

**Mellan tystnad och tillit – En litteraturstudie om sjuksköterskors upplevelser av att möta kvinnor utsatta för våld i nära relation.**

**Between silence and trust – A literature study of nurses' experiences of meeting women exposed to intimate partner violence.**

Examensarbete för sjuksköterskeexamen och kandidatexamen med huvudområdet omvårdnad.

Grundnivå 15 högskolepoäng

Vårtermin - 26

Student: Elvira Hansson, Tea Strandberg, Stina Månsson

Handledare: Moa Hillström

Examinator: Sophie Mårtensson

# Sammanfattning

Titel: Mellan tystnad och tillit – En litteraturstudie om sjuksköterskors upplevelser av att möta kvinnor utsatta för våld i nära relation.

Författare: Elvira Hansson, Tea Strandberg & Stina Månsson

Institution: Högskolan i Skövde

Program/kurs: Examensarbete i omvårdnad – sjuksköterska G2E

Handledare: Moa Hillström

Examinator: Sophie Mårtensson

Sidor: 24 st

Nyckelord: *Sjuksköterskor, upplevelser av att möta, kvinnor, våld i nära relation, hälso-och sjukvården*

---

**Bakgrund:** Våld i nära relation utgör ett omfattande folkhälsoproblem både globalt och i Sverige. Våldet kan vara svårupptäckt då det ofta tar sig i olika uttryck och inte alltid lämnar synliga skador. Sjuksköterskan har en central roll i att identifiera våldsutsatthet och stödja drabbade kvinnor, vilket gör deras upplevelser viktiga att belysa.

**Syfte:** Att belysa sjuksköterskors upplevelser av att möta kvinnor som är utsatta för våld i nära relation.

**Metod:** Som metod användes en kvalitativ innehållsanalys baserad på tio vetenskapliga artiklar.

**Resultat:** Sjuksköterskor upplever känslomässiga barriärer i arbetet med våld i nära relation, där rädsla för att väcka svåra berättelser samt att kränka patientens integritet hindrar dem från att ställa frågor. Känslor av maktlöshet, frustration och osäkerhet uppstår när kvinnor inte bekräftar våldet eller tackar nej till hjälp. Brist på utbildning, riktlinjer och stöd bidrar till osäkerhet och ett inkonsekvent arbetssätt. Tidsbrist och svårigheter att balansera professionell roll med personligt engagemang skapar dessa hinder.

**Konklusion:** Identifiering av våld i nära relation hindras av bristande organisatoriska förutsättningar, tidsbrist och osäkerhet kring hur frågan tas upp. Rädsla för att kränka patientens integritet samt känslor av maktlöshet gör att utbildning och tydligare stöd behövs för att underlätta arbetet.

# Abstract

Title: Between silence and trust – A literature study of nurses' experiences of meeting women exposed to intimate partner violence

Author: Elvira Hansson, Tea Strandberg & Stina Månsson

Department: School of Health sciences, University of Skövde

Course: Degree project in nursing – nurse G2E

Supervisor: Moa Hillström

Examiner: Sophie Mårtensson

Pages: 24 st

Keywords: *Nurses, experiences of encountering, women, intimate partner violence, health care*

---

**Background:** Intimate partner violence constitutes a significant public health problem both globally and in Sweden. The violence can be difficult to detect, as it often manifests in various forms and does not always result in visible injuries. Nurses play a central role in identifying exposure to violence and supporting affected women, making their experiences important to highlight.

**Aim:** To shed light on nurses' experiences of encountering women who are victims of intimate partner violence.

**Method:** A qualitative content analysis based on ten scientific articles was employed as the research method.

**Findings:** Nurses experience emotional barriers in working with intimate partner violence where fear of raising difficult stories and violating the patient's privacy prevents them from asking questions. Feelings of powerlessness, frustration and uncertainty arise when women do not acknowledge the violence or refuse help. Lack of training, guidelines and support contribute to uncertainty and an inconsistent way of working. Lack of time and difficulties in balancing professional role with personal commitment create these barriers.

**Conclusions:** Identification of intimate partner violence is hindered by poor organizational conditions, lack of time and uncertainty about how to address the issue. Fear of violating the patient's integrity and feelings of powerlessness mean that education and clearer support are needed to facilitate the work.

# Innehållsförteckning

1	Inledning.....	1
2	Bakgrund.....	1
2.1	Våld i nära relation .....	1
2.1.1	Normaliseringsprocessen och uppbrottsprocessen.....	2
2.2	Sjuksköterskans ansvar och roll.....	3
2.2.1	Kvinnokonventionen .....	5
2.3	Teoretiskt perspektiv .....	5
2.3.1	Lidande .....	5
2.3.2	Människa.....	6
3	Problemformulering .....	7
4	Syfte .....	8
5	Metod .....	9
5.1	Urval.....	9
5.2	Datainsamling.....	9
5.3	Analys.....	10
5.4	Etiska överväganden.....	10
6	Resultat.....	12
6.1	Känslomässiga barriärer och inre utmaningar.....	12
6.1.1	Rädsla inför att ställa frågan .....	12
6.1.2	En känsla av maktlöshet och frustation.....	13
6.2	Professionell osäkerhet genom bristande förutsättningar .....	13
6.2.1	Behov av utbildning och tydliga handlingsplaner .....	13
6.2.2	Arbetsbelastning och organisatoriska begränsningar som hinder ...	14
6.3	Sociokulturella och etiska dilemman .....	14
6.3.1	Våldet som en tabubelagd och privat angelägenhet .....	14
6.3.2	Balansen mellan professionellt ansvar och personligt engagemang	15
6.4	Resultatsammanfattning .....	15
7	Diskussion.....	16
7.1	Metoddiskussion.....	16
7.2	Resultatdiskussion.....	18
7.3	Konklusion .....	23
7.4	Kliniska implikationer och förslag till utveckling av ämnet.....	23
8	Referenser .....	25
	Bilaga 1: Översiktstabell av litteratursökning	
	Bilaga 2: Röda korsets granskningsmall	
	Bilaga 3: Översiktstabell över analyserade artiklar	
	Bilaga 4: Presentation av analysprocessen	

# 1 Inledning

Våld i nära relation (ViNR) är ett omfattande problem där kvinnor är överrepresenterade som offer. Enligt en rapport från World Health Organization (WHO) har cirka 30 % av världens kvinnor någon gång utsatts för fysiskt och/eller sexuellt våld i en nära relation (Garcia-Moreno et al, 2005). I Sverige visar statistik från år 2022 att 15,2 % av den svenska befolkningens kvinnor, i åldrarna 16 - 84 år, har blivit utsatta för ViNR. Utsattheten hos männen i samma åldersgruppering var 11,7 %. Fler kvinnor än män polisanmäler ViNR vilket kan förklaras av det lägre antalet utsatta män (Frenzel, 2024). Däremot upprättas sällan en polisanmälan då förövaren visat ånger och bett om ursäkt i samband med eller efter handlingen. Istället framkom det att en fjärdedel av de utsatta kvinnorna valde att söka vård i form av stöd hos en psykolog (Frenzel, 2024). Det våld som kvinnor utsätts för kan vara av stor variation och kan ses som ett mönster av handlingar som syftar till att generera makt och kontroll över en annan individ. Våldet kan till synes vara svårupptäckt på grund av dess variation men också för avsaknad av synliga skador. Sjuksköterskan har en central roll inom hälso-och sjukvård i att främja kvinnors hälsa och identifiera våldsutsatthet.

## 2 Bakgrund

### 2.1 Våld i nära relation

Det som karakteriserar ViNR är att den utsatta har en nära relation och stark emotionell koppling till förövaren. Det försvårar möjligheten för den utsatta att göra motstånd och lämna relationen. ViNR kan påträffas i alla typer av relationer mellan närstående, utan hänsyn till sexuell läggning eller könsidentitet. Alla människor, oavsett könstillhörighet, kan utsättas för våld och även vara förövare. Vid allvarligare och upprepane fall av våld är det vanligare att en kvinna är den utsatta och förövaren är oftast en man. ViNR händer inte bara i kärleksrelationer utan det kan även innefatta våld i familje- och släktrelationer, samt våld som barn utsätts för inom familjen (Nationellt centrum för kvinnofrid, 2017). Våld kan ta sig i uttryck på många olika sätt: psykiskt, fysiskt, ekonomiskt och sexuellt (Frenzel, 2024). Inom våldspektret finns även försummelse och hedersrelaterat våld. Hedersrelaterat våld innefattar långvariga och systematiska restriktioner av en individs friheter och rättigheter som förekommer inom någon form av hederskontext. Om inte restriktionerna följs kan individen straffas i syfte att återställa och bevara samfundets heder (Jämställdhetsmyndigheten, 2026b). En annan typ av våldsutsatthet är försummelse vilket utövas mot individer som är i beroendeställning till andra, i många fall av förövaren. Försummelse innefattar våld som oftast riktas mot individer med sjukdom, nedsatt fysisk förmåga och allra främst äldre individer. Det kan handla om att offret blir lämnad utan

tillsyn, utan tillgång till mat och medveten feldosering av läkemedel (Jämställdhetsmyndigheten, 2026c).

Psykiskt våld kan karakteriseras genom termen emotionellt våld där olika beteenden inkluderas. Denna form av våld tar sig uttryck i förolämpningar, förödmjukelse och direkta hot och ofta i kombination med annat typ av våld (García-Moreno et al, 2005). Att begränsa, kontrollera och övervaka en individ anses också som psykiskt våld eftersom förövaren bestämmer och/eller försöker bestämma vad offret får och inte får göra (Frenzel, 2024). Som följd av det psykiska våldet är känslor av rädsla, skuld, skam, hjälplöshet och kontrollförlust ett vanligt förekommande. Minnesstörningar, förvirring, koncentrationssvårigheter, svårigheter att fatta egna beslut och förändrad tidsuppfattning är kognitiva effekter som också kan uppträda. Det är även känt att våldsutsatta offer löper högre risk för att utveckla självskadebettende, missbruk, psykisk ohälsa och suicidala tankar (Kunskap om våld, 2025).

