-Kelly et al. (2005) förekommer det att vårdpersonal så långt det är möjligt undviker att ställa frågor om våldsutsatthet till kvinnliga patienter. Faktorer som hindrade sjuksköterskorna att fråga om våld var, bortsett från brist på riktlinjer och utbildning, även tidsbrist, svårigheter att få tala med kvinnan i enrum samt kommunikationssvårigheter. Detta stämmer överens med tidigare studier (Beynon et al., 2012; Furniss et al., 2007; Häggblom et al., 2005; Minsky-Kelly et al., 2005).

Av de deltagare (n=9) som markerat alternativet ”annat” som svar på frågan hur de gör om det uppdagas att en kvinna blivit utsatt för våld uppgav majoriteten (n=7) att de hänvisar till läkaren. Detta kan vara ett tecken på att sjuksköterskor anser att våldsutsatta kvinnor är läkarens ansvar. Nästan en femtedel (n=11) av studiedeltagarna ansåg att det ej var relevant att ställa frågor om våld till sina kvinnliga patienter. Detta är oroväckande då det i högsta grad är relevant att ställa dessa frågor till kvinnor om de utsatts för våld i nära relation, då det kan innebära att kvinnan kan ta sig ur en destruktiv situation. Detta behöver inte betyda att dessa studiedeltagare inte ser våld i nära relation som ett problem, utan bara att de inte tror sig möta dessa kvinnor i sin dagliga verksamhet.

Då det i NCK:s vårdprogram (Landstinget i Uppsala län, 2012a) inte tydligt definieras vems ansvar det är att ställa frågor om våld är det risk för att ingen väljer att ta ansvar för att det blir gjort. Frågor om våldsutsatthet bör ingå i den medicinska anamnesen. Vårdpersonalen visar då bland annat att våld i nära relationer är ett hälsoproblem samt att personalen besitter

kompetens att hjälpa kvinnan (Berglund & Stenson, 2010). Standardiserade frågor om våldsutsatthet i anamnesen har visat sig öka vårdpersonalens benägenhet att ställa frågor (Thompson et al., 2000).

Metoddiskussion

Användningen av ett slumpmässigt urval stärkte undersökningresultatet då detta vanligtvis leder till att inklusionsgruppen i statistisk mening blir representativ (Trost, 2001). Stora och små vårdcentraler belägna i stadsmiljö och på landsbygden var representerade.

Enkätundersökningen fick ett i överlag positivt mottagande på vårdcentralerna. Flera studiedeltagare förmedlade att de tyckte att ämnet var angeläget.

Enkätfrågornas validitet och reliabilitet kunde inte styrkas då ingen pilotstudie genomfördes. Sjuksköterskornas benägenhet att ställa frågor om våld i nära relationer till sina kvinnliga patienter är inte mätbart enligt något mätinstrument. Enkäten efterfrågade sjuksköterskans subjektiva uppfattning om hur ofta hon eller han ställde frågor om våldsutsatthet. Det kan vara svårt att komma ihåg enskilda tillfällen under de senaste tre månaderna. Enkätfrågan om hur många patienter sjuksköterskan ställt frågor till om våld i nära relationer de senaste tre månaderna kunde ha kompletterats med en fråga om hur många patienter sjuksköterskan kommer i kontakt med under samma tidsperiod. Detta för att tydligare se i vilken utsträckning de ställer frågor om våld.

Svarsfrekvensen var 77 procent. Den höga svarsfrekvensen kan bland annat ha berott på att enkäterna tog kort tid att besvara, att de berörde ett ämne som ofta engagerar samt att enkäterna personligen delades ut till studiedeltagarna på respektive vårdcentral av ansvarig för sjuksköterskegruppen. Svarsfrekvensen kunde eventuellt blivit högre om enkäterna funnits på vårdcentralerna under en längre tid än en till två veckor.

Föreliggande enkätundersökning kunde inte påvisa några statistisk säkerställda skillnader mellan användandet av handlingsplan eller fortbildning avseende sjuksköterskor på vårdcentralers benägenhet att ställa frågor om våld i nära relationer. Vidare studier vore därför av värde för att närmare identifiera vad som krävs för att sjuksköterskor i högre utsträckning ska ställa frågor om våldsutsatthet till kvinnliga patienter. Vidare studier vore även av intresse

för att bestämma vilken profession inom primärvården som är bäst lämpad att ställa frågor om våld i nära relationer till kvinnliga patienter.

