

**Våga fråga: Sjuksköterskors
upplevelser och erfarenheter
av att bemöta våld mot
kvinnor i nära relationer**

**Dare to ask: Nurses'
experiences of encountering
violence against women in
close relationships**

Examensarbete för sjuksköterskeexamen och
kandidatexamen med huvudområdet omvårdnad

Grundnivå 15 högskolepoäng

Hösttermin 2021

Student: Alice Mattsson & Sofia Mickelsson

Handledare: Maria Snögren

Examinator: Peter Anderberg

SAMMANFATTNING

Titel:	Våga fråga: Sjuksköterskors upplevelser och erfarenheter av att bemöta våld mot kvinnor i nära relationer
Författare:	Mattsson, Alice; Mickelsson, Sofia
Institution:	Institutionen för hälsovetenskaper, Högskolan i Skövde
Program/kurs:	Sjuksköterskeprogrammet, Examensarbete i omvårdnad, OM525G, 15 hp
Handledare:	Snögren, Maria
Examinator:	Anderberg, Peter
Sidor:	28 sidor
Nyckelord:	Akutmottagning, kvinnor, sjuksköterskor, upplevelser, våld i nära relationer.

Bakgrund: Våld mot kvinnor i nära relationer orsakar stora samhällskostnader, samt skador hos offren vilket leder till behov av akutsjukvård. Därav krävs rätt beredskap hos de sjuksköterskor som arbetar på akutmottagningar.

Syfte: Beskriva sjuksköterskors upplevelser och erfarenheter av att på akutmottagningar bemöta kvinnor som misstänks vara utsatta för våld i nära relationer.

Metod: Studien bestod av en kvalitativ metod med ett urval på sexton sjuksköterskor som arbetade på akutmottagningar i Västra Götaland och som haft kontakt med en kvinna där misstanke om våld i nära relationer funnits. Vid insamlingsmetoden besvarade informanterna nio frågor i ett digitalt frågeformulär som analyserades genom en kvalitativ innehållsanalys.

Resultat: Fyra huvudkategorier identifierades: misstanke att allt inte står rätt till, viktigt att skapa trygghet, hinder för skapandet av en trygg miljö och förekomst av rutiner. Resultatet pekade på avvikande beteende hos de våldsutsatta kvinnorna och anhöriga, samt förekomsten av suicidförsök eller intoxicationer orsakade av en rädsla för närstående. Behov av kontinuitet i vården, skapandet av tillit, användning av utbildade tolkar, utbildning och mer personal uttrycktes.

Konklusion: Resultatet tyder på ett behov av gemensamma rutiner, mer utbildning, mer personal och tid till samtal. Det är även viktigt att alltid ställa frågor om våld i nära relationer.

ABSTRACT

Title:	Dare to ask: Nurses' experiences of encountering violence against women in close relationships.
Author:	Mattsson, Alice; Mickelsson, Sofia
Department:	School of Health sciences, University of Skövde
Course:	Degree of Bachelor of Science in Nursing, Thesis in Nursing Care, 15 ECTS
Supervisor:	Snögren, Maria
Examiner:	Anderberg, Peter
Pages:	28 pages
Keywords:	Emergency department, nurses, experiences, women, violence in close relationships

Background: Violence against women in close relationships causes high societal costs and injuries, leading to the victims needing emergency care. Therefore, the nurses who work at the Emergency department require proper preparedness.

Purpose: Describing nurses' experiences of encountering violence against women in close relationships at the Emergency department.

Method: The study consisted of a qualitative method with a selection of sixteen nurses who worked at Emergency departments in Västra Götaland and who had contact with women with a suspicion of violence in close relationships. During the collection, the informants answered nine questions in a digital questionnaire analyzed with qualitative content analysis.

Results: Four main categories were identified: the suspicion that not everything is as it should be, the importance of creating security, barriers to creating a safe environment and prevalence of routine. The result pointed at deviating behaviors, the occurrence of suicidal attempts or intoxication caused by fear of a relative. A need for care continuity, creating trust, using educated interpreters and educated healthcare staff was presented.

Conclusion: There is a need for a standard routine, educated staff and time for conversation. Also, it is essential to ask about violence in close relationships.

Förord

Ett varmt tack till vår handledare Maria Snögren för vägledning och stöttning under denna kandidatuppsats gång. Vi vill även tacka de enhetschefer som vi varit i kontakt med, samt de sjuksköterskor som frivilligt deltagit i studen. Dessutom vill vi rikta ett tack till de studentkollegor som ägnat tid åt att läsa och ge feedback på vår studie.

Studiens utförande har fördelats jämnt mellan forskarna som tillsammans deltagit lika mycket i hela processen gällande utformning av frågeformulär, insamling av data, analys och skrivande.

Högskolan i Skövde, november 2021

Alice Mattsson och Sofia Mickelsson

INNEHÅLLSFÖRTECKNING

INLEDNING	1
BAKGRUND	1
Våld i nära relationer	1
Definition.....	1
Våld i nära relationer i Sverige.....	2
Tidigare forskning kring våld i nära relationer	2
Sjuksköterskans ansvar	3
Lidande	4
Livsvärldsperspektiv.....	4
PROBLEMFÖRMULERING.....	5
SYFTE.....	5
METOD.....	6
Urval.....	6
Datainsamling.....	6
Tillvägagångssätt.....	6
Informanter	7
Analys.....	7
Etiska överväganden.....	8
RESULTAT	10
Misstanke att allt inte står rätt till.....	11
Avvikande beteende hos kvinnorna.....	11
Avvikande beteende hos anhörig	11
Tvivlaktig historia	11
Viktigt att skapa trygghet.....	12
Tillgodose trygghetsbehov	12
Behov av betänketid.....	12
Skapa förtroende och ge stöd	12
Hinder för skapandet av en trygg miljö.....	13
Begränsade samtalsmöjligheter	13
Barriärer för hjälpsökande	13
Brist på tid och personal.....	14
Brist på kunskap	14
Svårigheter vid nekande och bristande information	15

Förekomst av rutiner	15
Avsaknad av rutiner	15
Osäkra rutiner	15
Befintliga rutiner	16
Resultatsammanfattning	16
DISKUSSION.....	18
Metoddiskussion.....	18
Resultatdiskussion.....	20
Konklusion.....	23
Kliniska implikationer och förslag till utveckling av ämnet	23
REFERENSER.....	24

BILAGA 1: Informationsbrev

BILAGA 2: Frågeformulär

INLEDNING

Kvinnor som utsätts för våld i nära relationer är globalt sett ett stort hälsoproblem och en inskränkning av deras mänskliga rättigheter. I april 2021 rapporterade flertalet länder i Europa att nödsamtal gällande våld mot framför allt kvinnor ökat sedan april 2020 (Förenta Nationerna, 2021). Detta tyder på att våldet i nära relationer ökar, och det ses även som en konsekvens av Corona-pandemin och de rörelsebegränsningar som skett på grund av restriktionerna. Ett exempel på detta är att flera offentliga platser såsom gym, arbetsplatser och skolor har varit stängda och majoriteten av befolkningen har rekommenderats att arbeta hemifrån. Även i Sverige är våld i nära relationer ett stort problem. 2019 rapporterades att 31% av alla misshandelsbrott mot kvinnor utförts av en närstående i parrelation och 22% av släkt eller familj (Brottsförebyggande rådet, 2020a). Merparten av dessa behöver söka sjukvård för sina skador. Dessa skador kan i flertalet fall vara akuta eller lindriga fysiska skador, men våldet kan även ge konsekvenser på lång sikt (World Health Organization, 2016). Kvinnor som utsätts för våld i nära relationer söker i större utsträckning vård på akutmottagningar än kvinnor som inte utsätts för våld (Kivela et al., 2018; Kirk & Bezzant, 2020). Vilket visar på att akutsjukvården spelar en viktig roll för att kunna upptäcka och stötta dessa kvinnor. Då sjuksköterskorna på akutmottagningarna är de som träffar den utsatta kvinnan i första hand, är det viktigt att de har rätt kompetens för att kunna ge ett gott bemötande. De behöver kunna uppmärksamma den våldsutsatta kvinnans enskilda behov och våga fråga om våldet, för att upptäcka det i ett tidigt skede och minska kvinnans lidande.

BAKGRUND

Våld i nära relationer

Definition

Våld i nära relationer är ett globalt fenomen som innefattar framför allt fysiskt, psykiskt, sexuellt våld samt försummelse, och där förövaren har en relation med den våldsutsatta (Cleak et al., 2021; Socialstyrelsen 2019a; Yu et al., 2019). Det kan handla om en parrelation, familj, släktskap, eller helt enkelt en person som den våldsutsatta har en nära relation med (Cleak et al., 2021; Socialstyrelsen 2019a). Fysiskt våld innebär till exempel slag, bett, knivstick, sparkar eller strypning. Psykiskt våld avser allt från hot, tvång och trakasserier till social isolering, medan sexuellt våld innefattar olika former av sexuella övergrepp, samlag utan samtycke eller sexuellt kränkande språk (Kirk & Bezzant, 2020; Socialstyrelsen 2019a). Försummelse däremot innebär att den våldsutsatta nekas hjälp med exempelvis mat, hygien eller medicin som personen behöver. Det finns även andra typer av våld, som exempelvis ekonomiskt våld där förövaren förnekar den våldsutsatta insikt i ekonomin eller materiellt våld som innebär förstörelse av den våldsutsattas tillhörigheter (Socialstyrelsen 2019a). Det är både kvinnor och män som drabbas av våld i nära relationer, men det är vanligare att kvinnor utsätts för grövre våld, vilket då mestadels leder till att kvinnan behöver söka sjukvård i större utsträckning än män (Brottsförebyggande rådet, 2020a).

Våld i nära relationer i Sverige

I Sverige drabbas ett flertal kvinnor av våld i nära relationer varje år. 2019 rapporterade Brottsförebyggande rådet (2020a) att 53% av alla misshandelsbrott mot kvinnor utfördes av personer som den våldsutsatta hade en nära relation eller släktskap med. Även om flera våldsbrott rapporteras till polisen, finns det fortfarande ett stort mörkertal och det är mindre vanligt att våldsbrott anmäls om det utförs av en närstående, än av en okänd gärningsman (Brottsförebyggande rådet, 2014). Anledningar till att brotten inte anmäls kan enligt Brottsförebyggande rådet (2019) bero på att kvinnan inte ser handlingen som ett brott eller har okunskap kring rättsprocessen, och därav känner oro. Det kan dessutom orsakas av att kvinnan känner en rädsla för att anmälan inte ska ge önskat resultat eller att anmälan ska läggas ner. Alternativt att kvinnan har ett bristande förtroende för polisen, skamkänslor för att de drabbats eller helt enkelt en rädsla för ökade hot och våld från gärningsmannen eller andra (Brottsförebyggande rådet, 2019). Våldet mot kvinnor innebär en stor kostnad för både samhället och sjukvården. En rapport från Häger Glenngård et al. (2011) visar på att kostnaderna för våld mot kvinnor ligger runt 2,5 miljarder kronor per år. Detta är exempelvis kostnader för sjukvård, statliga myndigheter och produktionsbortfall (Häger Glenngård et al., 2011). Denna kostnad är beräknad för år 2011, och det har redan konstaterats att våldet bara har fortsatt att öka sedan dess.

Tidigare forskning kring våld i nära relationer

Sjuksköterskan är vanligtvis den vårdgivare som kvinnan först kommer i kontakt med på akutmottagningar (Alshammari et al., 2018). Studier visar dock på att ett flertal sjuksköterskor i flera länder upplever sig sakna den kunskap och kompetens som behövs för att kunna uppmärksamma den våldsutsatta kvinnans behov (Alhalal, 2020; Alshammari et al., 2018; Kirk & Bezzant, 2020), och veta hur de ska agera om de får ett jakande svar på frågan om våld i nära relation (Alhalal, 2020). Sundborg et al. (2012) betonar att flertalet sjuksköterskor inom framför allt primärvården i Sverige, som i enlighet med akutmottagningen är första linjens sjukvård, upplever en bristande beredskap kring bemötande av kvinnor som utsätts för våld i nära relationer. Flera av de sjuksköterskor som deltog i studien hade inte fått någon utbildning via sin arbetsgivare, utan själva fått söka information av eget intresse. Däremot var majoriteten intresserade av att få mer utbildning kring bemötande av våldsutsatta kvinnor för att skapa en bättre beredskap. Det var även flertalet sjuksköterskor i studien som undvek att ställa frågor om våld i nära relationer, på grund av bristande beredskap. Ungefär hälften av sjuksköterskorna frågade endast vid misstanke orsakad av synliga skador (Sundborg et al., 2012). Denna studie tyder på att sjuksköterskorna upplever en problematik kring bemötandet av misstänkt våldsutsatta kvinnor inom primärvården i Sverige, vilket ökar relevansen för att studera detta ämne även inom akutvården. Framför allt då efterforskningar har visat på att det finns en viss brist på forskning kring detta i Sverige.