Det fysiska våldet, som oftast benämns som misshandel, kategoriseras utifrån allvarlighetsgrad. Slag med öppen hand och knuffar som orsakar smärta eller skada hos offret ses som misshandel, vilket även innefattar att få föremål kastat på sig. Slag med knytnäve och sparkar som orsakar svåra skador och till och med fara för livet hos offret ses som grov misshandel (Garcia-Moreno m.fl., 2005). Fysiskt våld kan orsaka skador som gör att den utsatta är i behov av akut vård. Det kan vara blåmärken, sår, frakturer, hjärnskakning och tandskador. Det kan väckas misstankar hos människor omkring paret om skadebilden inte stämmer överens med beskrivningen som ges. Det är dock vanligt att förövaren har en baktanke med att skadorna ska kunna döljas med kläder. Våldsutsatta människor söker ofta sjukvård för diffusa mag-tarmproblem, trötthet, yrsel och huvudvärk (Kunskap om våld, 2025).

Sexuellt våld innefattar att offret mot sin vilja har tvingats fysiskt till samlag samt ställt upp på samlag på grund av rädsla för vad förövaren skulle göra om offret nekat. Det innefattar även att bli tvingad till att utföra sexuella handlingar som av offrets upplevs som kränkande eller förödmjukande (Garcia-Moreno m.fl., 2005).

Sammanfattningsvis kan individer som utsätts för ViNR drabbas av både fysisk och psykisk ohälsa. Skador som uppkommer av våldet kan leda till akuta skador där den utsatta kräver vård på sjukhus. Skadorna kan också bli kroniska i form av depression, ångest och posttraumatiskt stressyndrom (Nationellt centrum för kvinnofrid, 2025).

### **2.1.1 Normaliseringsprocessen och uppbrottsprocessen**

Normaliseringsprocessen är en teoretisk förklaringsmodell för våldsutövning i nära relationer. Den har fått ett stort genomslag inom såväl forskning som yrkesmässigt stöd till våldsutsatta personer. Normaliseringsprocessen kan ses som en tolkningsram och kan på så vis ge en djupare förståelse till varför det

kan vara svårt för den part som utsätts för omfattande ViNR att bryta upp och lämna förövaren. Den kan även förklara orsaker till agerande i förhållandet från bådas sidor. Modellen baseras på forskning kring våld i en heterosexuell parrelation men kan också användas som analysverktyg för våld i samkönade relationer. Processen som begreppet förklarar är när våld utövas i en nära relation och den utsatta under en längre tid börjar anse våldet som en självklar tillhörighet i vardagen. Offret utvecklar olika strategier för att kunna ge orsaken till våldets uppträdande till sig själv och andra. Den utsatta utvecklar ett sådant beteende för att kunna hantera en vardag präglad av våld och hot. Förövaren normaliserar sina våldshandlingar för att kunna skuldbelägga den utsatta vilket gör att offrets taktik blir olika anpassningar och motstånd i vardagen för att kunna hantera sin sårbarhet (Lundgren, 2004).

Inom forskning används begreppet uppbrottsprocessen för att beskriva den ofta långvariga och komplexa resa som våldsutsatta personer går igenom. Processen handlar om hur individen stegvis försöker frigöra sig känslomässigt från den våldsutövande partnern och så småningom ta steget att lämna relationen. För att ett uppbrott ska bli möjligt krävs det i regel flera samverkande omständigheter, såsom inre insikt, yttre stöd och förändrade livsvillkor. Omgivningen runt den utsatta kvinnan kan ha svårt att förstå varför kvinnan stannar i en relation som utsätter henne för skada. Flertalet studier visar hur våld successivt bryter ner individen psykiskt. Genom denna process blir våldet normaliserat och det är vanligt att offret i varierande grad internaliserar förövarens verklighetsuppfattning. Kvinnor som lämnat en våldsutsatt relation uttrycker att de känner skam och skuld över att dem inte lämnat relationen tidigare, då de insett våldets negativa konsekvenser mot de själva, samt mot deras närstående. En viktig del i uppbrottsprocessen handlar om att den våldsutsatta kvinnan förstår att ansvaret för våldet ligger i förövaren och inte kvinnan själv (Nationellt centrum för kvinnofrid, 2024)

## **2.2 Sjuksköterskans ansvar och roll**

Den legitimerade sjuksköterskan arbetar utifrån ett etiskt förhållningssätt med fokus på mänskliga rättigheter. Sjuksköterskans kompetens är starkt centrerad kring personcentrerad omvårdnad vilket fokuserar på att se och möta individen bakom symtom och sjukdom. Genom att arbeta personcentrerat skall sjuksköterskan vara inlyssnande till patientens berättelse och på så vis förstå bakgrund och orsaker som lett denne till att söka vård (Svensk Sjuksköterskeförening, 2024). Personcentrerad vård utgör en central kärnkompetens i sjuksköterskans professionella arbete och betonar vikten av att omvårdnaden genomförs i ett partnerskap mellan sjuksköterska, patient och närstående. Detta arbetssätt syftar till att bevara patientens integritet och värdighet genom att lyssna till och respektera individens unika behov, resurser, värderingar och förväntningar. En grundläggande utgångspunkt i personcentrerad vård är att patienten ses som en aktiv deltagare i sin egen vård, snarare än en passiv mottagare. Sjuksköterskan ansvarar för att skapa förutsättningar för delaktighet där patienten får utrymme att medverka i beslut rörande vårdens innehåll, mål, genomförande och uppföljning. Sjuksköterskan

måste därav ha förmåga att bedöma, planera, genomföra och utvärdera omvårdnadsinsatser i nära samverkan med patient och närstående (Svensk sjuksköterskeförening, 2024).

Samverkan i team är ytterligare en central kärnkompetens som bidrar till att främja kontinuitet, kvalitet och patientsäkerhet i vården. Genom interprofessionellt samarbete möjliggörs ett gemensamt lärande, effektiv kommunikation och välgrundat beslutsfattande. I teamet kompletterar olika yrkesgrupper varandras kompetenser samtidigt som patientens och närståendes perspektiv utgör en viktig del av helheten. Sjuksköterskan har en särskild roll i att ansvara för omvårdnadskompetensen samt leda och samordna omvårdnadsarbetet. För att säkerställa en trygg och säker vård behöver sjuksköterskan aktivt planera, konsultera och samverka med andra professioner och aktörer. En förutsättning för ett välgrundat teamarbete är en kommunikativ förmåga präglad av respekt, lyhördhet och empati (Svensk sjuksjuksköterskeförening, 2024). ViNR ses som ett komplext problem som kräver ett multiprofessionellt samarbete och insatser från flera håll. Den interna samverkan innebär att olika enheter inom hälso- och sjukvården samarbetar för att främja vården kring patienten. Den externa samverkan innebär att hälso- och sjukvården samarbetar med externa enheter såsom socialtjänst, polis och kvinnojourer. Samverkan ska generera till ett professionellt nätverk som ska underlätta rättsprocesser och säkerställa att patienten får ett helhetsstöd (Nationellt centrum för kvinnofrid, 2017).

Den centrala lagstiftningen för hälso- och sjukvården i Sverige är Hälso- och sjukvårdslagen (HSL). Samtliga vårdgivare, regioner och kommuner ska följa Hälso- och sjukvårdslagen som innehåller bestämmelser om hur hälso- och sjukvårdsverksamheter ska bedrivas och organiseras. Arbetet handlar bland annat om att förebygga ohälsa samt utreda och behandla sjukdomar och skador. Lagen syftar till att vården ska ges med respekt för alla människors lika värde och för den enskilda människans värdighet (SFS 2017:30).

En annan viktig kärnkompetens som sjuksköterskan ska arbeta utefter är evidensbaserad vård. Detta innebär att en legitimerad sjuksköterska ska ha förmågan att kritiskt värdera, fatta beslut om och tillämpa de metoder som ger störst nytta för patienten, med hänsyn till den specifika vårdkontakten. Bästa tillgängliga metod ska tillämpas, där kunskapen ska vara beprövad samt grundad på vetenskaplig evidens (Svensk sjuksköterskeförening, 2024). Kunskap anses som avgörande för att hälso- och sjukvårdspersonal ska kunna identifiera våld och på så vis främja ett bra bemötande och göra en korrekt bedömning. Genom gemensam förståelse och olika utbildningskoncept ska personal motiveras till att våga ställa frågor om våld. Det ska finnas standardiserade och etablerade rutiner för att ställa frågor om våld till alla patienter genom förformulerade frågor i journalmallar och/eller checklistor. Kontinuerlig uppföljning är av central del för att kvalitetssäkra arbetet och säkerställa att rutiner faktiskt följs. Den 1 juli 2018 infördes nya examensmål för utbildningar inom bland annat sjuksköterskor, fysioterapeuter, läkare, jurister, psykologer, tandläkare, tandhygienister samt socionomprogrammen. Målet var att studenterna skulle få mer kunskap om mäns våld mot kvinnor och

ViNR. Analyseringar som genomfördes före 2018 påvisar att många högskoleutbildningar saknade undervisning om mäns våld mot kvinnor på grundnivå. Hedersrelaterat våld och förtryck samt våld i samkönade relationer hade ännu mer bristfällig kunskap. Införandet av de nya examensmålen syftar till att stärka kompetensen inom dessa områden och därmed öka möjligheten att upptäcka och förebygga ViNR (Jämställdhetsmyndigheten, 2024a).

## 2.2.1 Kvinnokonventionen

The Convention on the Elimination of All Forms of Discrimination against Women (CEDAW) är en internationell konvention som ämnar till att avlägsna alla former av diskriminering av kvinnor och att främja jämställdhet mellan könen. Konventionsstaterna, det vill säga de stater som skrivit under, har en skyldighet att införskaffa en politik för att avlägsna diskriminering samt att avskaffa de redan befintliga lagarna som anses vara diskriminerande. Områdena som konventionen handlar om innebär bland annat politiskt och offentligt liv, utbildning, arbete, hälsovård samt lag och familj. Konventionen arbetar med att kvinnorna ska ha rätt till ett funktionellt skydd där de bland annat ska kunna driva en rättslig process och kunna teckna egna kontrakt för att kunna lämna en våldsamt relation. Kvinnorna skall under ett äktenskap ha samma skyldigheter och rättigheter som män, det vill säga rätten till personlig frihet och därmed rätten att fritt välja sin make, vilket kopplas till skydd mot hedersrelaterat våld (United Nations, 1979).