Slutsats

Sjuksköterskor inom primärvården frågar i liten utsträckning sina kvinnliga patienter om de utsatts för våld i nära relationer. Sjuksköterskor saknar tillräcklig utbildning inom ämnet och använder i liten utsträckning befintlig handlingsplan. Därmed går de troligtvis miste om tillfällen att identifiera och hjälpa kvinnliga patienter som utsatts för våld i nära relationer.

REFERENSER

Beccaria, G., Beccaria, L., Dawson, R., Gorman, D., Harris, J. A. & Hossain D. (in press). Nursing student's perceptions and understanding of intimate partner violence. *Nurse Education Today*, doi:10.1016/j.nedt.2012.08.004

Berglund, A. & Stenson, K. (2010). Att ställa frågan om våld. I A. Berglund (Red.). *Att fråga om våldsutsatthet som en del av anamnesen*. (ss. 19-29). Uppsala: Nationellt centrum för kvinnofrid.

Beynon, C., Gutmanis, I., Tutty, L., Wathen, C & MacMillan, H. (2012). Why physicians and nurses ask (or don't) about partner violence: a qualitative analysis. *BMC Public Health*, 12(473). doi:10.1186/1471-2458-12-473

Björck, A. & Heimer, G. (2008). Hälso- och sjukvårdens ansvar. I G. Heimer & D. Sandberg (Red.). *Våldsutsatta kvinnor – samhällets ansvar*. (2. uppl., ss. 111-156). Lund: Studentlitteratur.

Campbell, J. (2002). Health consequences of intimate partner violence. *The Lancet*, 359, 1331-1336.

Codex. (2011). *Forskning som involverar människan*. Uppsala: Codex. Hämtad 3 oktober, 2012, från <http://www.codex.uu.se/manniska2.shtml>

Eliasson, M. (2008). Att förstå mäns våld mot kvinnor. I G. Heimer & D. Sandberg (Red.). *Våldsutsatta kvinnor – samhällets ansvar*. (2. uppl., ss. 41-61). Lund: Studentlitteratur.

Friström, M. (2010). Aktuell brottsstatistik om mäns våld mot kvinnor. I A. Berglund (Red.). *Att fråga om våldsutsatthet som en del av anamnesen*. (ss. 75-84). Uppsala: Nationellt centrum för kvinnofrid.

Furniss, K., McCaffrey, M., Parnell, V. & Rovi, S. (2007). Nurses and Barriers to Screening for Intimate Partner Violence. *The American Journal of Maternal/Child Nursing*, 32(4). doi:10.1097/01.NMC.0000281964.45905.89

Gutmanis, I., Beynon, C., Tutty, L., Wathen, C.N. & MacMillan, H.L. (2007). Factors influencing identification of and response to intimate partner violence: a survey of physicians and nurses. *BioMedCentral Public Health*, 7(12). doi:10.1186/1471-2458-7-12

Hägglom, A.M., Hallberg, L.R. & Möller, A.R. (2005). Nurses' attitudes and practices towards abused women. *Nursing and Health Sciences*, 7(4), 235-242. doi:10.1111/j.1442-2018.2005.00242.x

Joyner, K. & Mash, R. (2011). The value of intervening for intimate partner violence in South African primary care: project evaluation. *BMJ Journal*, 1, 1-9. doi:10.1136/bmjopen-2011-000254

Koziol-McLain, J., Giddings, L., Rameka, M. & Fyfe, E. (2008). Intimate partner violence screening and brief intervention: Experiences of women in two New Zealand Health care settings. *Journal of Midwifery Womens Health*, 53(6), 504-510. doi:10.1016/j.jmwh.2008.06.002

Landstinget i Uppsala län. (2012a). Omhändertagande av kvinnor utsatta för våld i nära relation. Hämtad 1 februari, 2013, från <http://www.lul.se/Global/Extran%C3%A4t/V%C3%A5rdgivare/V%C3%A5rdprogram/V%C3%A5rdprogram%20Om%C3%A4ndertagande%20av%20kvinnor%20utsatta%20f%C3%B6r%20v%C3%A5ld%20i%20n%C3%A4ra%20relation%20%28pdf%292012-2014.pdf>