I en studie av Pratt-Eriksson et al. (2014) framkom att ett flertal våldsutsatta kvinnor i Sverige upplevde att de dels hade träffat sjuksköterskor som förstått dem, men även sjuksköterskor som inte lyssnat, inte respekterat deras tankar och behov samt fått dem att

känna sig skyldiga till deras situation. En del av dem upplevde sig inte ha fått den hjälp de behövde eller den respons av sjuksköterskan som de förväntat sig att få. Särskilt kvinnor med utländsk bakgrund eller som tillhörde en minoritet upplevde att de inte blev tagna på allvar eller lyssnade på. Vissa kvinnor upplevde det även som problematiskt att deras partner eller familjemedlem fick vara närvarande under vårdmötet, då det hindrade dem att tala ut om våldet. De våldsutsatta kvinnorna upplevde sig istället behöva bli bemötta med empati, tålmod och vänlighet i vårdmötet med sjuksköterskan, för att våga tala om våldet. De ville även få ett respektfullt bemötande samt att sjuksköterskan lyssnade in och tog dem på allvar (Pratt-Eriksson et al., 2014). Enligt Svensk sjuksköterskeförening (2017) ingår det i sjuksköterskans kompetensbeskrivning att kunna kommunicera med patienten och närstående på ett empatiskt och lyhört sätt, samt att utgå ifrån patientens egen berättelse i vårdmötet (Svensk sjuksköterskeförening, 2017). Förutom detta finns det även en mängd andra lagar, författningar och riktlinjer som sjuksköterskan ska rätta sig efter i sitt arbete inom hälso- och sjukvården.

Sjuksköterskans ansvar

Sjuksköterskan ska i enlighet med Hälso- och sjukvårdslagen ha respekt för mänskliga rättigheter, allas lika värde och patientens integritet. Sjukvården ska även bedrivas på ett sätt som försäkrar vård av god kvalitet samt att patientens behov av säkerhet och trygghet tillgodoses (SFS 2017:30). Sjuksköterskan är även skyldig att vidta de åtgärder som krävs för att förebygga vårdskador hos patienter. Med vårdskador menas vårdlidande, sjukdom, psykiska eller fysiska skador eller dödsfall som hade kunnat undvikas om rätt åtgärder hade gjorts under vårdbesöket (SFS 2010:659). Det är alltså lagstadgat att sjuksköterskan är skyldig att förebygga de olika former av lidande som till exempel kan uppstå hos kvinnor som utsätts för våld i nära relationer. Det ingår likaså i sjuksköterskans uppdrag att kunna skapa en god och förtroendefull relation till både patienter samt deras närstående (Svensk sjuksköterskeförening, 2017). Detta är särskilt viktigt i mötet med våldsutsatta kvinnor, då förtroende vanligtvis är grundläggande för att den våldsutsatta kvinnan ska våga berätta om våldet. En annan viktig faktor med att bygga en förtroendefull relation är att kunna skapa sig en helhetsbild av den utsatta kvinnans livsvärld. Både för att kunna främja alla aspekter av kvinnans hälsa, men även för att kunna se till de närståendes hälsa. Framför allt om det till exempel finns barn inblandade, då det i Socialtjänstlagen tydligt står att alla anställda i verksamheter inom hälso- och sjukvården är skyldiga att genast anmäla till socialnämnden om de misstänker att ett barn far illa (SFS 2001:453). Lagen visar alltså på att sjuksköterskor har skyldighet att göra en orosanmälan till socialnämnden, om de möter en kvinna som de misstänker utsätts för våld i nära relationer och det finns barn med i bilden.

Vid misstanke om brott mot den våldsutsatta kvinnan har sjuksköterskorna inte skyldighet att anmäla till polismyndigheten. Inom Hälso- och sjukvården gäller i grunden sekretess när det kommer till uppgifter om enskilda personers hälsotillstånd och övriga förhållanden. Förutsatt att uppgifterna inte kan lämnas ut utan att den enskilde, eller dess närstående, påverkas negativt av detta, och att samtycke inte inhämtats från den berörda personen (SFS 2009:400). Däremot har sjuksköterskan rätt att anmäla en enskild person, eller en närstående till personen, om det finns misstanke om att ett brott begåtts där straffet är högre än 1 års fängelse eller försök till brott där straffet är minst 2 års fängelse. Detta undantag gäller även om det finns risk för att fler brott begås, i detta fall misshandel, våldsbrott eller sexualbrott,

och vars karaktär är så pass grovt att det kan leda till minst 1 års fängelse (SFS 1962:700; SFS 2009:400). Om sjuksköterskan brister i sitt ansvarsområde och den våldsutsatta kvinnan inte får den hjälp och den vård hon behöver, kan detta skapa ett ökat lidande för den våldsutsatta kvinnan (Arman, 2015).

Lidande

Lidande är ett grundbegrepp inom hälso- och sjukvården som innefattar begreppen sjukdomslidande, livslidande samt vårdlidande. Sjukdomslidande innebär lidande associerat till ohälsa samt sjukdom. Det kan bland annat uttrycka sig i form av symtom som patienten upplever som påfrestande, fysiska begränsningar samt smärta (Arman, 2015). För kvinnorna som drabbas av våld i nära relationer innebär ett sjukdomslidande de fysiska och psykiska sjukdomar och skador som våldet orsakar. Detta kan till exempel vara benbrott och blåmärken (Leppäkoski & Paavilainen, 2013), men likaså psykiska hälsoproblem som ångestproblematik, depression, funktionsnedsättningar, PTSD, kronisk smärta, alkoholmissbruk och suicidförsök. Kvinnorna kan även få en ökad risk för olika sjukdomstillstånd som till exempel hjärt- och kärlsjukdomar (García-Moreno et al., 2013; World Health Organization, 2016). Livslidande definieras som det lidandet en person upplever i relation till sitt liv och de livsförändringar som kan uppstå. Begreppet inkluderar människans existens, självbild samt värdighet. Denna form av lidande uppstår till exempel då patienten upplever en avsaknad av mening med sin tillvaro eller känner en osäkerhet kring framtiden (Arman, 2015). Kvinnor som utsätts för våld i nära relationer drabbas i de flesta fall av isolering, minskad social delaktighet och försämrade förmåga att ta hand om sig själva (Kandeğer & Naziroğlu, 2021). Detta är en form av livslidande, då våldet påverkar hela deras livssituation, möjligheter till ett socialt liv samt orsakar just en osäkerhet kring framtiden (Arman, 2015). Vårdlidande i sin tur innebär situationer där mötet med vården ökar patientens lidande, istället för att lindra det. Det kan uppstå genom en ojämn maktfördelning mellan patient och vårdare, en kränkning av patientens värdighet eller utebliven vård (Arman, 2015). Denna typ av lidande kan dessutom orsakas av fördömande attityder från vårdpersonalen som ger patienten en känsla av skam och skuld (Eriksson, 2015). Ett exempel på detta kan vara om kvinnor som blir utsatta för våld söker vård men inte får ett gott bemötande av sjuksköterskorna, inte uppmärksammas eller blir betrodda. Detta vårdlidande kan innebära att våldet tillåts fortgå, vilket i allra värsta fall kan innebära att våldet får en dödlig utgång. Under 2019 konstaterades sexton fall av dödligt våld mot kvinnor i Sverige, där förövaren var en dåvarande eller tidigare partner till kvinnan (Brottsförebyggande rådet, 2020b). För att undvika eller lindra dessa former av lidande är det viktigt att sjuksköterskan har ett helhetsperspektiv i mötet med den våldsutsatta kvinnan (Battaglia et al., 2003).

Livsvärldsperspektiv

Att utgå ifrån ett helhetsperspektiv i mötet med den våldsutsatta kvinnan innebär framför allt att kvinnans upplevelser och erfarenheter beaktas samt uppmärksammas då detta är en del av deras livsvärld (Ekeberg, 2015a). Livsvärlden är det sammanhang som varje individ befinner sig i och ligger till grund för hur individen uppfattar världen de lever i (Bengtsson, 2005; Dahlberg, 2014). Livsvärlden består av individens upplevelser, erfarenheter, känslor och tankar. Allas livsvärld är unik, men alla är samtidigt en del av en gemensam livsvärld där individer samspekar med varandra (Ekebergh, 2015a; Ekebergh, 2015b). För att kunna utgå ifrån ett livsvärldsperspektiv i vårdandet av våldsutsatta kvinnor krävs öppenhet och

lyhördhet för deras berättelse samt en vilja att förstå deras perspektiv, synsätt och upplevelser av sin livsvärld. Det handlar även om att vara närvarande i mötet samt att göra kvinnorna delaktiga i samtalen och i vården. Detta då kvinnan, som patient, anses vara den som har mest kunskap kring sin hälsa, sitt välbefinnande och sin situation i allmänhet (Dahlberg, 2014; Ekebergh, 2015a; Ekebergh, 2015b).

Gällande bemötandet av kvinnor som utsätts för våld i nära relationer menar Battaglia et al. (2003) att faktorer som öppen och effektiv kommunikation, empati samt engagemang i kvinnors berättelser, och därmed deras livsvärld, var viktigt för att skapa tillit mellan sjuksköterskan och den våldsutsatta kvinnan. Studien visade även på att det är viktigt att låta kvinnorna vara delaktiga i de beslut som tas, samt att kunna garantera en konfidentialitet inom vårdmötet. Genom att skapa en sådan tillit ökade kvinnors benägenhet till att våga berätta om våldet och att söka hjälp. Det stärkte dessutom kvinnornas eget självbestämmande när det kom till behandling och väg ut från våldet. I de fall där sjuksköterskorna inte lyckades skapa tillit hos den våldsutsatta kvinnan, var kvinnorna mindre benägna att berätta om sin våldsutsatthet och fick därför sämre hjälp (Battaglia et al. 2003). Att ha ett livsvärldsperspektiv, och därmed vara öppen för den våldsutsatta kvinnans upplevelser och berättelser, skapar därav en ökad möjlighet för att få kvinnorna att våga tala om våldet och be om hjälp.

PROBLEMFORMULERING

Våldet mot kvinnor i nära relationer har ökat de senaste åren, både globalt och i Sverige. Detta orsakar stora kostnader för samhället, samt allvarliga och flertalet gånger bestående skador hos de utsatta kvinnorna. Då skadorna, i de flesta fall, leder till att kvinnorna söker akutsjukvård krävs rätt kompetens och rätt beredskap hos de sjuksköterskor som arbetar på akutmottagningar. Globala forskningsresultat visar dock på att flertalet våldsutsatta kvinnor upplever mötet med sjuksköterskor på akutmottagningar som problematiskt, då de i vissa fall inte känner sig lyssnade på, tagna på allvar eller bemötta med respekt. För att skapa en förståelse för vilka faktorer som orsakar denna problematik krävs studier ur sjuksköterskors perspektiv. I Sverige råder det dock viss brist på forskning kring sjuksköterskors upplevelser av att på akutmottagningar bemöta kvinnor som misstänks vara utsatta för våld i nära relationer. Det är därför viktigt att studera detta, främst i syfte att kunna utveckla och förbättra sjuksköterskors bemötande, och därmed även vårdande, av dessa kvinnor.

SYFTE

Syftet var att beskriva sjuksköterskors upplevelser och erfarenheter av att på akutmottagningar bemöta kvinnor som misstänks vara utsatta för våld i nära relationer.

METOD

Syftet med studien var att beskriva sjuksköterskors upplevelser och erfarenheter av att på akutmottagningar bemöta kvinnor som misstänktes vara utsatta för våld i nära relationer. Därav tillämpades en kvalitativ metod med en induktiv ansats, vilket innebär att en text studeras utan att i förväg ha bestämt en viss teoretisk utgångspunkt eller hypotes, i syfte att kunna dra slutsatser som kan tillämpas på ett större område (Priebe & Landström, 2017). Vid insamlingsmetoden besvarade informanterna nio frågor i ett digitalt frågeformulär som sedan analyserades genom en kvalitativ innehållsanalys.