## 2.3 Teoretiskt perspektiv

Studiens teoretiska utgångspunkt är Katie Erikssons teori som bygger på ett caritativt (kärleksbaserat) vårdvetenskapligt perspektiv. I teorin ses människan som en helhet och där vårdens främsta uppgift är att lindra lidandet och värna om människans värdighet. Den caritative teorin tar sin grund i en humanvetenskaplig människosyn där människan förstås som en enhet av kropp, själ och ande. Människan betraktas som unik och okränkbar, med ett inneboende värde oberoende av sjukdom eller livssituation. Utifrån denna helhetssyn blir både människan och lidande centrala begrepp inom teorin. Lidande förstås inte enbart som fysisk smärta utan som ett mångdimensionellt fenomen som relaterar till hela människans existens, där kroppsliga, själsliga och existentiella aspekter samverkar. I teorin är begreppet Caritas vilket innefattar kärlek, barmhärtighet och omtanke som betonar vikten av ett vårdande förhållningsätt som går bortom enbart medicinsk behandling och tekniska insatser. Vården har därmed ett ansvar att möta patienten med respekt, lyhördhet och närvaro för att stärka människans värdighet i varje vårdssituation (Eriksson, 1994).

### 2.3.1 Lidande

Lidande är mångfasetterat och omfattar mer än bara fysisk smärta. Lidande kan delas in i tre huvudsakliga former: sjukdomslidande, vårdlidande och livslidande. Sjukdomslidande är det lidande som är direkt kopplat till

sjukdomen och dess behandling. Det innefattar inte bara kroppslig smärta utan också psykisk och andliga dimensioner vilket ibland kallas för kliniskt lidande. En viktig aspekt av sjukdomslidande är de känslor av skam och skuld som kan uppstå i samband med sjukdom och funktionsnedsättning, vilket kan leda till att människan känner sig mindervärdig eller defekt. Även närstående kan uppleva ett lidande som ibland beskrivs som svårare än patientens eget då de delar patientens situation men ofta saknar samma stöd (Eriksson, 1994).

Vårdlidande uppstår inte ur själva sjukdomen utan orsakas av själva vård situationen eller vårdens förhållningsätt. Detta kan delas in i flera kategorier som kränkning av patientens värdighet som uppstår när patienten inte blir sedd som en unik människa och självbestämmandet ignoreras. Fördömelse och straff som uppstår när patienten känner sig skuldbelagd för sin situation eller upplever att personalens attityd är dömande. När vården använder sin position på ett sätt som gör att patienten känner sig maktlös. Slutligen kan lidande uppstå när patienten inte får den hjälp eller omsorg de behöver som kan skapa en känsla av bortglömdhet (Eriksson, 1994).

Lidande är kopplat till den enskilda människans hela livssituation och hennes existens som människa. Det handlar om kampen för att få vara människa bland andra människor och de hot mot identiteten som kan uppstå vid svår sjukdom eller kris. Två djupa uttryck för livslidande är att förintas och att ge upp. Rädslan för att bli bortglömd, förlora sin betydelse för andra eller att livet ska ta slut innan man är redo. Den hopplöshet som infinner sig när livet eller sjukdomen blir för tung att bära vilket kan leda till en önskan om att inte längre behöva kämpa (Eriksson, 1994).

Tidigare forskning visar att lidande inte bara är ett teoretiskt begrepp utan att för våldsutsatta kvinnor handlar det om en genomgripande isolering, förslut av tillit och en ständig kamp för att återuppbygga sin självbild. Lidande handlar i grunden om ett hot mot människan som helhet, kvinnorna beskriver en förlust av självidentitet och hur det upplever sig som en person som upphör att existera. Även när det fysiska våldet upphör kvarstår lidande som en långvarig smärta och förlust av tillit (McGarry & Bowden, 2017).

### **2.3.2 Människa**

Människan kan förstås utifrån en helhetssyn där varje individ ses som unik med egna behov, erfarenheter och livsvärld. Detta innebär att människan inte enbart är en biologisk varelse utan en levande och meningsskapande person med vilja, hopp, önskningar, tankar, känslor, tro och drömmar. I vården har denna helhetssyn en stor betydelse eftersom varje vårdprocess blir unik och anpassad efter individens särskilda förutsättningar<sup>2</sup>. Människan ses inte som ett objekt för behandling utan som en aktiv och delaktig person som strävar efter att påverka och forma sitt eget liv (Eriksson, 2018).

Människan existerar alltid i ett sammanhang som kan förstås genom tre olika livsrum. Det biologiska livsrummet omfattar den fysiska kroppen och den miljö som utgör grunden för människans existens. Det sociala livsrummet innefattar

relationer, samhällliga strukturer och de organisationer människan är en del av såsom familj, utbildning och hälso-sjukvård. Det andliga rummet berör människans behov av mening, värderingar och existentiella frågor där etiska, estetiska och religiösa upplevelser får betydelse (Eriksson, 2018).

Människans handlade styrs av en kombination av förnuft, innersta begär och behov. Begär representerar människans innersta längtan där de mest grundläggande är begärt efter liv och kärlek samt strävan efter mening. Behov delas in i organiska, emotionella samt andliga behov som tillsammans formar människans upplevelse av hälsa och välbefinnande. När människan träder in i vårdens kontext benämns hon som patient, men vilket inte innebär att hennes grundläggande natur förändras. Patienten är fortfarande samma unika människa men befinner sig i en situation där hon söker stöd för att bevara eller återfå sin hälsa (Eriksson, 2018).

Tidigare forskning visar att den våldsutsatta kvinnan bör betraktas i sin helhet inom vård och socialt arbete för att hennes faktiska behov ska kunna bemötas. Kvinnan önskar att bli bemött som unik, snarare än att reducera henne till en kategori eller ett offer. Genom att betrakta människan som en homogen grupp med universella behov utgörs en förenkling som riskerar att osynliggöra individens specifika livsvillkor och erfarenheter. Begreppet människa innefattar i detta sammanhang även individens livshistoria. Artikeln belyser hur erfarenheter av våld och förtryck kan ackumuleras över livsloppet, vilket påverkar individens hälsa samt hennes benägenhet att söka hjälp i högre ålder (Sasseville et al., 2022).

### **3 Problemformulering**

Trots att ViNR drabbar en tredjedel av världens kvinnor och medför allvarliga konsekvenser för individens fysiska och psykiska hälsa, visar forskning att våldsutsatta kvinnor ofta inte identifieras inom hälso- och sjukvården. Många söker vård för diffusa symtom snarare än för våldet i sig, vilket ställer höga krav på sjuksköterskornas förmåga att uppmärksamma och bemöta dessa patienter. Samtidigt beskrivs våldets normaliseringsprocess och uppbrottsprocessen som komplexa, vilket ytterligare försvårar upptäckt och intervention. Sjuksköterskan har, utifrån ett personcentrat och etiskt förhållningsätt, ett ansvar att identifiera, bemöta och lindra lidande hos kvinnor utsatta för våld. Trots detta indikerar tidigare forskning att det finns brister i kunskap, rutiner och trygghet i att ställa frågor om våld. Detta kan leda till att kvinnor inte får adekvat stöd, vilket riskerar att förstärka både sjukdomslidande och vårdlidande. Det finns därför ett behov av ökad kunskap om hur sjuksköterskor upplever arbetet med att identifiera och bemöta kvinnor utsatta för ViNR, för att kunna utveckla omvårdnaden och minska lidande hos denna patientgrupp.

## **4 Syfte**

Syftet är att belysa sjuksköterskors upplevelser av att möta kvinnor som är utsatta för våld i nära relation.

## 5 Metod

Som metod valdes kvalitativ litteraturstudie i form av en kvalitativ innehållsanalys enligt Graneheim och Lundman (2004). Vetenskapliga artiklar inom det valda området har identifierats och analyserats. En adekvat metod då den systematiskt kan beskriva variationer i upplevelser, erfarenheter och uppfattningar genom att beröra innehållets olika delar men även texten som helhet. Metoden används för att analysera olika typer av data på varierande tolkningsdjup. Den tillåter forskaren att analysera materialet på två olika nivåer; manifest innehåll och latent innehåll. Manifest innehåll beskriver de synliga och uppenbara komponenterna i texten, medan latent innehåll är för att tolka det underliggande texten talar om (Graneheim & Lundman, 2004). Genom att granska kvalitativa artiklar utifrån syftet förväntades att nå en djupare förståelse av det aktuella kunskapsläget och den tidigare forskning som gjorts gällande ämnet. Samt för att belysa fenomenet ur ett erfarenhetsnära perspektiv (Östlundh, 2022).

### 5.1 Urval

Inklusionskriterierna för studien var artiklar som beskriver sjuksköterskors upplevelser av att möta kvinnor som utsätts för våld i nära relation. Inkluderade artiklar skulle vara publicerade mellan åren 2015 och 2026 samt vara på engelska (Östlundh, 2022). Artiklarna skulle även vara utförda som kvalitativ forskning och spegla sjuksköterskans perspektiv med fokus på att möta kvinnliga patienter. De skulle även vara etiskt genomförda och granskade enligt peer review, för att säkerställa att det material som inkluderas håller en hög vetenskaplig kvalitet (Östlundh, 2022). Exklusionskriterier för studien var artiklar som belyste andra perspektiv såsom professioner inom socialtjänst och mödravård, artiklar med patientperspektiv, samt sjuksköterskor med enbart administrativ tjänst utan patientkontakt. Inga geografiska avgränsningar tillämpades.

### 5.2 Datainsamling

Datainsamlingen har genomförts i form av en strukturerad litteratursökning med syfte att identifiera vetenskapliga artiklar relevanta för studiens syfte. Sökningar har utförts i de etablerade akademiska databaserna CINAHL, Pubmed och MEDLINE eftersom dessa är inriktade mot vårdvetenskap, vilket säkerställde ett brett utbud av artiklar (Hellberg & Karlsson, 2023). Sökorden har utgått ifrån studiens syfte och nyckelord. Nyckelorden som användes var bland annat *registered nurse*, *clinical nurse*, *intimate partner violence*, *women* och *female* som identifierats genom fritext och ämnesrörande ord (MeSH-termer). Nyckelorden har kombinerats med Booleska sökoperatörer såsom AND och OR för att bredda respektive begränsa sökningarna (Östlundh, 2022). De söksträngar som användes har sammanställts och dokumenterats i en tabell (se Bilaga 1) med antal träffar, lästa rubriker, lästa abstrakt, lästa artiklar samt

utvalda artiklar. Sammanlagda antal träffar var 1613 artiklar, där författarna läste 40 abstrakt och därav valdes tio artiklar ut som relevanta för studien.