Landstinget i Uppsala län. (2012b). Alla vårdcentraler A-Ö. Uppsala: Landstinget i Uppsala län. Hämtad 9 januari, 2013, från <http://www.lul.se/Vard-halsa/Sjukvard/Primarvard/Alla-vardcentraler-A-O/>

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

Minsky-Kelly, D., Hamberger, K., Pape, D. & Wolff, M. (2005). We've had training, now what? Qualitative analysis of barriers to domestic violence screening and referral in a Health care setting. *Journal of Interpersonal Violence*. 20(10), 1288-1309. doi:10.1177/0886260505278861

Nationellt centrum för kvinnofrid (NCK). (2012). Information om Nationellt centrum för kvinnofrid. Uppsala: Uppsala universitet. Hämtad 3 oktober, 2012, från http://www.nck.uu.se/Kunskapscentrum/Kunskapsbanken/amnen/Vald_i_nara_relationer/

Nordborg, G. (2008). Våld i vardagen. I G. Heimer & D. Sandberg (Red.). *Våldsutsatta kvinnor – samhällets ansvar*. (2. uppl., ss. 63-87). Lund: Studentlitteratur.

Persson, R. & Tradefelt, K. (2012). *Sjuksköterskors följsamhet till riktlinjer för våldsutsatta kvinnor på akutmottagningar*. Examensarbete, grundnivå. Uppsala universitet, Institutionen för folkhälso- och vårdvetenskap. Hämtad 3 oktober, 2012, från <http://www.diva-portal.org/smash/record.jsf?searchId=1&pid=diva2:535300>

Polit, D.F. & Beck, C.T. (2010). *Essentials of nursing research: appraising evidence for nursing practice*. Philadelphia: Wolters Kluwer Health/Lippincott Williams & Wilkins.

SFS 1982:763. *Hälso-och sjukvårdslagen*. Stockholm: Socialdepartementet. Hämtat 22 april, 2013 från http://www.riksdagen.se/sv/Dokument-Lagar/Lagar/Svenskforfattningssamling/Halso--och-sjukvardslag-1982_sfs-1982-763/

Socialstyrelsen. (2005). *Kompetensbeskrivning för legitimerad sjuksköterska*. Stockholm: Socialstyrelsen. Hämtad 15 januari, 2013, från http://www.socialstyrelsen.se/Lists/Artikelkatalog/Attachments/9879/2005-105-1_20051052.pdf

Sundborg, E., Saleh-Stattin, N., Wändell P. & Törnkvist, P. (2012). Nurses' preparedness to care for women exposed to intimate partner violence: a quantitative study in primary health care. *BMC Nursing*, 11(1), doi:10.1186/1472-6955-11-1

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.

Trost, J. (2001). *Enkätboken*. Lund: Studentlitteratur.

Tönnesen, E. (2010) Frågor om våldsutsatthet ur primärvårdsperspektiv. I A. Berglund (Red.). *Att fråga om våldsutsatthet som en del av anamnesen.* (ss. 113-117). Uppsala: Nationellt centrum för kvinnofrid.

Waalén, J., Goodwin, M., Spitz, A., Petersen, R. & Saltzman, L. (2000). Screening for intimate partner violence by Health care providers: barriers and interventions. *American Journal of Preventive Medicine*, 19(4), 230-237

Willson, P., Cesario, S., Fredland, N., Walsh, T., McFarlane, J., Gist, J., Malecha, A. & Schultz, P. (2001). Primary healthcare provider's lost opportunity to help abused women. *Journal of the American Academy of Nurse Practitioners*. 13(12), 565-570.

Woods, S.J., Hall, R.J., Campbell, J.C. & Angott, D.M. (2008). Physical health and posttraumatic stress disorder symptoms in women experiencing intimate partner violence. *Journal of Midwifery & Women's Health*, 53(6), 538–546. doi:10.1016/j.jmwh.2008.07.004

Zink, T., Regan, S., Goldenhar, L., Pabst, S. & Rinto, B. (2004). Intimate partner violence: what are physicians' perceptions? *Journal of the American Board of Family Practice*, 17(5), 332-340

Bilaga 1 ENKÄT

Enkät om erfarenheter och rutiner vid handläggningen av vården för våldsutsatta kvinnor.