Urval

I denna studie har ett ändamålsenligt urval av informanter gjorts, vilket innebär att de personer som har valts ut att delta i studien kan ge beskrivningar om det fenomen som studien syftar till att beskriva (Henricson & Billhult, 2017). Fenomenet i denna studie var sjuksköterskors upplevelser och erfarenheter av att bemöta kvinnor som misstänktes vara utsatta för våld i nära relationer.

Inklusionskriterier: Studien inkluderade sjuksköterskor som arbetade på akutmottagningar i Västra Götaland och som hade varit yrkesverksamma i minst ett år. De hade även haft kontakt med minst en kvinna där misstanke eller konstaterande om våld i nära relationer funnits. Det gjordes däremot inte någon avgränsning gällande ålder på sjuksköterskorna, i syfte att få ett så representativt resultat som möjligt. Inga avgränsningar gjordes kring kön då både manligt och kvinnligt perspektiv var intressant för studiens syfte. Geografisk avgränsning gjordes till Västra Götaland, då tiden för datainsamling var begränsad.

Exklusionskriterier: Studien har exkluderat sjuksköterskor som har genomgått en specifik utbildning kring bemötande av kvinnor som misstänktes vara utsatta för våld i nära relationer, då detta kunde påverka resultatet.

Datainsamling

Tillvägagångssätt

Det empiriska materialet har bestått av ett frågeformulär på nio frågor (se bilaga 2). Med grund i detta utformades tre bakgrundsfrågor och sex öppna frågor där informanterna gavs möjlighet till att besvara med fritext. Bakgrundsfrågorna utformades kring kön, specialutbildningar samt yrkesverksamma år på akutmottagningen.

Datainsamlingen inleddes med att enhetscheferna på alla åtta akutmottagningar i Västra Götaland tillfrågades via e-post om att låta personalen delta i studien. Av dessa åtta enhetschefer var det sex stycken som godkände personalens deltagande i studien. De två enhetschefer som nekade deltagande gjorde detta av olika anledningar. På den ena akutmottagningen ingick inte personalen i inklusionskriterierna, då de hade genomgått en specifik utbildning kring våld i nära relation, och de exkluderades därmed ur studien. I det andra fallet deltog personalen i en liknande studie, och kunde därav inte medverka på grund

av tidsbrist. För att samla in data användes tre olika strategier. Den första gick ut på att enhetscheferna själva tillfrågade personalen (som uppfyllde studiens inklusionskriterier) om intresse av att delta i studien, för att sedan skicka deras mejladresser till forskarna. Därefter skickade informationsbrev (se bilaga 1) och länk till digitalt frågeformulär (se bilaga 2) till varje individuell mejladress, med tydliga anvisningar om att besvarande av frågeformuläret innebar automatiskt samtycke till deltagande i studien. Denna strategi tillämpades på tre av akutmottagningarna. Den andra strategin innebar att informationsbrev och länk till digitalt frågeformulär skickades direkt till enhetscheferna. Enhetscheferna vidarebefordrade i sin tur mejlet till alla sjuksköterskor som arbetat på mottagningen i minst ett år. Dessa sjuksköterskor fick sedan själva avgöra om de ingick i inklusionskriterierna och om de var villiga att delta i studien. Denna strategi tillämpades på tre av akutmottagningarna. Den tredje och sista strategin innebar att en specifik sjuksköterska på den akutmottagning som deltog i en liknande studie kontaktades genom personliga kopplingar. Informationsbrev och digitalt frågeformulär skickades därefter till sjuksköterskan som ombads att delta.

Informanter

Då datainsamlingen utgick ifrån tre olika metoder var det svårt att uppge en exakt siffra på antal informanter som mottog informationsbrevet och frågeformuläret. Det var dock sju ton informanter som besvarade frågeformuläret. En av dessa exkluderades då personen genomgått en utbildning kring våld i nära relationer och därmed inte uppfyllde inklusionskriterierna. En informant uppgav sig även ha arbetat under endast nio månader, men då personen uppfyllde alla övriga inklusionskriterier inkluderades ändå personen. Av de informanter som inkluderades i studien var tolv kvinnor och fyra män. Yrkesverksamma år på akutmottagning varierade från nio månader till 35 år. Åtta informanter uppgav att de inte hade någon specialistutbildning, fyra av dem åtta övriga svarade inte på frågan. Resterande uppgav specialistutbildningar inom vård av äldre, ambulanssjukvård, intensivvård och akutsjukvård.

Analys

Gemensamt för allt empiriskt material var att det lästes igenom noggrant och ett flertal gånger för att skapa en tydlig överblick och förståelse. Därefter analyserades materialet utifrån Danielsons (2017) mall för en kvalitativ innehållsanalys, vilket innebar att de meningsenheter i texten som svarade mot syftet plockades ut och sattes in i en tabell. Meningsenheterna formulerades sedan om till mindre, kondenserade meningsenheter för en lättare överblick av innehållet. De kondenserade meningsenheterna kodades genom att ett huvudsakligt innehåll hittades och beskrevs i ett fåtal ord. De olika koderna grupperades sedan i olika subkategorier som symboliserade de olika koderna. Subkategorier med liknande innehåll bildade till slut huvudkategorier som beskrev resultatet som helhet (Danielson, 2017). Ett exempel presenteras i tabellen nedan.

Meningsenhet	Kondenserad meningsenhet	Kod	Subkategori	Huvudkategori
<i>”När jag bad mannen fråga kvinnan om de saker jag undrade blev mannen märkbart irriterad och arg. [...] Jag upplevde situationen som konstig och obehaglig då jag inte är van vid att någon inte verkar vilja översätta och bjuda in patienten i samtalet även om det råder språkförbristning.”</i>	Mannen blir märkbart arg och irriterad när jag bad mannen fråga kvinnan om de saker jag undrade, samt be honom översätta. Upplevde situationen konstig och obehaglig.	Obehag då man nekar sjuksköterskan kommunikation med kvinnan.	Avvikande beteende hos anhörig	Misstanke att allt inte står rätt till

Svaren på fråga fyra, fem, sex och sju (se bilaga 2) bearbetades för sig då de bestod av öppna frågor som gav utrymme för reflektion och beskrivning av upplevelser och erfarenheter kring att bemöta kvinnor som misstänktes vara utsatta för våld i nära relationer. Fråga åtta och nio (se bilaga 2) däremot bearbetades tillsammans, men avskilt från de övriga frågorna, på grund av att frågorna inte gav lika stor möjlighet till reflektion om annat än just rutiner. Det empiriska materialet från dessa frågor var så pass kort och koncist att det var svårt att analysera detta tillsammans med svaren på övriga frågor. Däremot var resultatet intressant att diskutera och därför inkluderades detta material. Det presenterades som en egen kategori i resultatet; förekomst av rutiner.

Etiska överväganden

Inför en studie krävs i enlighet med Medicinska forskningsrådet (2000) att ett flertal krav uppnås: informationskravet, samtyckeskravet, konfidentialitetskravet och nyttjandekravet. Informationskravet innebär att informanterna ska få fullgod information om studien (Medicinska forskningsrådet, 2000). För att uppnå detta fick informanterna tydlig information om studiens syfte, tillvägagångssätt och förväntad nytta av resultatet. De fick även information via e-post kring vad deras delaktighet innebar för dem, att deras deltagande var frivilligt och att de när som helst kunde dra sig ur. Kontaktuppgifter till de ansvariga för studien fanns tillgängligt för ytterligare information eller kontakt. Samtyckeskravet innebär att informanterna ger ett informerat samtycke till att delta i studien (Medicinska forskningsrådet, 2000). Detta uppnåddes genom att informanterna fick ta del av informationen kring studien, samt att de informerades om att ett besvarande av frågeformuläret innebar ett direkt samtycke till deltagande i studien. Då informanterna själva fick ta ett informerat beslut om deltagande, främjades även autonomiprincipen (Medicinska forskningsrådet, 2000). Konfidentialitetskravet innebär att den data som insamlas vid studien förvaras på ett sådant sätt att obehöriga inte kan komma åt den, att de som behandlar insamlad data har tystnadsplikt samt att data avidentifieras så snart det är möjligt

(Medicinska forskningsrådet, 2000). Insamlingen av det empiriska materialet skedde via ett digitalt frågeformulär utformat i dataprogrammet EvaSys. Endast de ansvariga för studien har tillgång till inloggningsuppgifterna för EvaSys och alla svar på frågeformuläret avidentifierades automatiskt av dataprogrammet. Det empiriska materialet sammanställdes sedan i ett Google Dokument som endast de ansvariga för studien hade tillgång till. Allt material förstördes sedan efter framställt resultat. Nyttjandekravet i sin tur innebär att det insamlade materialet används för forskningsändamål och ingenting annat (Vetenskapsrådet, 2002). Detta krav uppfylldes genom att det insamlade materialet endast användes för att besvara denna studies syfte.

Förförståelse är den kunskap och referensram som vi människor förhåller oss till när det kommer till allt vi möter i vardagen och i forskningen. Detta är nödvändig att ha, men det kan även påverka resultatet om det inte finns en medvetenhet kring ens förförståelse (Dahlberg, 2014). Denna studie har grundats i en förförståelse om att flertalet sjuksköterskor upplevde svårigheter med att bemöta dessa kvinnor och att ett flertal inte frågade kvinnorna om våldsutsatthet av olika anledningar. Det fanns dessutom en förförståelse om att nyutexaminerade sjuksköterskor hade en viss osäkerhet i sitt yrkesutövande och att de därför kunde uppleva vissa pressade situationer som svåra eller utmanande.

RESULTAT

Fyra huvudkategorier identifierades ur det empiriska materialet: Misstanke att allt inte står rätt till, viktigt att skapa trygghet, hinder för skapandet av en trygg miljö och förekomst av rutiner. Ur dessa huvudkategorier identifierades totalt fjorton olika subkategorier. Dessa presenteras i tabellen nedan.

Huvudkategorier	Subkategorier
Misstanke att allt inte står rätt till	Avvikande beteende hos kvinnorna
	Avvikande beteende hos anhörig
	Tvivelaktig historia
Viktigt att skapa trygghet	Tillgodose trygghetsbehov
	Behov av betänketid
	Skapa förtroende och ge stöd
Hinder för skapandet av en trygg miljö	Begränsade samtalsmöjligheter
	Barriärer för hjälpsökande
	Brist på tid och personal
	Brist på kunskap
	Svårigheter vid nekande och bristande information
Förekomst av rutiner	Avsaknad av rutiner
	Osäkra rutiner
	Befintliga rutiner

Misstanke att allt inte står rätt till

Avvikande beteende hos kvinnorna

Sjuksköterskorna upplevde att en stor mängd av de våldsutsatta kvinnor som sökte till akutmottagningen uppvisade ett beteende som avvek från det normala. Kvinnorna var tillbakadragna, tystlåtna, undvek att ta ögonkontakt med sjuksköterskan eller svarade kort på frågor. Det var även vanligt att de sökte bekräftelse hos sin partner. Vissa av kvinnorna berättade direkt eller indirekt att de hade blivit utsatta för våld i nära relation. En sjuksköterska beskrev en händelse där kvinnan själv indikerade på att något inte stod rätt till, både genom att lämna över en lapp där det stod; hjälp mig, samt genom sitt kroppsspråk. Kvinnan var även noga med att inte låta mannen se vad som hände. Det var även en sjuksköterska som beskrev att kvinnan blev märkbart ledsen och upprörd då frågan om våld i nära relation ställdes, vilket upplevdes som ett avvikande beteende. En annan sjuksköterska upplevde att det många gånger fanns en bakomliggande rädsla för en anhörig vid fall av suicidförsök eller intoxicationer. Denna rädsla kunde vara orsaken till att kvinnorna ville ta sitt liv eller döva smärtan. Sjuksköterskan upplevde att kvinnor med denna problematik besökte akutmottagningen flera gånger i veckan.

Avvikande beteende hos anhörig

Flera sjuksköterskor beskrev att de i flertalet fall upplevde ett avvikande beteende hos anhöriga och framför allt hos männen. Det kunde vara att mannen var otrevlig mot både personalen och kvinnan, betedde sig nedvärderande och kontrollerande, eller att den anhöriga talade i kvinnans ställe trots att hon kunde tala för sig själv. Det kunde även vara att den anhöriga försökte flika in med uppgifter i berättelsen och vägrade lämna rummet. Just det faktum att den anhöriga krävde att vara närvarande vid undersökningen upplevde en sjuksköterska som ett tydligt varningstecken. En sjuksköterska beskrev en situation där en partner till kvinnan vägrade att översätta konversationen till kvinnan som inte talade svenska. Sjuksköterskan upplevde situationen som obehaglig, konstig och som ett avvikande beteende då mannen inte ville bjuda in kvinnan i samtalet:

När jag bad mannen fråga kvinnan om de saker jag undrade blev mannen märkbart irriterad och arg. [...] Jag upplevde situationen som konstig och obehaglig då jag inte är van vid att någon inte verkar vilja översätta och bjuda in patienten i samtalet även om det råder språkförbristning.