Titlar och abstrakt har i första hand granskats för att bedöma relevans, därefter har potentiellt lämpliga artiklar lästs mer djupgående. För att säkerställa hög kvalitet och trovärdighet granskades artiklarna enligt Röda Korsets granskningsmall (se Bilaga 2) (Högskolan i Skövde, 2026). Samtliga artiklar som granskades bedömdes av författarna ha hög kvalitet (se Bilaga 3).

### 5.3 Analys

Analysen av de vetenskapliga artiklarna har genomförts i enlighet med en kvalitativ innehållsanalys enligt Graneheim et al. (2023). Analysen beskrivs som icke-linjär vilket innebär en kontinuerlig rörelse mellan delar och helhet. Vilket kännetecknas genom två överlappande faser: dekontextualisering och rekontextualisering. Inledningsvis lästes artiklarna i sin helhet och sammanställdes sedan för att erhålla en övergripande förståelse för innehållet (se bilaga 3). Dekontextualisering är en process där data som svarar mot studiens syfte plockas ut och identifieras som meningsenheter. Denna process där meningsenheter plockas ut är steg två i analysprocessen. Meningsenheterna bearbetas vidare genom steg tre som är kondensering, där textens kärninnehåll behövs men mindre meningsbärande ord reduceras. Kondenserade meningsenheter försågs därefter med koder som belyser originaltextens innehåll. I nästa steg inleddes rekontextualisering genom att koderna jämfördes utifrån likheter och skillnader. Grupper av koder med närliggande innebörd slogs ihop till subkategorier som vidare abstraherades till övergripande teman med mer specificerade underteman (Graneheim et al., 2023). Under processen har dessa koder och temans relevans prövats kontinuerligt mot studiens syfte samt mot artiklarnas innehåll. Detta för att säkerställa att centralt innehåll inte går förlorat och att abstraheringsnivån var lämplig (se Bilaga 4).

### 5.4 Etiska överväganden

Det krävs att människor medverkar för att åstadkomma ett resultat i en studie. Därav blir etiska överväganden centralt för att värna om deltagarnas autonomi och mänskliga rättigheter under datainsamling och redovisning av resultat. Vidare ställer detta krav på de artiklar som inkluderas i arbetet, de ska vara godkända av etiska nämnder eller på något vis påvisa att hänsyn har tagits till etiska överväganden (World Medical Association, 2024). De utvalda artiklarna uppfyller kraven för samtycke, information, nyttjande och konfidentialitet. Detta innebär att deltagare i studien har blivit informerade om syfte och i enlighet med detta givit samtycke som bygger på frivillig medverkan. Nyttjandekravet omfattar huruvida insamlad information får användas. Uppgifter som samlas in får endast användas för forskningsändamålet och inte spridas eller delas med obehöriga. För att garantera konfidentialitet är det av största vikt att deltagarnas personliga information har skyddats från obehörig åtkomst (Vetenskapsrådet, 2024). I denna litteraturstudie har etiska riktlinjer för forskningsarbete beaktats genom att endast vetenskapligt publicerat

material har använts och återgivits med korrekt referenshantering. Arbetet har utförts med respekt för individers integritet och i enlighet med grundläggande forskningsetiska principer, där saklighet och korrekt återgivning av källmaterial är centralt (Tryckfrihetsförordningen, 1949:105).

Författarnas förståelse vad gäller sjuksköterskans erfarenhet av att samtala och möta våldsutsatta kvinnor är att den är bristande. Samtliga författare upplever att ViNR är ett förekommande och aktuellt problem som inte uppmärksammas i tillräcklig omfattning.

## 6 Resultat

Analysen resulterade i tre teman med tillhörande subteman, se översiktstabell nedan.

Tabell 1. Översikt av teman och subteman.

<b>Teman</b>	<b>Subteman</b>
Känslomässiga barriärer och inre utmaningar i mötet	<ul style="list-style-type: none"><li>• Rädsla inför att ställa frågan</li><li>• En känsla av maktlöshet och frustration</li></ul>
Professionell osäkerhet genom bristande förutsättningar	<ul style="list-style-type: none"><li>• Behov av utbildning och tydliga handlingsplaner</li><li>• Arbetsbelastning och organisatoriska begränsningar som hinder</li></ul>
Sociokulturella och etiska dilemman	<ul style="list-style-type: none"><li>• Våldet som en tabubelagd och privat angelägenhet</li><li>• Balansen mellan professionellt ansvar och personligt engagemang</li></ul>

### 6.1 Känslomässiga barriärer och inre utmaningar

Sjuksköterskor upplever osäkerhet och rädsla inför mötet med våldsutsatta kvinnor, särskilt i samband med att initiera samtal och frågor om ViNR. Det finns en utbredd oro för att aktualisera svåra och emotionellt krävande berättelser som sjuksköterskan inte upplever sig ha tillräcklig professionell och emotionell beredskap att kunna hantera. Samtidigt försvåras dessa samtal ytterligare av rädslan för att kränka patientens integritet. Känslor av maktlöshet och frustration uppkommer inför kvinnans komplexa livssituation, vilket bidrar till att vårdmötet upplevs som emotionellt belastande och personligt påfrestande.

#### 6.1.1 Rädsla inför att ställa frågan

Flertalet sjuksköterskor upplever en personlig svårighet och rädsla inför att ställa frågor om våld (Wyatt et al., 2019). Detta förklaras ofta med en oro för att frågan ska leda till att patienten berättar om svåra och traumatiska upplevelser som sjuksköterskan inte känner sig tillräckligt förberedd att hantera, varken

professionellt eller emotionellt (Hall & Örmon, 2025). Sjuksköterskor upplever det som ett intrång på patientens integritet för att frågan bedöms vara allt för personlig eller obekvämt att diskutera i en vårdmiljö (Wyatt et al., 2019). Samtidigt som vissa sjuksköterskor uttrycker en rädsla för att föra sig fel i samtalet och att deras agerande på så vis kan få negativa konsekvenser för kvinnan (Briones-Vozmedina et al., 2021). Sjuksköterskor uttrycker att det krävs flera möten för att bygga upp den tilliten som behövs för att kvinnan ska våga öppna upp sig om våldet. De första frågorna kan fungera som ett "frö" som genererar trygghet hos kvinnan för att senare våga öppna upp sig (M Jack et al., 2016; Visentin et al., 2015).

Sjuksköterskor beskriver att misstanke om våld ofta väcks genom olika varningssignaler. Exempelvis att kvinnan är tyst eller tillbakadragen och låter partnern svara på frågor eller alltid vara närvarande vid vårdbesöket, vilket ökar obehaget ytterligare inför att lyfta frågan om våld. Sjuksköterskor beskriver vikten av att i sådana situationer skapa förutsättningar för att kvinnan ska kunna tala enskilt utan sin partner, exempelvis genom att hänvisa till medicinska undersökningar eller andra praktiska skäl (Maquibar et al., 2022).

### **6.1.2 En känsla av maktlöshet och frustration**

Sjuksköterskor uttrycker ofta en omfattande känsla av maktlöshet när de misstänker våld men inte kan agera för att kvinnan inte bekräftar situationen eller väljer att stanna kvar i relationen (Hall & Örmon, 2025; Mphephu & Du Plessis, 2021). Känslan förstärks av frustration och skuld när de upplever att de inte kan erbjuda en lösning på kvinnans komplexa livssituation (Hall 2025, Al-Natour et al., 2016; Sprague et al., 2017). Sjuksköterskor beskriver mötet med våldsutsatta kvinnor som emotionellt belastande och personligt påfrestande, samtidigt som de upplever att de förväntas vara starka och kunna erbjuda stöd (Mphephu & Du Plessis, 2021). När sjuksköterskor inte kan ge det stöd som behövs till kvinnorna uppstår starka känslor av maktlöshet, skuld och frustration (Al-Natour et al., 2016).

## **6.2 Professionell osäkerhet genom bristande förutsättningar**

En av de största barriärerna i arbetet mot våld är bristen på specifik utbildning och konkreta verktyg för sjuksköterskor i arbetet att identifiera och fråga om ViNR. Utan tydliga handlingsplaner eller praktiska exempel på hur frågor ställs uppstår en osäkerhet kring både identifiering och den fortsatta handlingen av ärendet. Detta leder till att arbetet blir inkonsekvent och i hög grad beroende av den enskilda sjuksköterskans erfarenhet och engagemang. Detta kan riskera att lämna våldsutsatta kvinnor utan stöd.

### **6.2.1 Behov av utbildning och tydliga handlingsplaner**

Sjuksköterskor uttrycker att det finns en brist på utbildning kring att identifiera våld i nära relation, samt en osäkerhet i sin roll när det kommer till att lyfta

frågan om våld (Visentin et al., 2015; Alshammari et al., 2022; Wyatt et al., 2019; Al-Natour et al., 2016). Sjuksköterskor efterfrågar även konkreta verktyg såsom manus eller exempel på formuleringar för hur frågor om våld kan integreras i samtalet på ett naturligt sätt (M Jack et al., 2016).

Bristen på utbildning påverkar inte enbart förmågan att ta initiativ till samtal utan även sjuksköterskornas trygghet i att hantera det som framkommer efter att våld identifieras. Flera beskriver en osäkerhet kring hur de ska gå vidare med bedömning, dokumentation och vidare hänvisning. Detta leder till att sjuksköterskor undviker att ställa frågan om våld trots att de har en misstanke (Al-Natour et al., 2016; Alshammari et al., 2022). Vidare framkommer det att avsaknad av tydliga riktlinjer och hanteringsplaner bidrar till variationer i arbetssätt, där hanteringen av ViNR i hög grad är beroende av den enskilda sjuksköterskans erfarenhet och engagemang (Visention et al., 2015). Resultatet av detta blir att screening genomförs inkonsekvent eller uteblir helt (Wyatt et al., 2019). Sjuksköterskor förmedlar att utan tillgång till utbildning, tydliga riktlinjer och organisatoriskt stöd kan balansen falla. De väljer då aktivt att undvika ämnet om ViNR för att orka och hinna med sin arbetsdag (Wyatt et al., 2019; Hall & Örmon et al., 2025; Mphephu & Du Plessis, 2021).