1. Ange din ålder _____

2. Ange ditt kön _____

3. Ange din anställningsform

- a) Tillsvidareanställning
- b) Vikarietjänst
- c) Timanställning

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

5. Har du någon specialistsjuksköterskeutbildning?

Ja/Nej

Om ja, vilken/vilka? _____

6. Har du fått någon vidareutbildning/fördjupningskurs avseende våldsutsatta kvinnor/våld i nära relationer?

Ja/Nej

Om ja, Vad för utbildning har du gått? _____

7. Känner du till om vårdcentralen där du arbetar har någon handlingsplan för hur berörd personal ska ta upp frågan om våld i nära relation?

Ja/Nej

Om ja, används handlingsplanen i det kliniska arbetet?

Ja/Nej

8. Frågar du dina kvinnliga patienter om de någon gång utsatts för våld i en nära relation?

Markera ett svarsalternativ.

- a) Ja, alla kvinnor
- b) Jag frågar ofta
- c) Jag frågar sällan
- d) Jag frågar aldrig

9. Uppskattningsvis, hur många kvinnliga patienter har du misstänkt varit utsatt för våld i en nära relation under de senaste tre månaderna?

Cirka _____st.

10. Uppskattningsvis, hur många kvinnliga patienter har du frågat du om våld i en nära relation under de senaste tre månaderna?

Cirka _____st.

11. Om du frågar om våldsutsatthet, vilka faktorer har bidragit till att du gjort det?

Markera ett eller flera svarsalternativ.

- a) Jag var ensam med patienten
 - b) Jag hade gott om tid
 - c) Jag har nyss gått utbildningen och var extra motiverad
 - d) Jag blev ombedd av annan personal att göra det
 - e) Jag misstänkte att patienten blivit utsatt för våld
 - f) Patienten tog själv upp ämnet
 - g) Annat, vad? _____
-

12. Finns det något som hindrar dig från att ställa frågor om våld i nära relation?

Markera ett eller flera svarsalternativ.

- a) Tidsbrist
- b) Kommunikationssvårigheter
- c) Kvinnans anhörig/anhöriga är närvarande
- d) Jag saknar klara riktlinjer för hur jag ska ta upp frågan
- e) Jag anser att jag inte har tillräcklig utbildning
- f) Jag anser att det ej är relevant
- g) Annat, vad? _____

13. Om det uppdagas att en kvinna är utsatt för våld... Hur gör du då?

Markera ett eller flera svarsalternativ.

- a) Talar med kvinnan i enrum
- b) Anlitar en auktoriserad tolk vid behov
- c) Uppmuntrar kvinnan att polisanmäla händelsen
- d) Erbjuder du kvinnan kontakt med kvinnofridsmottagningen
- e) Initierar kontakt med kurator/psykolog
- f) Hjälper kvinnan att komma i kontakt med Socialtjänsten
- g) Dokumenterar i patientjournalen
- h) Annat, vad? _____

Tack för din medverkan!

Bilaga 2 INFORMATIONSBREV



UPPSALA
UNIVERSITET

Institutionen för folkhälso- och vårdvetenskap

Vårdvetenskap

Sjuksköterskeprogrammet 180 hp

INFORMATIONSBREV

Till Dig som är sjuksköterska vid vårdcentral

Vi är två studenter på sjuksköterskeprogrammet vid Uppsala universitet som under vårterminen 2013 skriver C-uppsats i vårdvetenskap. Det övergripande syftet med uppsatsen är att undersöka i vilken utsträckning sjuksköterskor på vårdcentral i Uppsala län rutinmässigt ställer frågor om våldutsatthet till kvinnliga patienter. Studien genomförs på slumpmässigt utvalda vårdcentraler i Uppsala län.

För att undersöka detta önskar vi att Du under ett arbetspass fyller i den medföljande enkäten och därefter lägger den i ett kuvert. Deltagande i studien är frivilligt och Du deltar anonymt. Frågeformuläret tar cirka fem minuter att fylla i, var vänlig fyll i enkäten så noga som möjligt. Redovisning av studien sker på gruppnivå så att ingen enskild person kan identifieras. Uppsatsen presenteras i form av ett examensarbete som i maj 2013 kommer att publiceras på <http://www.diva-portal.org>.

Med vänliga hälsningar,

Fanny Backström: 073-528 44 42, fanny.backstrom.5778@student.uu.se

Maria Holmberg: 073-020 2837, maria.holmberg.0342@student.uu.se

Handledare: Camilla Norinder, camilla.norinder@pubcare.uu.se