Tvivelaktig historia

Något som flera av sjuksköterskorna beskrev var att de vanligtvis upplevde att skadorna som kvinnorna sökte hjälp för inte stämde överens med den anamnes och den berättelse som de uppgav. Förklaringen var för det mesta både orimlig och osannolik, de fick även en känsla av att det inte stämde. Framför allt upplevde de att skadorna var placerade på fel ställen i jämförelse med berättelsen och att skadorna i flera fall utmärkte sig som blåmärken i form av fingeravtryck eller strypmärken. ”Känslan av kvinnorna samt att storyn över traumat inte stämmer med skadorna som uppkommit. Brutna käke på flera ställen och hematom över kropp som liknar fingrar är inte ett fall i trapp.”

En sjuksköterska beskrev en situation där kvinnan i fråga uppgav sig ha ramlat i en trapp, vilken sjuksköterskan fick en känsla av inte stämde. Detta då kvinnan hade en bruten käke på flera ställen och blåmärken över kroppen som liknade fingeravtryck. En annan sjuksköterska uppgav att våld i nära relation var en vanlig orsak till skador och att den tanken vanligtvis dök upp när en kvinna sökte vård för skador som med lätthet inte kunde förklaras som en olycka.

Viktigt att skapa trygghet

Tillgodose trygghetsbehov

Vid bemötandet av kvinnor som misstänktes vara utsatta för våld i nära relation upplevde sjuksköterskorna att det var viktigt att skapa en trygg miljö där kvinnan fick tala i enskildhet. De såg även ett behov av att ha mindre stimmiga rum där de kunde tala med kvinnan i lugn och ro och upplevde detta som ett sätt att få kvinnan att öppna sig och våga visa sin rädsla. En del sjuksköterskor beskrev kvinnlig personal som en trygghetsgivande faktor och att det kunde underlätta att kvinnlig personal utförde vissa moment för att tillgodose behovet av trygghet. Även kontinuitet bland personalen och delningen av information ansågs vara en viktig faktor för att undvika att kvinnan behövde upprepa sin berättelse. ”Sammanhängande personalallokering där patienten inte träffar stora mängder vårdpersonal under samma besök. Detta är bra för kontinuiteten i samtal och informationsdelning där patienten slipper upprepa information flera gånger.”

Att ta sig tid att ställa frågan om våld i nära relationer på ett rakt och tydligt sätt ansåg flera sjuksköterskor vara ett sätt att förbättra bemötandet. De upplevde även att ett flertal kvinnor uppskattade att få frågan även om de svarade nej. En annan viktig trygghetsfaktor var enligt sjuksköterskorna att anhöriga inte var med och tolkade vid språkförbistringar. Detta för att kvinnan skulle kunna tala så fritt som möjligt utan att någonting missades, missuppfattades eller doldes. Sjuksköterskorna beskrev vikten av att använda auktoriserade tolkar även om anhöriga erbjöd sig att tolka samtalet.

Behov av betänketid

Att ge kvinnorna tid att tänka, efter att ha ställt frågan om våld i nära relation, upplevde flera sjuksköterskor som en bidragande faktor till att kvinnorna till slut valde att tala om våldet. I flera fall valde kvinnorna efter en stund att berätta, även fast de först sagt nej. Sjuksköterskorna upplevde även att det var viktigt att fler ställer frågan, både undersköterskor, sjuksköterskor och läkare. Detta för att ge kvinnan betänketid och erbjuda henne fler tillfällen att våga berätta. “Kan vara bra att ssk/usk som misstänker att någon far illa påtalar detta till läkare som kan ställa ytterligare frågor.”

Skapa förtroende och ge stöd

För att främja ett gott bemötande av kvinnor som misstänktes vara utsatta för våld i nära relationer upplevde flera sjuksköterskor att det var viktigt att skapa en tillitsfull relation. Detta för att kvinnan skulle få förtroende och våga berätta om våldet. Utöver tillit, ansåg sjuksköterskorna att det var viktigt att vara närvarande i samtalet, ta sig tid att lyssna på

kvinnans berättelse, visa lyhördhet och tro på kvinnans ord. Det var även enligt sjuksköterskorna viktigt att ge stöd till kvinnan i form av att tydliggöra att de inte bar skuld för det som hade hänt, utan att skulden var gärningsmannens. Flera sjuksköterskor lyfte även vikten av att inte döma kvinnan, att visa att det var okej att tala och att vara noga med att berätta att det fanns hjälp att få. Även att visa empati, ödmjukhet och respekt för kvinnans upplevelser och att ha ett lugnt bemötande ansågs vara viktiga faktorer för att främja bemötandet. En sjuksköterska betonade även att det var av relevans att bekräfta kvinnornas känslor och upplevelser, och på så sätt även normalisera dem. ”Vidare finns det i mötet med patienten förmodligen en viktig komponent att bekräfta patienten i det som den varit med om. T.ex. genom att normalisera de känslor och upplevelser som pat bär på.”

Hinder för skapandet av en trygg miljö

Begränsade samtalsmöjligheter

För att skapa en trygg miljö upplevde sjuksköterskorna att de behövde kunna träffa kvinnorna i lugn och ro. Detta blev svårt att uppnå när anhöriga var med i rummet, då kvinnorna alltid svarade nej på frågan om våld i nära relationer. Sjuksköterskorna upplevde till stor del att kvinnorna tog tillbaka sina berättelser när partnern kom in i rummet, även om de tidigare hade uppgett att de varit utsatta för våld i nära relationer. Vissa sjuksköterskor upplevde svårigheter med att få enskild tid med kvinnan utan att den anhöriga misstänkte någonting. De upplevde även en viss rädsla över de situationer som kunde uppstå om den anhöriga nekades att vara med vid undersökningen och att det kunde vara svårt att bemöta en dominant anhörig på ett professionellt sätt. Sjuksköterskorna önskade mandat att kunna stänga ute anhöriga, för att på så sätt kunna tala enskilt med kvinnorna. Det fanns även vissa sjuksköterskor som upplevde svårigheter med att ställa frågan om våld i nära relationer till kvinnorna, vilket då hämmade möjligheten till ett givande samtal. De uttryckte att det fanns en rädsla för att såra kvinnan och att de därför inte vågade ställa raka frågor om förekommandet av våld. De upplevde även att frågorna vanligtvis ställdes som rutinfrågor, och att detta för det mesta gav automatiskt nekande svar. Sjuksköterskorna uttryckte även att det fanns svårigheter med att ställa frågan om våld i nära relation om kvinnan talade ett annat språk, detta då det lätt skapades missförstånd. För att undvika detta menade sjuksköterskorna att det behövdes en utbildad tolk, och att närstående helst inte skulle tolka då det kunde bli känsligt att ställa frågan. Flertalet kvinnor ville dock hellre ha sin närstående som tolk, vilket sjuksköterskorna upplevde som problematiskt.

Barriärer för hjälpsökande

En av sjuksköterskorna upplevde att en del våldsutsatta kvinnor som sökte vård på akutmottagningen hade en misstro mot personalen och att de inte trodde att de skulle få rätt hjälp. Sjuksköterskan beskrev att kvinnorna flera gånger kände en hopplöshet och en viss likgiltighet i vårdmötet, vilket påverkade möjligheterna till ett vårdande möte. Även dömande attityder och fördomar bland personalen upplevdes som vanligt förekommande och en faktor som kunde påverka bemötandet. En annan sjuksköterska uttryckte även att vårdpersonal i flera fall inte tog dessa kvinnor på allvar, då de sökte vård upprepade gånger. Ytterligare en faktor som kunde begränsa möjligheterna till hjälpsökande var enligt en av sjuksköterskorna segmenterad vård. Då vården var uppdelad i olika platser beroende på kvinnans sökorsak, innebar det att sjuksköterskorna var tvungna att hänvisa dem vidare.

Sjuksköterskan beskrev det som problematiskt att de kvinnor som hade blivit utsatta för våld i nära relationer, där även sexuellt våld varit inblandat, var tvungna att hänvisas vidare till gynakuten efter att sjuksköterskan tagit anamnes på den vanliga akutmottagningen. Detta upplevde sjuksköterskan som en mödosam process för kvinnorna då det blev ännu ett steg som kvinnan var tvungen att ta för att få hjälp. Trots att det förmodligen hade krävts mycket av dem för att ens söka vård från början.

Brist på tid och personal

Sjuksköterskorna uttryckte att det var viktigt att ta tid för att lyssna på kvinnorna och ge dem det stöd de behövde, men att det vanligtvis inte gick på grund av tidsbrist. De upplevde miljön som stressig och att behandlingstiderna var för korta för att kunna ha ett ordentligt samtal med kvinnan. Detta gjorde det svårt att skapa tillit hos kvinnan och att kunna ge bekräftelse för det kvinnan varit med om:

Utbildning och tid är något som saknas, ofta måste vi springa vidare och kan inte stanna kvar och ge dessa kvinnor den tiden dem behöver för att våga berätta. Hur kan man skapa tillit om man måste vidare och lämna kvinnan ensam med sin rädsla utan bekräftelse på att man lyssnat?

Gemensamt för sjuksköterskor var upplevelsen av att de hade kunnat göra mer om det hade funnits tid. De menade att det behövdes mer personal till akutmottagningarna, för att på så sätt kunna få mer tid med kvinnorna. Sjuksköterskorna upplevde dessutom att kvinnorna behövde omhändertas snabbare för att de inte skulle avvika innan hjälp kunde ges. En av sjuksköterskorna beskrev en händelse där en kvinna, som blivit satt i väntrummet, avvek under överrapportering till sjuksköterskan. Kvinnan hann alltså inte få den hjälp hon behövde innan hon lämnade. En annan svårighet som grundades i bristande personalresurser var enligt en av sjuksköterskorna det faktum att det kunde vara svårt att tillgodose kvinnornas behov av kvinnlig personal, då det berodde på vilken läkare som var i tjänst. Det fanns en önskan hos en del sjuksköterskor att få ett bättre samarbete med kuratorer, och även att kunna skriva remiss dit gällande de våldsutsatta kvinnorna.

Brist på kunskap

Sjuksköterskor uttryckte även ett behov av ökad kunskap när det kom till bemötandet av misstänkt våldsutsatta kvinnor. Framför allt upplevde de ett behov av att öka kunskapen kring hur de skulle föra ett samtal med kvinnan utan att skuldbelägga henne. De ville även ha fler utbildningar för hela personalstyrkan kring bemötande av dessa kvinnor när det förekom språkförbistringar. Likaså utbildningar kring vilka lagar de skulle förhålla sig till samt vilka resurser som fanns att tillgå. En av sjuksköterskorna lyfte även behovet av att anställa fler vårdpersonal med bredare språkkunskaper och att utveckla bättre språkstöd, i syfte att minska risken för missförstånd. Det fanns även en önskan om att få hjälp med att lättare kunna säga nej till att anhöriga skulle delta i undersökningen, då de upplevde att den diskussionen inte var lätt att ta.

Svårigheter vid nekande och bristande information

Gemensamt för de flesta sjuksköterskor var upplevelsen av att det var svårt att hantera de kvinnor som nekade vid frågan om våld i nära relationer eller som uppgav att de inte ville ha hjälp. Flera sjuksköterskor uttryckte en känsla av sorg och frustration då kvinnorna inte ville berätta om våldet, inte kände sig redo att lämna relationen eller inte vågade polisanmäla. De upplevde det dessutom som svårt att gå vidare i samtalet efter att ha fått ett nekande svar på frågan, trots att misstanken kvarstod. En sjuksköterska uttryckte en känsla av maktlöshet när det kom till dessa situationer. ”Pat fortsätter neka trots att vi frågar om misshandel i hemmet. Denna situation är svår... Känsla av maktlöshet och sorg över deras situation. Dessa situationer är aldrig lätta.”