## **6.2.2 Arbetsbelastning och organisatoriska begränsningar som hinder**

Flertalet sjuksköterskor upplever en hög arbetsbelastning och tidsbrist i sitt arbete. Denna tidsbrist leder till att sjuksköterskor inte kan ge det stöd de önskar till kvinnan, och att viktiga tecken kan missas. Sjuksköterskor upplever att tiden till att sätta sig ner med patienten och ställa fördjupande frågor om våld saknas (Maquibar et al., 2022; Wyatt et al., 2019; Briones-Vozmedia et al., 2021; Visentin et al., 2015; Mphephu & Du Plessis, 2021). Samtidigt upplever sjuksköterskor att det saknas tydliga riktlinjer och organisatoriskt stöd för hur ViNR ska hanteras. Detta skapar osäkerhet kring ansvar och handlingsutrymme (Alshammari et al., 2022). Vissa sjuksköterskor upplever att screening för våld inte ingår tydligt i deras arbetsbeskrivning, vilket bidrar till en känsla av begränsad auktoritet och osäkerhet kring deras roll (Al-Natour et al., 2016).

## **6.3 Sociokulturella och etiska dilemman**

Sociokulturella normer och tabun kring våld utgör stora utmaningar då våldet ofta betraktas som en privat angelägenhet. Bristen på organisatoriskt stöd och tydliga riktlinjer skapar en osäkerhet kring yrkesrollen vilket i vissa fall leder till att sjuksköterskor aktivt undviker ämnet för att orka med sin arbetsdag.

### **6.3.1 Våldet som en tabubelagd och privat angelägenhet**

Sjuksköterskor beskriver att sociokulturella normer kan utgöra ett betydande hinder i arbetet med att identifiera ViNR. I vissa kulturella sammanhang upplevs det att våld normaliseras eller betraktas som en privat familjeangelägenhet, vilket gör att kvinnorna vanligtvis undviker att berätta om sina erfarenheter i vårdmötet. Sjuksköterskor uttrycker att kvinnor vanligtvis väljer att tiga om våldet för att skydda familjens rykte och på så vis undvika social skam, vilket försvårar identifiering av våldsutsattheten (Al-Natour et al., 2016). Samtidigt som en del sjuksköterskor uttrycker att kvinnor i vissa

samhällen socialiseras in i normer där underordning och tolerans mot partners beteende förväntas. Det bidrar till att våld normaliseras och inte uppfattas som något som bör rapporteras eller diskuteras inom vårdkontexter (Mphephu & Du Plessis, 2021).

Sjuksköterskors möjligheter att agera kan påverkas av kulturella normer. I vissa fall upplevs det exempelvis som kulturellt olämpligt att manliga sjuksköterskor ställer frågor om våld till kvinnliga patienter vilket försvårar screening och samtal om ämnet. Utöver detta beskriver sjuksköterskor hur samhällelig tystnad kring våld mot kvinnor kan påverka deras arbete (Al-Natour et al., 2016).

### **6.3.2 Balansen mellan professionellt ansvar och personligt engagemang**

Sjuksköterskor beskriver att det är en utmaning att upprätthålla den mänskliga närvaro de vill erbjuda patienten, samtidigt som de behöver behålla sin professionalitet och undvika att bli känslomässigt överväldigade. Sjuksköterskor skapar olika strategier för att kunna hantera den känslomässiga påfrestelsen för att kunna arbeta professionellt. En av strategierna är att sätta gränser i relation till sitt ansvar. Förmågan att kunna lösa den komplexa livssituationen för patienten kan upplevas som omöjligt för sjuksköterskorna att genomföra, vilket har gjort att deras gränssättning har varit att endast stötta patienten. Detta genom frågeställningar och identifiering av behov, för att sedan lämna över patienten till andra professioner såsom kuratorer för vidare stöd (Hall & Örmon, 2025). Samtidigt beskriver andra sjuksköterskor att de många gånger förlitar sig på sin intuition när något upplevs som avvikande hos en patient och då väljer att ställa frågor om ViNR. Detta tillvägagångssätt fungerar dock delvis som ett sätt att hantera det egna obehaget inför själva ämnet snarare än att utgå från en professionell bedömning. I vissa fall har denna strategi även inneburit att sjuksköterskor markerar "nej" i journalen gällande frågan om ViNR, utan att faktiskt ha ställt frågan till patienten. Detta har fungerat både som ett sätt att undvika en emotionellt krävande situation och som en administrativ lösning för att minska upplevd arbetsbelastning (Wyatt et al., 2025). Trots svårigheterna att möta kvinnor som utsätts för ViNR beskriver sjuksköterskorna arbetet som meningsfullt när kvinnorna lyckas lämna en destruktiv relation och skapa ett nytt liv (Maquibar et al., 2022; Al-Natour et al., 2016).

## **6.4 Resultatsammanfattning**

Resultatet visar att sjuksköterskor möter på flera hinder i sitt arbete när det kommer till att identifiera och möta kvinnor utsatta för ViNR. Dessa hinder omfattar brist på utbildning, tydliga riktlinjer och organisatoriskt stöd gällande att identifiera och samtala om ViNR. Sjuksköterskor upplever känslomässiga barriärer och en personlig rädsla för att ställa frågor om våld. Denna rädsla beskrivs ofta som en oro för att väcka starka känslor, då sjuksköterskan fruktar att inte kunna hantera det lidande som kan komma till uttryck eller att inkräkta på patientens integritet. Denna inre osäkerhet förstärks av en känsla av maktlöshet och frustration när de upplever att de inte kan erbjuda konkreta lösningar på kvinnans komplexa livssituation. Utöver inre utmaningar upplever

sjuksköterskor att organisatoriska hinder såsom tidsbrist och hög arbetsbelastning bidrar till att frågan inte lyfts upp, vilket kan leda till att varningssignaler riskerar att missas. För att hantera känslomässiga påfrestningar och den höga arbetsbördan utvecklar sjuksköterskor olika strategier för att orka med sin arbetsdag. Trots dessa omfattande utmaningar beskrivs arbetet som djupt meningsfullt när sjuksköterskans insats faktiskt leder till att en kvinna får hjälp att lämna en destruktiv relation och skapa ett nytt liv.

## 7 Diskussion

### 7.1 Metoddiskussion

Syftet med denna litteraturstudie var att belysa sjuksköterskors upplevelser av att möta kvinnor utsatta för ViNR. Kvalitativ innehållsanalys valdes som metod då den inriktar sig till att förstå vårdarens upplevelser och erfarenheter, i detta fall inom ämnesområden som medicin och omvårdnad (Henricson, 2023). Valet av metod motiverades på vis av syftet för att mer djupgående kunna tolka människors erfarenheter, uppfattningar och åsikter. Detta kan ses som en styrka eftersom metoden synliggör komplexiteten i sjuksköterskors upplevelser. Med en annan metodologisk ansats, som exempelvis en kvantitativ metod, hade studiens utformning av resultatet med största sannolik sett annorlunda ut. Till skillnad från kvalitativ metod hade en kvantitativ metod kunnat generera mätbara data som ger en bredare översikt över förekomst och samband (Billhult, 2023). Den kvantitativa ansatsen hade däremot inte belyst den komplexitet och det djup som präglar sjuksköterskors upplevelser i mötet med kvinnor utsatta för ViNR. Alternativt hade en systematisk litteraturoversikt med metaanalys kunnat bidra till ett mer generaliserbart resultat men utan samma fokus på tolkning av meningsinnehåll. Därmed bedöms den kvalitativa innehållsanalysen som särskilt lämplig för att besvara studiens syfte.

För att stärka studiens trovärdighet tillämpades peer reviewed vid sökningar i samtliga databaser, vilket innebär att artiklarna bedöms vara vetenskapliga (Mårtensson & Fridlund, 2023). För att ytterligare säkerställa kvaliteten på artiklarna genomfördes en kvalitetsgranskning enligt Röda Korsets granskningsmall vilket också stärker studiens trovärdighet. Tillförlitligheten kan ha påverkats negativt eftersom artiklarna fördelades mellan författarna, där varje författare granskade sina tilldelade artiklar, i syfte att tidseffektivisera arbetet vilket kan ses som en svaghet. Röda Korsets granskningsmall användes för samtliga artiklar, där granskningen sker i åtta olika steg med start i artikelns konklusion och diskussion. Granskningsmallen valdes ut då det är ett systematiskt och pedagogiskt verktyg för att kritiskt värdera vetenskapliga artiklar där bland annat förståelsen, pålitligheten, kvalitet och relevans granskas (Högskolan i Skövde, 2026).

Exklusionskriterierna för studien var artiklar ur patientens perspektiv, då syftet med studien var att belysa sjuksköterskans perspektiv och inte patientens.

Sjuksköterskor som inte hade någon patientkontakt exkluderades också, då patientmöten ansågs som det mest centrala för att kunna möta kvinnor som är utsatta för ViNR. Initialt önskade författarna att artiklar publicerade i länder utanför Europa skulle exkluderas. Detta för att nå ett urval av artiklar som publicerats i länder med likvärdig utbildning och vårdkontext samt kulturella likheter som i Sverige vilket hade stärkt studien ur ett överförbarhetsperspektiv. I samband med datainsamling fick även denna avgränsning ändras eftersom det inte fanns tillräckligt med tidigare forskning relaterat till studiens syfte inom Europa. Därav tillämpades inga geografiska avgränsningar vid urvalet av artiklar, vilket i sin tur gav ett mer omfattande och varierat resultat avseende sjuksköterskors upplevelser av att möta kvinnor utsatta för ViNR. Språkbrister har tagits i beaktning då artiklar publicerade på engelska har använts till resultatet och samtliga författarna har svenska som modersmål. Detta utgör en potentiell svaghet då nyanser i språket kan ha gått förlorade.

Artikelsökningarna gjordes i databaserna PubMed, CINAHL och MEDLINE. Dessa ämnesspecifika databaser valdes ut då de är inriktade på vårdvetenskap, medicin och omvårdnad, vilket avgränsar sökningen till det berörda ämnet. Användning av flera databaser stärkte studiens bredd av datainsamling genom att öka chansen att hitta relevanta artiklar (Hellberg & Karlsson, 2023). Utvärdering av sökningarnas resultat genomfördes kontinuerligt under studiens gång. Detta bidrog i sin tur till att syftet ändrades på grund av att det först tänkta syftet var för snävt. Det påverkade även avgränsningar vad gäller årtalen då artiklarna publicerades. Eftersom det inte fanns tillräckligt med publicerad forskning inom området från de senaste fem åren ändrades avgränsningen till tio år (Hellberg & Karlsson, 2023). Utökningen av tidsintervallet från fem till tio år kan ses som en svaghet då äldre forskning kan ha påverkat aktualiteten, men även som en styrka då fler relevanta artiklar kunde inkluderas. De artiklar som inkluderades i resultatet uppkom vid flertalet sökningar med olika sökkombinationer i samtliga databaser som användes, vilket indikerar en ökad specificitet då risken för att missa relevanta artiklar minskade (Hellberg & Karlsson, 2023).

För att stärka analysens tillförlitlighet har tydliga principer tillämpats. Genom att detaljerat beskriva analysprocessen underlättar man för läsaren att följa strukturen och på så vis öka studiens bekräftelsebarhet (Mårtensson & Fridlund, 2023). Utifrån den presenterade metoden kan andra genomföra samma studie och få liknande resultat. Av att utläsa från resultatet framkommer det att flera av artiklarna belyste liknande erfarenheter vilket stärker studiens trovärdighet. Överförbarheten stärks genom ett tydligt beskrivet resultat och att artiklarna representerar olika vårdkontexter, men kan samtidigt ha begränsats av kulturella skillnader (Mårtensson & Fridlund, 2023).

De forskningsetiska övervägandena har beaktats även om studien bygger på redan publicerad forskning. Författarna har endast inkluderat artiklar som genomgått etisk granskning med hänsyn till forskningsetiska principer om informations-, samtyckes- och nyttjandekrav samt konfidentialitet, vilket säkerställer att deltagarnas rättigheter har respekterats. Analysen har genomförts med reflektion kring författarnas egen förförståelse och hur den kan

påverka tolkningar och uppfattningar. Författarnas inställning och förförståelse ska inte ha påverkat resultatets pålitlighet negativt. Redogörelse för samt reflektion över egen förförståelse bidrar till studiens pålitlighet (Mårtensson & Fridlund, 2023).

## 7.2 Resultatdiskussion

Resultatet visar att sjuksköterskors upplevelser av att möta kvinnor utsatta för våld i nära relation är komplexa och påverkas av flera samverkande faktorer. Tre teman identifierades, *känslomässiga barriärer, professionell osäkerhet samt sociokulturella och etiska dilemman*. Dessa teman påverkar sjuksköterskans handlingsutrymme och samverkar med individuella känslor, organisatoriska förutsättningar och samhällliga normer. Nedan diskuteras varje tema och dess underteman.

Många sjuksköterskor upplever en osäkerhet inför att ställa frågor om ViNR, vilket kan förstås som en kombination av bristande beredskap och emotionell sårbarhet. Att beröra ett så känsligt ämne innebär inte enbart att närma sig patientens potentiella trauma, utan också att konfrontera sin egen osäkerhet i hur situationen ska hanteras. Detta kan skapa en upplevelse av risktagande, där sjuksköterskan inte bara oroar sig för patientens reaktion, utan även för sin egen förmåga att bemöta och stödja på ett adekvat sätt. Om sjuksköterskan undviker att lyfta frågan om våldsutsatthet finns en risk att centrala behov hos patienten förblir oidentifierade vilket kan orsaka ett vårdlidande. Det kan uppkomma som en konsekvens av att patientens hälsobehov förblir oupptäckta. Vårdlidande uppstår inte ur sjukdomen själv utan genom vårdens förhållningssätt, vilket i praktiken kan relateras till när kvinnan inte blir sedd som en unik människa eller när hennes upplevelser och behov ignoreras (Eriksson, 1994). Samtidigt väcker detta frågor kring hur denna rädsla påverkar möjligheten att bedriva personcentrerad vård, vilket står i kontrast till sjuksköterskans kärnkompetens, där patientens unika erfarenheter, behov och värderingar ska vara utgångspunkten i mötet. Personcentrerad vård bygger på att skapa en tillitsfull relation mellan sjuksköterska och patient (Svensk sjuksköterskeförening, 2024). Det kan därför argumenteras att sjuksköterskans osäkerhet inte enbart är ett individuellt problem, utan även en strukturell utmaning som kan påverka vårdens kvalitet. Vidare kan kvinnans förväntningar på vårdmötet ses som en viktig aspekt i sammanhanget. Att bli sedd och bekräftad i sin livssituation är centralt, och om frågor om våld inte ställs riskerar vården att missa en avgörande del av patientens hälsa. Detta belyser en potentiell konflikt mellan sjuksköterskans upplevda trygghet och patientens behov av stöd. I detta ljus kan det även diskuteras huruvida modet att ställa svåra frågor faktiskt är en förutsättning för att etablera denna tillit. Om frågan hanteras på ett lyhört och respektfullt sätt kan det istället bidra till en öppnare dialog och stärkt relation.

Adams et al. (2021) framhåller dessutom att sjuksköterskans roll inte primärt handlar om att snabbt lösa situationen, utan om att vara ett kontinuerligt, icke-dömande stöd. Detta kan tolkas som att fokus bör ligga mindre på att ha alla

svar och mer på att våga initiera samtalet. Därmed kan sjuksköterskans osäkerhet ses som en naturlig del av mötet, snarare än ett hinder – förutsatt att den inte leder till att frågan undviks helt.

I undertemat *känslan av maktlöshet och frustration* framträder hur sjuksköterskor upplever en stark maktlöshet när kvinnor väljer att stanna kvar i destruktiva relationer. Detta kan förstås som en inre konflikt mellan en professionell vilja att hjälpa och en samtidig insikt om att förändring inte kan påtvingas. Det väcker frågor kring gränserna för sjuksköterskans ansvar – där rollen inte handlar om att fatta beslut åt patienten, utan att stödja henne i de val hon själv gör. Detta kan relateras till Erikssons (2018) syn på människan som en aktiv och meningsskapande individ med egen vilja och förmåga att påverka sitt liv. Även när kvinnan befinner sig i en utsatt situation behöver hon därför förstås som en delaktig människa med egna erfarenheter, behov och resurser snarare än en passiv mottagare av vård (Eriksson, 2018).

Maktlöshet kan även problematiseras i relation till normaliseringsprocessen, där våldet successivt blir en del av kvinnans vardag. I takt med att våldet normaliseras kan kvinnans handlingsutrymme upplevas som begränsat, vilket samtidigt reducerar sjuksköterskans möjligheter att påverka situationen (Lundgren, 2024). Ur detta perspektiv blir kvinnans beslut att stanna inte enbart ett individuellt val, utan något som formas av en komplex process där psykologiska och sociala faktorer samverkar. Även uppbrottsprocessen bidrar till en fördjupad förståelse av situationen, då den belyser hur separation från en våldsamt relation ofta sker stegvis och över tid (Nationellt centrum för kvinnofrid, 2024). Detta kan innebära att sjuksköterskans upplevelse av frustration delvis grundar sig i en förväntan om snabb förändring, medan verkligheten snarare präglas av långsamma och ibland återkommande steg fram och tillbaka. Ur detta anseende kan sjuksköterskans professionella ansvar omtolkas från att "lösa" situationen till att vara en stabil och stödjande närvaro genom hela processen. Samtidigt visar Adams et al. (2021) att arbetet med kvinnor i olika förändringsstadier innebär betydande utmaningar, där sjuksköterskan behöver anpassa sitt stöd utifrån patientens beredskap. Detta understryker att vårdrelationen inte är statisk, utan kräver kontinuerlig lyhördhet och anpassning. Det kan även diskuteras hur brister i detta bemötande riskerar att leda till vårdlidande. Om sjuksköterskan saknar tid, förståelse eller förmåga att skapa trygghet kan mötet istället förstärka kvinnans redan existerande lidande. Enligt Eriksson (1994) kan ett bristfälligt bemötande bidra till vårdlidande genom ökade känslor av skam, skuld och utsatthet, samt en upplevelse av att inte bli sedd. Detta belyser vikten av att inte enbart fokusera på vad som görs i vården, utan även hur det görs, då bemötandet i sig kan få avgörande betydelse för patientens upplevelse.

Under huvudtemat *professionell osäkerhet och bristande förutsättningar*, med undertemat *behov av utbildning och tydliga handlingsplaner*, framkommer det att sjuksköterskors otrygghet i mötet med våldsutsatta kvinnor inte enbart kan förstås som en individuell brist, utan snarare som ett resultat av både kunskapsmässiga och organisatoriska faktorer. Avsaknaden av utbildning kring hur ViNR kan identifieras, i kombination med brist på konkreta verktyg och

handlingsplaner, bidrar till en osäkerhet som genomsyrar det kliniska arbetet. Om tydliga handlingsplaner saknas riskerar ansvaret att i praktiken förskjutas från organisationen till den enskilda sjuksköterskan. En sådan individualisering av ansvar kan leda till variationer i vården, där vissa sjuksköterskor agerar aktivt medan andra avstår, vilket försvårar arbetet med att identifiera våldsutsatta kvinnor ytterligare. Ur ett jämlikhetsperspektiv blir detta problematiskt då vården därmed riskerar att bli beroende av vilken vårdpersonal patienten möter.

Den professionella osäkerheten kan hänvisas till tidigare identifierade brister i utbildning om ViNR, där analyser visat att kunskapen inom området varit otillräcklig i flera vårdutbildningar (Jämställdhetsmyndigheten, 2024a). Detta tyder på att problematiken inte uppstår först i yrkesutövningen, utan har sin grund redan i utbildningssystemet. Bakgrunden visar att det sedan 2018 finns nya examensmål som syftar till att öka kunskapen om mäns våld mot kvinnor, men trots detta verkar det kvarstå en osäkerhet i det kliniska arbetet (Jämställdhetsmyndigheten, 2024a). Detta står i kontrast till målet om jämlik och evidensbaserad vård, som betonar att sjuksköterskan ska ha förmågan att kritiskt värdera, ta beslut och tillämpa metoder som genererar störst nytta för patienten i relation till den specifika vårdkontakten (Svensk sjuksköterskeförening, 2024).

Behovet av standardiserade riktlinjer och praktiska verktyg ses som centralt för att minska osäkerheten. Sådana strukturer kan fungera som ett stöd i kliniska bedömningar och bidra till en mer likvärdig och kunskapsbaserad vård. Avsaknaden av dessa strukturer riskerar däremot att leda till att kvinnor lämnas utan adekvat hjälp, vilket kan anses stå i strid med principen om vård på lika villkor (SFS 2017:30). Samtidigt betonar Nationellt centrum för kvinnofrid (2017) att tydliga rutiner och strukturer är avgörande för att hälso- och sjukvårdspersonal ska kunna identifiera och bemöta våldsutsatta patienter, vilket ytterligare stärker betydelsen av organisatoriskt stöd.