Det fanns även de sjuksköterskor som uttryckte svårigheter med att få uppgifter kring orsaken till skadorna då det förekom intoxication eller medvetandesänkning hos kvinnorna. Trots att det förekom misstankar, kunde de vara svårt att få reda på om det berodde på våld i nära relation.

Förekomst av rutiner

Avsaknad av rutiner

En del sjuksköterskor uttryckte att det inte fanns några standardrutiner gällande bemötande av kvinnor som misstänktes vara utsatta för våld i nära relationer. Gällande standardrutiner för hänvisning vid avslutad vård uttryckte vissa sjuksköterskor att de inte kände till några standardrutiner. En av dessa beskrev att de inte hade några rutiner kring detta, men att ansvarig sjuksköterska kunde hjälpa till vid behov. En annan sjuksköterska upplevde ett behov av rutiner samt utbildning kring detta.

Osäkra rutiner

Det var även en del av sjuksköterskorna som var osäkra på om det fanns exakta rutiner gällande bemötande av misstänkt våldsutsatta kvinnor. De upplevde även att de få rutiner som fanns var otydliga och att de inte alltid framgick vem som förväntades göra vad. De nämnde dock olika åtgärder som de brukade göra, vilket var att erbjuda fotografering av skador, tillkalla polis, ge information om stödboende, eventuell orosanmälan och dela ut lappar om kvinnojourer vid misstanke. Några av sjuksköterskorna uttryckte sig inte ha rutiner gällande bemötande, men att de däremot hade pärmar med viktiga nummer och information, samt kuvert eller broschyrer som de kunde dela ut till kvinnorna. En av dessa sjuksköterskor uttryckte även tydligt att de önskade klarare rutiner gällande bemötande av misstänkt våldsutsatta kvinnor på akutmottagningen. Ett par sjuksköterskor upplevde sig vara osäkra kring om det fanns rutiner gällande hänvisning efter avslutad vård. Den ena beskrev dock att de rekommenderade kvinnojourer och socialjourer till kvinnorna i deras grundläggande rutin, och att det hade fungerat, men att en tydligare rutin kring vilka resurser som fanns till hands för kvinnorna hade varit behövligt.

Befintliga rutiner

Några sjuksköterskor uppgav att de hade rutiner gällande bemötande av misstänkt våldsutsatta kvinnor. Dessa rutiner såg ut på olika sätt, men det mest förekommande var att alltid fråga kvinnorna om våld i nära relationer, även om vissa sjuksköterskor upplevde att detta slarvades med. Det var även vanligt förekommande att sjuksköterskorna hänvisade till kvinnojourer samt socialtjänsten, gjorde orosanmälningar, hänvisade eller kontaktade polis, erbjöd kuratorstöd samt låste journalanteckningarna. Andra åtgärder som vissa av sjuksköterskorna uttryckte att de gjorde var dokumentering av skadorna, erbjudande av information och möjlighet till återbesök. De gjorde även en riskbedömning om akut hotbild samt erbjöd akut omhändertagande med eventuell övernattnings på sjukhus, vid behov. En sjuksköterska beskrev att de använde auktoriserade tolkar vid behov, och att de undvek att låta anhöriga göra detta. Det framkom även av en sjuksköterska att de alltid frågade kvinnan om det fanns barn med i situationen. Av de som uppgivit sig ha en rutin gällande bemötandet av misstänkt våldsutsatta kvinnor fanns det även vissa som upplevde att rutinen skulle kunna förbättras. Framför allt när det kom till att fråga om våld i nära relation, då detta flertalet gånger endast associerades med fysiskt våld. Detta kunde därmed leda till ett nekande, trots att kvinnan kanske varit utsatt för andra typer av våld, som t.ex. psykiskt. Sjuksköterskan menade att det fanns en risk att kvinnorna själva inte visste om att de varit utsatta och att detta krävde att sjuksköterskorna såg över hur de ställde frågan och vad de frågade om. När det kom till de sjuksköterskor som uppgav sig ha rutiner gällande hänvisning efter avslutad vård framkom det att en vanlig åtgärd var kuvert med information och viktiga telefonnummer som gavs till kvinnorna. Några av dessa hade även en pärm med information kring stödboenden och hur kvinnorna ansökte om detta via socialtjänsten. En sjuksköterska uppgav att de alltid kopplade in kuratorer vid misshandel eller erbjöd detta till kvinnorna om de önskade kontakt. Även att kontakta kvinnojourer och socialjour var vanligt förekommande, samt att informera om att polis kunde kontaktas för anmälan. En av sjuksköterskorna uttryckte även en önskan om att kunna göra orosanmälan på vuxna individer vid misstanke om våld i nära relation.

Resultatsammanfattning

Resultatet talade för att sjuksköterskorna upplevde ett avvikande beteende hos de kvinnor som de misstänkte var utsatta för våld i nära relation. Detta beteende kunde uttrycka sig i tillbakadragenhet, att de sökte bekräftelse hos sin partner vid frågor samt hade fysiska tecken som inte stämde överens med deras anamnes. Det framkom även i resultatet att det förekom suicidförsök eller intoxikationer där den bakomliggande orsaken grundade sig i rädsla för en närstående. Resultatet pekade på att sjuksköterskorna även upplevde ett avvikande beteende hos anhöriga som bestod av nedvärderande attityd mot kvinnan, kontrollbehov och att de inte ville lämna kvinnan ensam med personalen i undersökningsrummet. De upplevde dessutom att kvinnorna i stor utsträckning hade ett behov av att tala i lugn och ro, i enskildhet samt av en kontinuitet bland personalen. Resultatet talade även för att sjuksköterskorna upplevde att kvinnlig personal kunde underlätta för bemötandet och att det var viktigt att frågan om våld ställdes av flera personer. Sjuksköterskorna upplevde även att bemötandet förbättrades om det skapades tillit mellan kvinnan och personalen, samt att det var viktigt att samtalet grundades i empati, ödmjukhet och respekt. De upplevde likaså att det var viktigt med en utbildad tolk vid språkförbistringar och att anhöriga inte tolkade. Det framkom även

att det fanns ett stort behov av kunskap kring bemötande samt att tidsbrist och brist på personal var ett stort hinder för bemötandet av dessa kvinnor.

DISKUSSION

Metoddiskussion

Ahrne och Svensson (2013) menar att kvalitativa metoder är ett bra val för att kunna förstå människors upplevelser och erfarenheter. Av den anledningen har denna studie använt sig av en kvalitativ metod, då syftet var att samla in empiriskt material som beskrev sjuksköterskors upplevelser och erfarenheter av att på akutmottagningar bemöta kvinnor som misstänktes vara utsatta för våld i nära relationer. Om studien istället hade använt en kvantitativ metod, bestående av till exempel enkäter med fasta frågor, hade det varit betydligt svårare att kunna ta del av sjuksköterskornas upplevelser och erfarenheter (Dahlberg, 2014). Alternativet hade då varit att göra en litteraturoversikt. Detta hade möjliggjort tillgång till ett större och bredare empiriskt material, dock hade det krävts att studiens geografiska område hade fått breddas till åtminstone Europa, för att få tillräckligt med data, då det råder en brist på forskning kring detta i Sverige. Däremot hade en breddning av det geografiska området kunnat påverka överförbarheten, det vill säga studiens benägenhet till att kunna överföras till andra kontexter (Mårtensson & Fridlund, 2017). Framför allt gällande svensk sjukvård, då sjukvården varierar mellan olika länder i Europa (Europa Kommissionen, 2014). Studien har därav utgått ifrån den metod som hade bäst förutsättningar för att kunna svara på studiens syfte, vilket stärker resultatets trovärdighet (Pettersson, 2017). Gällande studiens replikerbarhet var det sannolikt att ett liknande resultat kunnat uppnås om studien hade genomförts på akutmottagningar i en annan del av Sverige, då sjukvården till största del är likartad överallt i landet. Skulle studien däremot ha genomförts på område i Sverige med större glesbygd, hade det funnits en risk för att resultatet hade skiljt sig åt. Detta då tillgången till akutmottagningar samt till hälso- och sjukvårdspersonal är mindre tillgänglig i vissa områden i Sverige (Socialstyrelsen, 2019b).

Studien har utgått ifrån en induktiv ansats för att kunna dra slutsatser om det empiriska materialet (Henricson, 2017; Priebe & Landström, 2017). Detta krävde dock att det empiriska materialet studerades på ett förutsättningslöst sätt, vilket försvårades av den förförståelse som fanns kring fenomenet (Priebe & Landström, 2017). Förförståelsen kan således påverka tolkning av det empiriska materialet. Däremot menar Mårtensson och Fridlund (2017) att studiens pålitlighet stärks om förförståelsen beskrivs i forskningsstudien, vilket har gjorts i denna studie. Då denna studie pågått under en begränsad tidsperiod valdes enbart fokus på de akutmottagningar som var verksamma inom Västra Götaland, där det lärosäte denna studie utgått ifrån var beläget. Nackdelen med detta var att det begränsade överförbarheten då resultatet inte med säkerhet var tillämpligt för andra län i Sverige, även om sannolikheten fanns. Hade det funnits tid hade det varit intressant att genomföra studien på en nationell nivå, för att få en bättre överförbarhet. Det är dock alltid upp till läsaren att själv avgöra om resultatet är överförbart till en viss situation. Utöver geografisk begränsning gjordes ett urval kring informanter. De sjuksköterskor som inkluderades skulle ha varit yrkesverksamma i minst ett år, då det fanns en förförståelse om att nyexaminerade sjuksköterskor hade en viss osäkerhet i sitt yrkesutövande, och därmed kanske upplevde de flesta pressade situationer som utmanande. Detta stärks av en svensk studie som beskriver att den nyutexaminerade sjuksköterskan vanligtvis är osäker på vad som förväntas av dem samt är i behov av att öva på sin praktiska och teoretiska kompetens (Johansson et al., 2021). Däremot var det en sjuksköterska som besvarade frågeformuläret som endast varit

yrkesverksam i nio månader. Den här informanten uppfyllde dock alla övriga kriterier och därmed ansågs nio månader vara tillräckligt för att ha en grundkunskap inom yrket och kunna bidra med relevant data. Johansson et al. (2021) beskriver även att nyutexaminerade sjuksköterskor har en större benägenhet att följa rutiner än sjuksköterskor som arbetat en längre tid och som istället, till större del, följer sina erfarenheter. Därav var det intressant att ta del av den här personens upplevelser och erfarenheter kring bemötande och rutiner på akutmottagningen. Av de sjuksköterskor som besvarade frågeformuläret, exkluderades de som hade genomgått någon form av utbildning kring våld i nära relationer. Detta för att få en liknande utbildningsnivå för alla informanter och då studien syftar till att få fram upplevelser och erfarenheter hos de sjuksköterskor som inte gått någon sådan utbildning. Dock förekom det tre interna bortfall på frågan om specialistutbildning och därmed går det inte avgöra om dessa informanter genomgått någon utbildning kring våld i nära relationer eller inte.

Då studien var en kandidatuppsats med en relativt kort tidsbegränsning, och belastningen på akutmottagningarna var så pass hög, användes ett digitalt frågeformulär för att samla in det empiriska materialet. Det var mer lättillgängligt, krävde mindre tid samt hade möjlighet att nå ut till fler informanter (Billhult, 2017; Dahlberg, 2014; Ejlertsson, 2005). Det digitala frågeformuläret skapade dessutom möjlighet för informanterna att besvara frågorna när tid fanns (Ejlertsson, 2005). Det digitala frågeformuläret bestod av tre bakgrundsfrågor och sex öppna frågor (se bilaga 2). Syftet med bakgrundsfrågorna var dels att, i den mån det gick, kontrollera att informanterna uppfyllde inklusionskriterierna samt att kunna beskriva eventuella skillnader i bemötandet när det kom till sjuksköterskans kön. Dock har detta inte gjorts då tiden för analysen var begränsad och då det inte framkom några tydliga skillnader. De öppna frågorna formulerades på så sätt att informanterna skulle kunna beskriva sina upplevelser och erfarenheter av att bemöta kvinnor som misstänktes vara utsatta för våld i nära relationer, vilket Dahlberg (2014) menar är en tillämpningsbar metod för det ändamålet. Därav ökade även studiens trovärdighet, då metoden var anpassad efter studiens syfte (Pettersson, 2017). En fördel med användandet av ett frågeformulär var att alla informanter fick samma frågor ställda på samma sätt, vilket ökade sannolikheten för liknande tolkningar. En nackdel kan dock vara att det begränsar möjligheten att ställa följdfrågor, vilket kan ha påverkat tolkningarna av svaren (Ejlertsson, 2005). För att minska risken för feltolkningar lästes det empiriska materialet ett flertal gånger och analysen genomfördes av båda forskarna för att säkerställa att båda tolkade materialet på samma sätt. Det tydliggjordes även i både informationsbrev och i frågeformuläret att informanterna kunde ta kontakt via e-post om oklarheter uppstod, i syfte att minska risken för misstolkningar hos informanterna. Något som hade förbättrat frågeformuläret hade varit om en pilotstudie gjorts i syfte att undersöka om frågorna tolkades såsom det var avsett (Ejlertsson, 2005).

Tre olika insamlingsmetoder användes i denna studie och anledningen till detta var för att inte alla enhetschefer hade tid att personligen tillfråga de sjuksköterskor på avdelningen som uppfyllde studiens inklusionskriterier. Detta försvårade dock möjligheten att skicka ut påminnelser samt att säkerställa hur många som fått ta del av informationsbrevet och länken. Det gick därför inte att avgöra hur stort externt bortfall studien hade. Med externt bortfall menas att en person inte kan eller vill delta i undersökningen, trots att de tagit emot frågeformuläret (Ejlertsson, 2005). Fördelarna med flera olika metoder var att det gav studien möjlighet till att nå fler potentiella informanter samt inkluderade de akutmottagningar som annars kanske hade fått exkluderas. Överlag var det dock svårt att

säkerställa att alla informanter ingick i studiens inklusionskriterier, då en stor tillit gavs till att informanterna själva kunde avgöra om de uppfyllde kriterierna eller inte. För att stärka sannolikheten för detta beskrevs kriterierna både i informationsbrevet och i det digitala frågeformuläret, som både enhetschefer och informanter fått ta del av. Det har dock krävts en del påminnelseutskick och mejlande med enhetscheferna på de olika akutmottagningarna för att få in svar på frågeformuläret. Anledningen till detta var troligtvis en hög belastning på sjukvården då det fortfarande var semestertider när studien inleddes, samt då det var en pågående Covidpandemi. Om studien hade genomförts under en period med bättre förutsättningar, hade sannolikt fler sjuksköterskor varit intresserade av att delta i studien.

Det empiriska materialet analyserades med en kvalitativ innehållsanalys, då denna analysmetod enligt Dahlberg (2014) beskriver vad människor uttrycker, vad de anser och upplever. Nackdelarna med detta är att denna metod inte alltid är tillförlitlig då det kan vara skillnad på vad en person uttrycker i texter och vad de egentligen menar. För att kunna få fram den djupare betydelsen av en text, och på så sätt få en ökad validitet, krävs i regel användning av en innebördsanalys (Dahlberg, 2014). Då denna studie var en kandidatuppsats med en begränsad tidsperiod ansågs en innehållsanalys vara mer anpassad för tidsramen. Vilket stärks av Dahlberg (2014) som menar att en innehållsanalys är att rekommendera vid en uppsats på kandidatnivå. Analysen och resultatet har granskats av både handledare och andra studenter under processens gång, vilket stärker studiens bekräftelsebarhet (Mårtensson & Fridlund, 2017).

Resultatdiskussion

Resultatet i denna studie tyder på att det hos ett flertal av de kvinnor som söker vård på akutmottagningen, på grund av intoxikationer och suicidförsök, finns en bakomliggande rädsla för en anhörig. Denna rädsla kan enligt en av sjuksköterskorna i studien vara orsaken till att kvinnorna försöker ta sitt liv eller använda substanser för att döva smärtan. Forskning visar på att psykiska problem i form av depression och suicid tendenser är en av de flertalet hälsoproblem som våld i nära relationer kan orsaka. Även alkoholmissbruk och annan användning av olika substanser kan vara en direkt konsekvens av att vara utsatt för våld i nära relationer (García-Moreno et al., 2013). Detta tyder på att det finns ett samband mellan alkoholkonsumtion, suicid tendenser och våld i nära relationer. Därav är det viktigt att fråga även dessa kvinnor om förekomsten av våld, när de söker vård på akutmottagningar. En australiensisk studie lyfter denna problematik, då deras resultat tyder på att en stor del av de kvinnor som söker vård på akutmottagningen på grund av suicidbenägenhet är utsatta, eller har varit utsatta, för våld i nära relationer. Dessa kvinnor uttrycker att de sällan blivit tillfrågade om förekomsten av våld under vårdmötet (Rasmussen et al., 2021). En svensk studie visar på att även sjuksköterskor inom primärvården i Sverige, som i likhet med akutvården är första linjens sjukvård, sällan frågar kvinnor om våld, om det inte förekommer fysiska tecken (Sundborg et al., 2012). Sjuksköterskan är skyldig att tillgodose patientens behov av trygghet och säkerhet (SFS 2017:30) och för att försäkra sig om detta är det nödvändigt att sjuksköterskan alltid frågar om förekomsten av våld i nära relation, oavsett fysiska tecken. Detta är viktigt för att kunna uppmärksamma kvinnans behov av hjälp samt kunna förhindra att våldet fortgår. Om frågan inte ställs, är det svårt att till fullo ta del av kvinnans livsvärld och berättelse (Ekebergh, 2015a), vilket i sin tur kan orsaka en form av vårdlidande. I detta fall skulle det kunna innebära en fortgående våldsutsatthet och i värsta fall leda till att kvinnan avlider, antingen som ett resultat av våldet eller på grund av

suicidförsök (García-Moreno et al., 2013). Vårdlidande är dessutom något som sjuksköterskan är skyldig att förhindra (SFS 2010:659).

Ett hinder som presenteras i resultatet är brist på tid och personal. Sjuksköterskorna uttrycker ett behov av att kunna tala med kvinnan i ett avskilt rum, i syfte att skapa en trygg miljö. De upplever att kvinnorna vanligtvis behöver betänketid för att våga tala om våldet, samt att sjuksköterskorna behöver vara närvarande i samtalet för att kunna bekräfta kvinnans berättelse och ge stöd. Majoriteten av sjuksköterskorna uttrycker dock att de vanligtvis inte har möjlighet att göra detta på grund av tidsbrist. De upplever arbetsmiljön som stressig och att den tid de har till varje kvinna är för kort, vilket även är något som presenteras i tidigare forskning som ett hinder för ett gott bemötande av våldsutsatta kvinnor (Zijlstra et al., 2017). Tid för samtal är en förutsättning för att kunna ha ett livsvärldsperspektiv i vårdandet, och utan detta är det svårt att ta del av kvinnans livsvärld och berättelse, samt göra patienten delaktig i sin vård (Ekebergh, 2015a). Gemensamt för de flesta sjuksköterskor är en önskan om mer personal för att kunna avsätta tid till dessa kvinnor. En svensk studie visar på att majoriteten av de våldsutsatta kvinnor som deltog i studien upplevde ett bristande omhändertagande och att de inte fick den hjälp som de hade behövt (Pratt-Eriksson et al., 2014). Detta kan tyda på att om sjuksköterskorna på akutmottagningen upplever en tidsbrist, kan det påverka deras bemötande och på så sätt skapa en negativ upplevelse hos de våldsutsatta kvinnorna. Denna negativa upplevelse kan i sin tur orsaka att våldet tillåts fortgå eller att kvinnorna inte vill söka hjälp igen, vilket stärks av en svensk studie där kvinnor som sökt vård för våld i nära relationer flertalet gånger upplevt sig förrådda av systemet och ångra att de sökt hjälp (Pratt-Eriksson et al., 2014). Det är även lagstadgat att det ska finnas tillräckligt med personal för att kunna säkerställa en god vård (SFS 2017:30). Då våldsutsatta kvinnor inte får den vård de behöver, skapas en form av vårdlidande och potentiella vårdskador (García-Moreno et al., 2013), vilket sjuksköterskan är skyldig att förhindra (SFS 2010:659). Det finns dock en problematik kring bristen på tid och personal, då dessa två faktorer hänger ihop. En rapport från Socialstyrelsen (2019b) visar på en brist när det kommer till både grundutbildade och specialistutbildade sjuksköterskor i 20 av 21 landsting i Sverige. Vilket tyder på att detta är ett riksomfattande problem som inte enbart kan åtgärdas av den enskilda akutmottagningen.

Resultatet i denna studie tyder även på att det finns varierande rutiner och praxis på de olika akutmottagningarna, vilket ökar risken för att vården och bemötandet av de våldsutsatta kvinnorna skiljer sig åt. En svensk studie visar på att det finns ett behov av tydliga riktlinjer när det kommer till hanterandet av kvinnor som utsätts för våld i nära relationer. Samma studie uttrycker även att de sjuksköterskor som var förberedda, hade kunskap om aktuella stödorganisationer och inte var rädd för att skapa en obekväm situation, hade större benägenhet till att faktiskt fråga kvinnorna om våld i nära relationer (Lawoko et al., 2011). Att ha gemensamma och skriftliga rutiner och praxis på alla akutmottagningar kan därmed främja för att vården ska bli lika för alla. Enligt Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd om våld i nära relationer är vårdgivaren även skyldig att fastställa rutiner för att utveckla och skapa förutsättningar för en säker vårdkvalitet i arbetet med våldsutsatta (SOSFS 2014:4). Behovet av detta styrks av en finsk studie som visar på att gemensamma rutiner och praxis ger ett mer planerat vårdmöte med den våldsutsatta kvinnan, där mötet inte grundas i enbart sjuksköterskans kunskaper, attityder och kompetens, vilket främjar för en mer jämlik vård (Leppäkoski & Paavilainen, 2013). Utan gemensamma riktlinjer finns en risk för att sjuksköterskors attityder, fördomar och varierande kompetens istället styr vårdmötet och

skapar en negativ upplevelse för kvinnan. Resultat i den här studien pekar på att förekomsten av dömande attityder och negativa fördomar hos personalen på akutmottagningarna kan leda till att kvinnorna inte tas på allvar om de exempelvis söker vård flertalet gånger. Detta stärks av en svensk studie som visar på att en del våldsutsatta kvinnor upplever sig missförstådda och inte lyssnade på, samt att de önskar bli bemötta med respekt, empati och bli tagna på allvar (Pratt-Eriksson et al., 2014), vilket även sjuksköterskan är skyldig att göra (Svensk sjuksköterskeförening, 2017). Att bli bemött med en fördömande attityd av vårdpersonalen kan leda till ett lidande hos patienten som inkluderar känslor av skam och skuld (Eriksson, 2015). Detta lidande skulle kunna undvikas om sjukvårdspersonalen har rätt kompetens för ett gott bemötande, vilket innebär att den här typen av lidande blir ett vårdlidande och därmed en form av vårdskada (Arman, 2015). Det visar på att det finns ett behov av utbildning när det kommer till just bemötande av kvinnor som utsätts för våld i nära relationer. Behovet stärks av tidigare forskning som tyder på att ett vanligt hinder för ett gott bemötande av våldsutsatta kvinnor är bristen på kompetens och utbildning (Kirk & Bezzant, 2020; Zijlstra et al., 2017).