Modigh et al. (2025) lyfter särskilt behovet av strukturerade dokumentationsrutiner och tydliga remissvägar, vilket kan tolkas som att organisatoriska förutsättningar är avgörande för att möjliggöra ett konsekvent och tryggt omhändertagande. Sammantaget kan det diskuteras att sjuksköterskans osäkerhet inte enbart bör förstås som en individuell brist i kompetens, utan som ett uttryck för ett system där tillräckliga förutsättningar saknas. Detta understryker vikten av att rikta åtgärder mot både utbildning och organisatoriska strukturer för att säkerställa en jämlik, säker och evidensbaserad vård för våldsutsatta kvinnor.

I undertemat *arbetsbelastning och organisatoriska begränsningar* framkommer det att faktorer såsom hög arbetsbelastning och tidsbrist utgör betydande hinder för sjuksköterskors möjligheter att ställa frågor om ViNR och erbjuda adekvat stöd. I en pressad vårdmiljö tenderar akuta och somatiska behov att prioriteras, vilket medför att frågor om våldsutsatthet riskerar att nedprioriteras, trots dess allvarliga konsekvenser för patientens hälsa. Detta kan förstås som en konsekvens av bristande organisatoriska förutsättningar,

där även kunskap och vilja inte alltid räcker för att möjliggöra ett aktivt och systematiskt arbete med ViNR.

I detta sammanhang blir kärnkompetensen samverkan i team central. Enligt Svensk sjuksköterskeförening (2024) innebär samverkan i team att olika professioner och funktioner samarbetar och tar gemensamt ansvar för patientens vård, vilket kan bidra till en mer säker, effektiv och sammanhållen vårdprocess. När arbetsbelastningen är hög och tiden begränsad riskerar dock denna samverkan att försvagas, då sjuksköterskan i större utsträckning tvingas hantera komplexa situationer individuellt. Detta kan i sin tur öka risken för att våldsutsatthet förbises och att viktiga bedömningar inte delas inom teamet. Utifrån detta blir det tydligt att arbetet med ViNR inte kan förstås som ett enskilt ansvar på individnivå, utan kräver en välfungerande samverkan både inom och mellan vårdens olika aktörer. Nationellt centrum för kvinnofrid (2017) betonar att ViNR är ett komplext problem som kräver multiprofessionellt samarbete, där intern samverkan mellan vårdens olika enheter kombineras med extern samverkan med exempelvis socialtjänst, polis och kvinnojourer. Genom ett sådant nätverk skapas förutsättningar för ett mer sammanhållet stöd till patienten och en mer effektiv hantering av rättsprocesser.

Vidare kan det diskuteras att bristen på organisatoriska resurser och tid inte enbart påverkar möjligheten att identifiera våld, utan även försvårar en personcentrerad ansats i vården. Enligt svensk sjuksköterskeförening (2024) är en grundläggande del av personcentrerad vård att ge utrymme för patientens berättelse och delaktighet, vilket kräver tid, närvaro och kontinuitet. När dessa förutsättningar saknas riskerar vårdmötet att bli fragmenterat, vilket kan minska möjligheten att skapa tillit och därmed också att patienten vågar berätta om sin situation. För att säkerställa en jämlik och säker vård för våldsutsatta kvinnor krävs därför både strukturella resurser och fungerande samverkansformer på flera nivåer.

Utifrån resultatet i undertemat *våldet som en tabubelagd och privat angelägenhet* framkommer det att ViNR ofta betraktas som något privat, vilket kan bidra till att både patienter och vårdpersonal undviker att lyfta frågan. Detta kan förstås i relation till en bredare samhällscontext där våld tenderar att osynliggöras eller normaliseras. En sådan syn påverkar inte enbart patientens benägenhet att berätta, utan även sjuksköterskans handlingsutrymme, då osäkerhet kan uppstå kring huruvida det är legitimt eller "rätt" att ställa frågor om våld inom vårdens ramar. I detta sammanhang blir Katie Erikssons människosyn central. Eriksson (1994) beskriver människan som en helhet av kropp, själ och ande, där lidande är en grundläggande del av den mänskliga existensen. Utifrån detta perspektiv kan våldsutsatthet inte reduceras till en privat angelägenhet, utan bör förstås som ett lidande som berör hela människan och därmed faller inom vårdens ansvar. Att betrakta våld som en privat fråga kan därför problematiseras, då det riskerar att osynliggöra centrala delar av patientens livsvärld och därmed begränsa möjligheten till en helhetsbaserad vård. Våldsutsatthet påverkar därför inte enbart den fysiska hälsan utan även människans känslor, relationer, självbild och existentiella välbefinnande. Att betrakta våld som en privat angelägenhet riskerar därmed att reducera

kvinnans lidande och osynliggöra hennes livsvärld, vilket kan begränsa möjligheten till en holistisk och personcentrerad vård (Eriksson, 2018).

Vidare kan Erikssons begrepp livslidande bidra till en fördjupad förståelse av den tystnad som ofta omger våldsutsatthet. Resultatet visar att rädsla för skam, stigma och negativa konsekvenser kan leda till att kvinnor avstår från att berätta om sin situation. Detta kan tolkas som uttryck för ett livslidande, där individens hela existens påverkas (Eriksson, 1994). Tystnaden blir därmed inte enbart en frånvaro av berättelse, utan en del av lidandet i sig. Mot denna bakgrund kan det diskuteras att sjuksköterskans ansvar inte enbart handlar om att behandla synliga skador, utan även om att uppmärksamma det dolda lidandet. Hälso- och sjukvårdslagen (SFS 2017:30) betonar vårdens ansvar att främja hälsa och förebygga ohälsa, vilket kan tolkas som att även våldsutsatthet bör inkluderas i vårdens uppdrag. Sammantaget kan det argumenteras att föreställningen om våld som en privat angelägenhet står i kontrast till en vårdvetenskaplig människosyn, där hela människans lidande ska uppmärksammas. Genom att utmana dessa normer kan sjuksköterskan skapa förutsättningar för att synliggöra det dolda lidandet och därmed bidra till en mer holistisk och etiskt förankrad vård.

Undertemat *balansen mellan professionellt ansvar och personligt engagemang* belyser hur sjuksköterskor behöver hantera betydande emotionell belastning samtidigt som de förväntas upprätthålla en professionell och kliniskt säker roll. Resultatet visar att sjuksköterskor utvecklar olika strategier för att hantera denna balans, exempelvis genom att distansera sig emotionellt, sätta tydliga gränser för sitt ansvar eller förlita sig på klinisk intuition. Dessa strategier kan förstås som nödvändiga copingmekanismer i en krävande vårdmiljö, men de väcker samtidigt frågor kring hur de påverkar identifiering och bemötande av våldsutsatta kvinnor. Kärnkompetensen evidensbaserad vård innebär enligt Svensk sjuksköterskeförening (2024) att vårdbeslut ska grundas på bästa tillgängliga kunskap, klinisk erfarenhet samt patientens preferenser. Vid avsaknad av tydliga riktlinjer, utbildning och organisatoriskt stöd riskerar dock denna balans att förskjutas, där kliniska beslut i större utsträckning baseras på individuell erfarenhet och situationsbunden intuition snarare än sammanvägd evidens. Detta kan innebära en utmaning för likvärdig vård, då handläggningen av våldsutsatthet riskerar att variera beroende på enskilda sjuksköterskors kompetens och trygghet i situationen. Vid avsaknad av tydliga strukturer riskerar arbetet därmed att bli individuellt och situationsstyrt, vilket kan leda till att sjuksköterskor undviker att lyfta frågor om våld för att hantera arbetsbelastning och emotionell stress. Detta innebär inte en brist på vilja, utan kan snarare ses som en konsekvens av otillräckliga strukturella förutsättningar.

Följaktligen kan vårdens kvalitet och likvärdighet påverkas, då hanteringen av våldsutsatthet blir beroende av enskilda sjuksköterskors erfarenhet och trygghet i situationen. När formella strukturer saknas tvingas sjuksköterskor i större utsträckning förlita sig på egen erfarenhet och intuition i kliniska bedömningar. Även om detta kan vara en viktig del av det kliniska kunnandet, kan det samtidigt innebära en risk för variation i bedömningar, minskad

följsamhet till evidensbaserade arbetsätt och ökad emotionell belastning (Modigh et al., 2025). Detta understryker behovet av organisatoriska stödstrukturer som inte enbart syftar till att effektivisera arbetet, utan även till att möjliggöra evidensbaserad vård i praktiken, skapa trygghet i professionella beslut och minska den individuella bördan i mötet med komplexa vårdsituationer.

## **7.3 Konklusion**

Sjuksköterskor möter dagligen kvinnliga patienter där misstanke om våld i nära relationer (ViNR) kan uppstå. Resultatet visar att det finns en uttalad vilja att identifiera och uppmärksamma våldsutsatthet, men att denna ambition ofta begränsas av bristande organisatoriska förutsättningar. Detta kan försvåra möjligheten att på ett tryggt och strukturerat sätt lyfta frågor om våld i vårdmötet. En återkommande aspekt är att sjuksköterskor upplever osäkerhet och rädsla inför att ställa frågor om ViNR, då det kan uppfattas som ett intrång i patientens integritet och privatliv. Denna osäkerhet, i kombination med otillräckliga riktlinjer och stöd, kan bidra till att frågan undviks, trots dess kliniska relevans. Vidare framkommer att sjuksköterskor kan uppleva maktlöshet när kvinnor väljer att stanna kvar i destruktiva relationer, vilket ytterligare påverkar den emotionella belastningen i yrkesrollen. Resultatet visar även att hög arbetsbelastning och tidsbrist utgör betydande hinder i arbetet med att identifiera ViNR. I en pressad vårdsituation prioriteras ofta akuta behov, vilket medför att utrymmet för att stanna upp, lyssna och ge stöd till kvinnan begränsas. Detta riskerar att påverka möjligheten att fånga upp våldsutsatthet i tid, och kan leda till att kvinnans behov inte synliggörs i vårdmötet. Utveckling av riktade utbildningsinsatser, med fokus på kommunikationsstrategier och tydliggörande av ViNR som en legitim och naturlig del av sjuksköterskans yrkesansvar, är av stor betydelse. För att möjliggöra detta krävs dock även organisatoriska förutsättningar som ger tid, stöd och struktur i det kliniska arbetet, så att våldsutsatthet inte riskerar att förbises i vårdens vardag.