Resultatet i den här studien tyder på att det finns en stor problematik med att anhöriga används som tolk i vårdmötet med den misstänkt våldsutsatta kvinnan. Detta då det hämmar möjligheten för att kvinnan ska kunna tala helt fritt, samt ökar risken för missförstånd eller att delar av samtalet döljs. En svensk studie visar på att även de våldsutsatta kvinnorna upplever det som begränsande att ha anhöriga med sig under samtalet (Pratt-Eriksson et al., 2014). Resultatet pekar på att det därmed är viktigt med auktoriserade tolkar, för att sjuksköterskan ska kunna fråga om våldet på ett riskfritt sätt samt att kvinnan ska få den information hon behöver. Kvinnan har rätt till delaktighet i sin vård samt möjlighet till självbestämmande (SFS 2014:821), vilket är svårt att uppnå om kvinnan inte kan kommunicera med sjuksköterskan. Utan fungerande kommunikation är det dessutom svårt att som sjuksköterska ha ett livsvärldsperspektiv, då detta kräver öppenhet och lyhördhet för kvinnans berättelse samt närvaro i samtalet (Dahlberg, 2014; Ekebergh, 2015a; Ekebergh, 2015b). Detta i sin tur påverkar möjligheten till att ge en god vård samt att kunna skapa tillit, vilket har visat sig vara en avgörande faktor för att öka kvinnors benägenhet att tala om våldet (Battaglia et al., 2003). Det är alltså sjuksköterskans skyldighet att se till att kvinnan förstår vad som sägs, samt att sjuksköterskan själv kan ta till sig det kvinnan berättar. Sjuksköterskan är även skyldig att främja kvinnans integritet (SFS 2014:821) och i de fall där anhöriga tolkar finns det en risk för att det blir ett integritetsintrång. Frågor om våld i nära relationer är ett känsligt ämne, och kan således upplevas som obekvämt för kvinnan om anhöriga närvarar (Kirk & Bezzant, 2020), även om de inte är inblandade i våldet. Sjuksköterskan ska dessutom främja en god kontakt med kvinnan och detta är svårt att göra om det råder språkförbistringar (SFS 2017:30). Resultatet tyder även på att kvinnorna ibland även önskar ha sin närstående som tolk, vilket skapar problem då det är svårt som sjuksköterska att avgöra om kvinnan faktiskt önskar detta, eller känner sig pressad till det på grund av exempelvis hot om våld. För att undvika detta kan ett standardiserat införande av auktoriserade tolkar vid språkförbistringar vara lämpligt. En svensk studie stärker detta behov men betonar även vikten av att anpassa tolk efter patientens behov, framför allt när det kommer till språkliga dialekter, etnicitet och patientens kön. Tolken behöver även ha goda kunskaper kring medicinska termer för att undvika missförstånd (Krupic et al., 2016). Vid samtal med kvinnor som misstänks vara utsatta för våld i nära relation kan det exempelvis vara viktigt att använda sig av en kvinnlig tolk, då de utsatta kvinnorna kan ha svårt att anförtro sig till en man. Detta lyfts även av resultatet som tyder på att kvinnlig

personal kan vara en trygghetsgivande faktor. Resultatet pekar på att det även finns situationer där auktoriserade tolkar är svårt att få tillgång till, exempelvis vid akuta situationer, då tolk måste bokas i förväg, och då kvinnan talar ett minoritetsspråk där det finns en brist på tolkar. I dessa situationer är det svårt för sjuksköterskorna att uppfylla sina skyldigheter enligt både Hälso- och sjukvårdslagen och Patientlagen. Därför behövs åtgärder för att lösa dessa problem. Resultatet i denna studie tyder på att det finns ett behov av att utbilda personalen i hur de bäst bemöter kvinnor som de misstänker är utsatta för våld, när det finns språkförbistringar. En sjuksköterska föreslog även anställning av fler personal med bredare språkkunskaper som en åtgärd för detta.

Konklusion

Resultatet talar för att det framför allt finns tre olika teman som behöver utvecklas för att främja ett gott bemötande av misstänkt våldsutsatta kvinnor: möjlighet till enskilt samtal, gemensamma rutiner samt utbildning av personal. För att skapa tillit hos kvinnorna krävs möjlighet till enskilda samtal och att sjuksköterskan kan vara närvarande i samtalet. Ett hinder för detta är tidsbrist och brist på personal. Gemensamma rutiner krävs för att säkerställa att enskilda sjuksköterskors attityder, kompetenser och fördomar inte påverkar kvinnornas rätt till lika vård. Utbildning av personal behövs gällande både allmänt bemötande av misstänkt våldsutsatta kvinnor, samt kring bemötande vid språkförbistringar. Ett hinder för ett gott bemötande som resultatet lyfter fram är: användningen av anhöriga som tolk. För att främja en säker och trygg vård för kvinnorna krävs auktoriserade tolkar vid språkförbistringar. Resultatet pekar även på att intoxication och suicidförsök kan vara tecken på att våld i nära relationer förekommer och sjuksköterskor bör därför alltid ställa frågan om våld till de kvinnor som vårdas för detta. Det är viktigt att alltid ställa frågor om våld i nära relationer och att förklara de olika typerna av våld, för att säkerställa att kvinnan förstår att våld i nära relation innefattar mer än bara fysiskt våld.

Kliniska implikationer och förslag till utveckling av ämnet

Implikationer för att främja vården av misstänkt våldsutsatta kvinnor ses vara att införa gemensamma, skriftliga rutiner på alla akutmottagningar i Västra Götaland för att säkerställa en god och jämlik vård för de misstänkt våldsutsatta kvinnorna. I dessa rutiner bör det framkomma att frågan om förekomst av våld i nära relation ska ställas till alla kvinnor i den mån det är möjligt, samt att alltid fråga om det finns barn inblandade då våld förekommer, detta då sjuksköterskan är skyldig att anmäla det till socialtjänsten. Användandet av anhöriga som tolk ska i största möjliga mån undvikas då det skapar risk för missförstånd och sätter kvinna i en utlämnande situation då sjuksköterskan inte kan säkerställa ett samtycke. Förslag på framtida forskning är framför allt att undersöka vilka rutiner som är mest effektiva, både ur ett sjuksköterskeperspektiv och ur de misstänkt våldsutsatta kvinnornas perspektiv, i syfte att skapa ett gemensamt rutinunderlag när det kommer till bemötandet av dessa kvinnor. Anledningen till detta är att studien tyder på att det förekommer olika rutiner på akutmottagningarna i Västra Götaland och att det till och med saknas rutiner i vissa fall. Detta skapar hinder för en jämlik vård när det kommer till bemötande av de misstänkt våldsutsatta kvinnorna.

REFERENSER

- Ahrne, G. & Svensson, P. (2013). Att designa ett kvalitativt forskningsprojekt. I G. Ahrne & P. Svensson (Red.), *Handbok i kvalitativa metoder* (s.19-35). Liber. ISBN: 978-91-47-09446-2
- Alhalal, E. (2020). Nurses' knowledge, attitudes and preparedness to manage women with intimate partner violence. *International Nursing Review*, 67(2), 265–274. Doi: <https://doi.org/10.1111/inr.12584>
- Alshammari, K. F., McGarry, J. & Higginbottom, G. M. A. (2018). Nurse education and understanding related to domestic violence and abuse against women: An integrative review of the literature. *Nursing Open*, 5(3), 237–253. Doi: 10.1002/nop.2.133
- Arman, M. (2015). Lidande och lindrat lidande. I M. Arman., K. Dahlberg. & M. Ekebergh (Red.), *Teoretiska grunder för vårdande* (s. 38–60). Liber.
- Battaglia, T. A., Finley, E. & Liebschutz, J. M. (2003). Survivors of intimate partner violence speak out. *Journal of General Internal Medicine*, 18(8), 617–623. Doi: <https://doi.org/10.1046/j.1525-1497.2003.21013.x>
- Bengtsson, J. (2005). *Med livsvärlden som grund* (2: a uppl.). Studentlitteratur.
- Billhult, A. (2017). Enkäter. I M. Henricson (Red.), *Vetenskaplig teori och metod: från idé till examination inom omvårdnad* (2: a uppl., 111–119). Studentlitteratur. ISBN: 978-91-44-11328-9
- Brottsförebyggande rådet. (2014). *Brott i nära relationer: en nationell kartläggning* (Rapport 2014:8). https://www.bra.se/download/18.9eaaede145606cc8651ff/1399015861526/2014_8_Brott_i_nara_relationer.pdf
- Brottsförebyggande rådet. (2019). *Tystnadskulturer: en studie om tystnad mot rättsväsendet* (Rapport 2019:10). https://www.bra.se/download/18.62c6cfa2166eca5d70ea8578/1614334364279/2019_10_Tystnadskulturer.pdf
- Brottsförebyggande rådet. (2020a). *Våld i nära relationer*. Hämtat den 16 april 2021 från <https://www.bra.se/statistik/statistik-utifran-brottstyper/vald-i-nara-relationer.html>
- Brottsförebyggande rådet. (2020b). *Konstaterade fall av dödligt våld: en granskning av allmänt dödligt våld 2019*. https://www.bra.se/download/18.7d27ebd916ea64de5304df57/1614335656417/Sammanfattning_D%C3%B6dligtv%C3%A5ld_2019.pdf

Cleak, H., Hunt, G., Hardy, F., Davies, B. & Bell, J. (2021). Health Staff Responses to Domestic and Family Violence: The Case for Training to Build Confidence and Skills. *Australian Social Work*, 74(1), 42–54. <https://doi.org/10.1080/0312407X.2020.1808029>

Dahlberg, K. (2014). *Att undersöka hälsa & vårdande*. Natur & Kultur. ISBN: 978-91-27-13487-4

Danielson, E. (2017). Kvalitativ innehållsanalys. I M. Henricson (Red.), *Vetenskaplig teori och metod: från idé till examination inom omvårdnad* (2: a uppl., s. 285–299). Studentlitteratur.

Ejlertsson, G. (2005). *Enkäten i praktiken - en handbok i enkätmetodik* (2: a uppl.). Studentlitteratur. ISBN: 978-91-44-03164-4

Ekebergh, M. (2015a). Vårdvetenskap som kunskap och perspektiv. I M. Arman., K. Dahlberg. & M. Ekebergh (Red.), *Teoretiska grunder för vårdande* (s. 16–22). Liber.

Ekebergh, M. (2015b). Att förstå patienten ur ett livsvärldsperspektiv. I M. Arman., K. Dahlberg. & M. Ekebergh (Red.), *Teoretiska grunder för vårdande* (s. 66–75). Liber.

Eriksson, K. (2015) *Den lidande människan* (2: a uppl.). Liber. ISBN 9789147112753

Europakommissionen. (2014). *Meddelande från kommissionen om effektiva, tillgängliga och anpassningsbara hälso- och sjukvårdssystem*. Europakommissionen.

https://ec.europa.eu/health/sites/default/files/systems_performance_assessment/docs/com2_014_215_final_sv.pdf

Förenta Nationerna. (2021). *60% ökning av våld i nära relationer*. Hämtad den 20 april 2021 från <https://unric.org/sv/60-okning-av-vald-i-nara-relationer/>

García-Moreno, C., Pallitto, C., Devries, K., Stöckl, H., Watts, C. & Abrahams, N. (2013). *Global and regional estimates of violence against women: prevalence and health effects of intimate partner violence and non-partner sexual violence*. World Health Organization, Geneva. ISBN: 978-92-4-156462-5

Henricson, M. (2017). Forskningsprocessen. I M. Henricson (Red.), *Vetenskaplig teori och metod: från idé till examination inom omvårdnad* (2: a uppl., s. 43–56). Studentlitteratur. ISBN: 978-91-44-11328-9

Henricson, M. & Billhult, A. (2017). Kvalitativ metod. I M. Henricson (Red.), *Vetenskaplig teori och metod: från idé till examination inom omvårdnad* (2: a uppl., s. 111–119). Studentlitteratur. ISBN: 978-91-44-11328-9

Häger Glenngård, A., Steen Carlsson. & Berglund, A. (2011). *Ekonomiska konsekvenser av våld mot kvinnor - en kunskapsöversikt samt kostnadsberäkningar utifrån tre typfall* (Rapport 2011:1). Institutet för Hälso- och sjukvårdsekonomi. https://ihe.se/wp-content/uploads/2017/10/IHE-RAPPORT-2011_1.pdf

Johansson, A., Berglund, M. & Kjellsdotter, A. (2021). Clinical Nursing Introduction Program for new graduate nurses in Sweden: study protocol for a prospective longitudinal cohort study. *BMJ Open*, 11. Doi:10.1136/bmjopen-2020-042385

Kandeğer, A. & Nazirođlu, A. (2021). The mediating effects of self-perception and somatoform dissociation in the relationship between domestic violence and suicidal ideation. *Archives of Women's Mental Health*, 24(2), 251-257. Doi: <https://doi-org.libraryproxy.his.se/10.1007/s00737-020-01064-6>

Kirk, L. & Bezzant, K. (2020). What barriers prevent health professionals screening women for domestic abuse? A literature review. *British Journal of Nursing*, 29(13), 754-760. Doi: 10.12968/bjon.2020.29.13.745

Kivela, S., Leppäkoski, T., Helminen, M. & Paavilainen, E. (2018). A cross-sectional descriptive study of the family functioning, health and social support of hospital patients with family violence backgrounds. *Scand J Caring Sci*, 32(3), 1083–1092. Doi: 10.1111/scs.12554.

Krupic, F., Hellström, M., Biscevic, M., Sadic, S. & Fatahi, N. (2016). Difficulties in using interpreters in clinical encounters as experienced by immigrants living in Sweden. *Journal of Clinical Nursing*, 258(11-12), 1721–1728. Doi: 10.1111/jocn.13226

Lawoko, S., Sanz, S., Helstrom, L. & Castren, M. (2011). Screening for Intimate Partner Violence against Women in Healthcare Sweden: Prevalence and Determinants. *ISRN Nursing*, 2011, 510692. Doi: <https://doi.org/10.5402/2011/510692>

Leppäkoski, T. & Paavilainen, E. (2013). Interventions for women exposed to acute intimate partner violence: emergency professionals' perspective. *Journal of Clinical Nursing*, 22(15-16), 2273–2285. Doi: 10.1111/j.1365-2702.2012.04202.x

Medicinska forskningsrådet. (2000). *Riktlinjer för etisk värdering av medicinsk humanforskning: Forskningsetisk policy och organisation i Sverige* (MFR-rapport 2). Centraltryckeriet. <https://infovoice.se/fou/bok/diverse/etik2000.pdf>

Mårtensson, J. & Fridlund, B. (2017). Vetenskaplig kvalitet i examensarbete. I M. Henricson (Red.), *Vetenskaplig teori och metod: från idé till examination inom omvårdnad* (2: a uppl., s. 421–438). Studentlitteratur. ISBN: 978-91-44-11328-9

Pettersson, P. (2017) Aktionsforskning. I M. Henricson (Red.), *Vetenskaplig teori och metod: från idé till examination inom omvårdnad* (2: a uppl., s. 251–264). Studentlitteratur. ISBN: 978-91-44-11328-9

Pratt-Eriksson, D., Bergbom, I. & Lyckhage, E. D. (2014). Don't ask don't tell: Battered women living in Sweden encounter with healthcare personnel and their experience of the care given. *International Journal of Qualitative Studies on Health and Well-being*, 9(1), 1-7. Doi: 10.3402/qhw.v9.23166

Priebe, G. & Landström, C. (2017). Vetenskapliga kunskapens möjligheter och begränsningar - grundläggande vetenskapsteori. I M. Henricson (Red.), *Vetenskaplig teori och metod: från idé till examination inom omvårdnad* (2: a uppl., s. 25–42). Studentlitteratur. ISBN: 978-91-44-11328-9

Rasmussen, V., Steel, Z., Spangaro, J. & Torok, M. (2021). Investigating the prevalence of intimate partner violence victimisation in women presenting to the emergency department in suicidal crisis. *Emergency Medicine Australasia*, 33(4), 703–710. Doi: 10.1111/1742-6723.13714

SFS 1962:700. *Brottsbalk*. Justitiedepartementet L5. Hämtad 20 september, 2021, från https://www.riksdagen.se/sv/dokument-lagar/dokument/svensk-forfattningssamling/brottsbalk-1962700_sfs-1962-700

SFS 2001:453. *Socialtjänstlag*. Socialdepartementet. Hämtad 20 september, 2021, från https://www.riksdagen.se/sv/dokument-lagar/dokument/svensk-forfattningssamling/socialtjanstlag-2001453_sfs-2001-453

SFS 2009:400. *Offentlighets- och sekretesslag*. Justitiedepartementet L6. Hämtad 20 september, 2021, https://www.riksdagen.se/sv/dokument-lagar/dokument/svensk-forfattningssamling/offentlighets--och-sekretesslag-2009400_sfs-2009-400

SFS 2010:659. *Patientsäkerhetslag*. Socialdepartementet. Hämtad 20 april, 2021, från https://www.riksdagen.se/sv/dokument-lagar/dokument/svensk-forfattningssamling/patientsakerhetslag-2010659_sfs-2010-659

SFS 2014:821. *Patientlagen*. Socialdepartementet. Hämtad den 15 oktober, 2021, från https://www.riksdagen.se/sv/dokument-lagar/dokument/svensk-forfattningssamling/patientlag-2014821_sfs-2014-821

SFS 2017:30. *Hälso- och sjukvårdslag*. Socialdepartementet. Hämtad 20 april, 2021, från https://www.riksdagen.se/sv/dokument-lagar/dokument/svensk-forfattningssamling/halso--och-sjukvardslag_sfs-2017-30

Socialstyrelsen. (2019a). *Plan för utökad samverkan för förbättrad upptäckt av våld i nära relationer*. <https://www.socialstyrelsen.se/globalassets/sharepoint-dokument/artikelkatalog/ovrigt/2019-5-24.pdf>

Socialstyrelsen. (2019b). *Nationella planeringsstödet 2019 - Bedömning av tillgång och efterfrågan på legitimerad personal i hälso- och sjukvård samt tandvård*. https://www.socialstyrelsen.se/globalassets/sharepoint-dokument/artikelkatalog/ovrigt/2019-2-14.pdf?fbclid=IwAR0E8jYgaXuluZfxyVUC-8vgKJdUNLfGsD_eFmElUpdk8BGQHIEy2L5bge4

SOSFS 2014:4. *Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd om våld i nära relationer*. Socialstyrelsen. <https://www.socialstyrelsen.se/globalassets/sharepoint-dokument/artikelkatalog/foreskrifter-och-allmanna-rad/2014-5-7.pdf>

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

Svensk sjuksköterskeförening. (2017). *Kompetensbeskrivning för legitimerad sjuksköterska*. <https://swenurse.se/download/18.9f73344170c003062317be/1584025404390/kompetensbeskrivning%20legitimerad%20sjuksk%C3%B6terska%202017.pdf>

Vetenskapsrådet. (2002). *Forskningsetiska principer inom humanistisk-samhällsvetenskaplig forskning*. Elanders Gotab. https://www.lincs.gu.se/digitalAssets/1268/1268494_forskningsetiska_principer_2002.pdf

World Health Organization. (2016). *Global plan of action to strengthen the role of the health system within a national multisectoral response to address interpersonal violence, in particular against women and girls, and against children*. World Health Organization. [http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/252276/9789241511537-eng.pdf;jsessionid=AB2456BE3016AC2C44FAC26D28C61081?sequence=1#_utma=1.1022321532.1618473377.1618473377.1618473377.1&_utmb=1.4.10.1618473377&_utmc=1&_utmx=-&_utmz=1.1618473377.1.1.utmcsr=google|utmccn=\(organic\)|utmcmd=organic|utmctr=\(not%20provided\)&_utmv=-&_utmk=119896200](http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/252276/9789241511537-eng.pdf;jsessionid=AB2456BE3016AC2C44FAC26D28C61081?sequence=1#_utma=1.1022321532.1618473377.1618473377.1618473377.1&_utmb=1.4.10.1618473377&_utmc=1&_utmx=-&_utmz=1.1618473377.1.1.utmcsr=google|utmccn=(organic)|utmcmd=organic|utmctr=(not%20provided)&_utmv=-&_utmk=119896200)

Yu, R., Nevado-Holgado, A. J., Molero, Y., D'Onofrio, B. M., Larsson, H., Howard, L. M. & Fazel, S. (2019). Mental disorders and intimate partner violence perpetrated by men towards women: A Swedish population-based longitudinal study. *PLOS Medicine*, *16*(12), 1-19. Doi: <https://doi.org/10.1371/journal.pmed.1002995>

Zijlstra, E., van de Laar, R., Moors, M. L., Lo Fo Wong, S. & Lagro-Janssen, A. (2017). Tensions and Ambivalent Feelings: Opinions of Emergency Department Employees About the Identification and Management of Intimate Partner Violence. *Journal of Interpersonal Violence*, *32*(7), 1044–1067. Doi: <https://doi.org/10.1177/0886260515587663>

Bilaga 1: Informationsbrev

Studiens syfte:

Den här studien har som syfte att beskriva sjuksköterskors upplevelser av att på akutmottagningar bemöta kvinnor som misstänks vara utsatta för våld i nära relationer.

Vi är intresserade av att veta mer om de eventuella hinder och främjande åtgärder för bemötandet av kvinnliga patienter som misstänks vara utsatta för våld i nära relationer. Vi är även intresserade av att få reda på mer om de standardrutiner som finns, om de anses tillräckliga och vilka tecken som faktiskt får dig som sjuksköterska att misstänka att kvinnan utsätts för våld i en nära relation.

Anledning till att vi tillfrågar just dig att delta i studien är för att du är en sjuksköterska som arbetar på en akutmottagning i Sverige, du har minst ett års erfarenhet, du har haft kontakt med minst en kvinna som du misstänkt varit utsatt för våld i nära relationer och du har ingen specifik utbildning kring just bemötandet av kvinnor som utsätts för våld i nära relationer.

Kvinnor som utsätts för våld i nära relationer är ett globalt hälsoproblem som har ökat de senaste åren som en konsekvens av Corona-pandemin och de rörelsebegränsningar som skett. Dessa kvinnor söker i större utsträckning vård på akutmottagningar än kvinnor som inte utsätts för våld, vilket visar på att akutsjukvården är en viktig plattform för att kunna upptäcka och stötta dessa kvinnor. Därför behöver sjuksköterskor som arbetar på akutmottagningar få rätt kompetens för att kunna ge ett bra bemötande, kunna uppmärksamma patientens enskilda behov och våga tala om våldet. Detta för att på så sätt upptäcka det i ett tidigt skede och minska patientens lidande.

Det finns dock få studier gjorda kring detta i Sverige, och vi skulle uppskatta din hjälp för att kunna bidra med givande data kring detta.

Hur går studien till?

I denna studie får du möjlighet att besvara några frågor kring din upplevelse av att bemöta kvinnor som misstänks vara utsatta för våld i nära relationer. Tanken med frågorna är att du ska få möjlighet att beskriva dina upplevelser med egna ord och vi skulle uppskatta om frågorna besvaras så utförligt som möjligt.

Den information som du delger kommer att avidentifieras och hanteras konfidentiellt. Endast forskarna kommer att ha tillgång till det här datamaterialet och obehöriga kommer alltså inte att ha åtkomst till detta. Allt datamaterial kommer att koda och redovisas på ett sätt som inte kommer att kunna kopplas till dig personligen och datamaterialet kommer att förstöras så fort studien är avslutad.

Hur får jag information om resultatet av studien?

Om du önskar ta del av studien när den är klar, är du välkommen att kontakta forskarna via e-post. Resultatet kommer även att publiceras som en C-uppsats i Divaportalen.

Ersättning?

Ekonomisk ersättning utgår inte för deltagande i studien.

Deltagandet är frivilligt.

Ditt deltagande är frivilligt och du har rätt att avbryta deltagandet när du skulle vilja, utan påföljd. Om du väljer att inte delta eller vill avbryta ditt deltagande behöver du inte ange något skäl till detta. Om du vill avbryta ditt deltagande, vänligen kontakta forskarna via e-post. De finns även tillgängliga för att besvara eventuella frågor.

Genom att besvara detta frågeformulär medger du också samtycke till att delta i studien.

(Denna informationen återkommer även i början på frågeformuläret)

Ansvariga för studien:

Alice Mattsson
Högskolan i Skövde
Institutionen för hälsovetenskaper
E-post: a18alima@student.his.se

Sofia Mickelsson
Högskolan i Skövde
Institutionen för hälsovetenskaper
E-post: a18sofmi@student.his.se

Bilaga 2: Frågeformulär

Frågor:

1. Vilket juridiskt kön har du? Man Kvinna Vill ej svara
2. Har du någon/några specialistutbildningar om ja: vilken/vilka?
3. Hur många års yrkeserfarenhet har du på akutmottagningar?
4. Beskriv en eller flera situationer där du bemött en kvinnlig patient som du misstänkt är utsatt för våld i nära relationer.
5. Utifrån den eller de situationer som du valde i förra frågan, vad var det som gjorde att du misstänkte att kvinnan var utsatt för våld i en nära relation?
6. Vilka faktorer anser du vara hinder för ett gott bemötande av en kvinnlig patient som du misstänker är utsatt för våld i nära relationer, samt hur skulle dessa hinder kunna förebyggas? Exempelvis kan du beskriva en händelse där du upplevt svårigheter med bemötandet?
7. Vilka faktorer anser du är främjande för ett gott bemötande av en kvinnlig patient som du misstänker är utsatt för våld i nära relationer? Exempelvis kan du beskriva detta genom en situation du själv upplevt.
8. Finns det några standardrutiner på din akutmottagning gällande bemötande av kvinnliga patienter som misstänks vara utsatta för våld i nära relationer? Om ja, beskriv gärna hur rutinerna ser ut, om du anser att rutinerna fungerar samt hur rutinerna skulle kunna förbättras.
9. Finns det några standardrutiner för vart den våldsutsatta kvinnan skall hänvisas efter avslutad vård på akutmottagningen? Om ja, beskriv hur denna rutin ser ut, om du anser att rutinen fungerar samt hur rutinen skulle kunna förbättras.