## **7.4 Kliniska implikationer och förslag till utveckling av ämnet**

Resultatet visar att sjuksköterskor efterfrågar konkreta verktyg såsom färdiga manus och exempel på formuleringar vilket kan göra det naturligt att kunna integrera frågor om våld i patientmötet. Genom att använda en fastställd struktur kan sjuksköterskor känna en ökad trygghet i att systematiskt ställa dessa frågor vid alla patientmöten och inte enbart när det finns en misstanke om våld. Detta kan bidra till att minska den personliga rädslan och osäkerheten. Studien belyser även vikten av relationsbygge för att skapa tillit, vilket är avgörande för att patienten ska våga öppna upp sig. För att detta ska vara möjligt krävs resurser och tid, då tillit ofta byggs upp över flera möten. Vården behöver därför organisatoriskt möjliggöra kontinuitet och tidsutrymme så att ett första möte kan lägga grunden för framtida samtal.

För framtida utveckling krävs en omfördelning från individuellt ansvar till ett systematiskt och organisatoriskt stöd. Det finns ett uttalat behov av ökad utbildning kring identifiering av våld. Utbildning bör inte endast fokusera på faktakunskap utan även inkludera hantering av emotionella och etiska utmaningar i mötet med våldsutsatta patienter. Detta innefattar exempelvis att hantera situationer där våld normaliseras eller betraktas som en privat angelägenhet. Brist på professionellt stöd riskerar annars att leda till att sjuksköterskor undviker ämnet som en strategi för att skydda sig själva. Vidare behöver hantering av kulturella barriärer utvecklas för att öka förståelsen för hur sociokulturella normer påverkar både patientens benägenhet att berätta och sjuksköterskans möjlighet att ställa frågor.

Ytterligare forskning bör fokusera på utveckling och utvärdering av standardiserade frågeformulär och samtalsmallar för att undersöka om dessa kan öka frekvensen av screening och förbättra identifiering i klinisk praxis. Det behövs även en mer fördjupad kunskap om vilka stödinsatser och handlingsmodeller som bäst hjälper sjuksköterskor att hantera känslor av maktlöshet och frustration i mötet med våldsutsatta kvinnor. Framtida forskning bör även undersöka orsaker till att sjuksköterskor dokumenterar att frågor om våld har ställts utan att detta faktiskt har skett. Även hur administrativa system kan utformas för att minska sådana passivt undvikande. Slutligen är det av stor vikt att utveckla kulturellt anpassade interventionsmetoder för att säkerställa en jämlik vård och förbättra identifiering av våldsutsatta kvinnor. Det är också relevant att undersöka hur manliga sjuksköterskor kan hantera dessa situationer på ett professionellt sätt för att säkerställa att screeningen inte påverkas av vårdgivarens kön. Genom att utveckla kulturellt anpassande interventioner kan vården stärka patientens tillit till system och därigenom öka benägenheten att berätta om våldsutsatthet.

## 8 Referenser

Artiklar markerade med asterisk (\*) ingår i resultatdelen.

Adams, C., Hooker, L., & Taft, A. (2021). Threads of Practice: Enhanced Maternal and Child Health Nurses Working with Women Experiencing Family Violence. *Global Qualitative Nursing Research*, 8, 1-11.

<https://journals.sagepub.com/doi/pdf/10.1177/23333936211051703>

\*Al-Natour, A., Qandil, A., & Gillespie, G. L. (2016). Nurses' roles in screening for intimate partner violence: a phenomenological study. *International Nursing Review*, 63, 422-428. <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/inr.12302>

\*Alshammari, A., Evans, C., & McGarry, J. (2023). Nurses' experiences of perceiving violence and abuse of women in Saudi Arabia: A phenomenological study. *International Nursing Review*, 70, 501-509.

<https://onlinelibrary.wiley.com/doi/epdf/10.1111/inr.12859>

Billhult, A. (2023). Kvantitativ metod och stickprov. I M. Henricson (Red.), *Vetenskaplig teori och metod* (s. 103 – 114). Studentlitteratur.

\*Briones-Vozmedino, E., et al. (2021). A qualitative content analysis of nurses' perceptions about readiness to manage intimate partner violence. *Journal of Advanced Nursing*, 78, 1448-1460. <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/epdf/10.1111/jan.15119>

Eriksson, K. (1994). *Den lidande människan*. 2.uppl. Stockholm: Liber AB.

Eriksson, K. (2018). *Vårdvetenskap: Vetenskap om vårdnandet - Om det tidlösa i tiden*. 1. uppl. Stockholm: Liber

Frenzel, A. (2024). *Brott i nära relation (Rapport nr 2024:4)*. Brottsförebyggande rådet.

[https://bra.se/download/18.63eed38e192716a4afc1536/1728997063093/2024\\_4-Brott-i-nara-relation.pdf](https://bra.se/download/18.63eed38e192716a4afc1536/1728997063093/2024_4-Brott-i-nara-relation.pdf)

García-Moreno, C., Jansen, H.A.F.M., Ellsberg, M., Heise, L., & Watts, C. (2005). WHO *Multi-country Study on Women's Health and Domestic Violence against Women: Initial results on prevalence, health outcomes and women's responses*. World Health Organization.

Graneheim, U.H., Lindgren, B-M., & Lundman, B. (2023). Kvalitativ innehållsanalys. I M.Henricson (Red.), *Vetenskaplig teori och metod* (s.295 – 310). Studentlitteratur.

Graneheim, U. H., & Lundman, B. (2004). Qualitative content analysis in nursing research: concepts, procedures and measures to achieve trustworthiness. Hämtad 24 mars, 2026, från

<https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0260691703001515?via%3Dihub>

\*Hall, A., & Örmon, K. (2025). Affective of Screening for Intimate Partner Violence: The Impact of Emotions on the Implementation of Routine Asking Questions About Violence in Women's Health Care. *Women's Reproductive Health*, 12(2), 393-414.

<https://www-tandfonline-com.libraryproxy.his.se/doi/epdf/10.1080/23293691.2025.2460640?needAccess=true>

Hellberg, S., & Karlsson, E-K. (2023). Informationssökning. I M.Henricson (Red.), *Vetenskaplig teori och metod* (s. 85 – 102). Studentlitteratur.

Högskolan i Skövde. (2026) Röda korsets granskningsmall. Hämtad 9 mars, 2026 från [https://his.instructure.com/courses/9424/files/1385355?module\\_item\\_id=222193](https://his.instructure.com/courses/9424/files/1385355?module_item_id=222193)

\*Jack, S. M., et al. (2016). Identification and assessment of intimate partner violence in nurses home visitation. *Journal of Clinical Nursing*, 26, 2212-2228.  
<https://onlinelibrary.wiley.com/doi/epdf/10.1111/jocn.13392>

Jämställdhetsmyndigheten. (2024a). Utbildning leder till ökad upptäckt av våld. Hämtad 16 februari, 2026, från <https://jamstalldhetsmyndigheten.se/media/w54degce/utbildning-leder-till-%C3%B6kad-uppt%C3%A4ckt-av-v%C3%A5ld-2024-5.pdf>

Jämställdhetsmyndigheten. (2026b) Hedersrelaterat våld och förtryck. Hämtad 9 februari, 2026, från <https://jamstalldhetsmyndigheten.se/mans-vald-mot-kvinnor/hedersrelaterat-vald-och-fortryck/>

Jämställdhetsmyndigheten. (2026c). Information om våldsutsatthet. Hämtad 9 februari, 2026, från <https://jamstalldhetsmyndigheten.se/mans-vald-mot-kvinnor/information-om-valdsutsatthet/>

Kunskap om våld. (2025). *Våldets konsekvenser*. Hämtad 10 februari, 2026, från <https://kunskapomvald.se/om-vald/valdets-konsekvenser/>

Kvinnofridslinjen. (2026). *Vad är våld?*. Hämtad 11 februari, 2026, från <https://kvinnofridslinjen.se/om-vald/>

Lundgren, E (2004). *Våldets normaliseringsprocess*. Stockholm: ROKS

Marilyn R. McFarlnad och Hiba B. Wehbe-Alamah, H. B. (2019). Leininger's Theory of Culture Care Diversity and Universality: An Overview With a Historical Retrospective and a View Toward the Future. *Journal of Transcultural Nursing*, 30(6), 540-557.  
<https://journals.sagepub.com/doi/epub/10.1177/1043659619867134>

\*Maquibar, A., et al. (2022). Primary healthcare nurses' experiences of addressing intimate partner violence in supportive legal and health system context. *Journal of Advanced Nursing*, 79, 1399-1413.  
<https://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/jan.15406>

McGarry, J. & Bowden, D. (2017). Unlocking stories: Older womens experience of intimate partner violence told through creative experssion. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 24(8), 629-637. <https://research-ebSCO-com.libraryproxy.his.se/api/search/v1/record/emid53db/smartlink?opid=uka2ou>

Modigh, H., Myrh, H., Näsström, M., & Lundström, M. (2025). The important gut feeling: A qualitaitv content analysis of ambulance nurses' experinces of encountering

victims of domestic violence. *Nordic Journal Of Nursing Research*, 45, 1-9.  
<https://journals.sagepub.com/doi/pdf/10.1177/20571585251343852>

\*Mphephu, A., & Du Plessis, E. (2021). Professional nurses' experience in providing nursing care to women experiencing gender-based violence: A caring presence study. *Health SA Gesondheid*, 26(0), a1658.  
<https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC8517722/pdf/HSAG-26-1658.pdf>

Mårtensson, J., & Fridlund, B. (2023). Vetenskaplig kvalitet i examensarbetet. I M.Henricson (Red.), *Vetenskaplig teori och metod* (s. 473 – 489). Studentlitteratur.

Nationellt Centrum för Kvinnofrid (NCK). (2017). *Att möta utsatta kvinnor inom hälso- och sjukvården*. Hämtad 17 februari, 2026, från  
[https://kunskapsbanken.nck.uu.se/nckkb/nck/publik/fil/visa/557/NCK\\_Uppsalamodellen\\_low.pdf](https://kunskapsbanken.nck.uu.se/nckkb/nck/publik/fil/visa/557/NCK_Uppsalamodellen_low.pdf)

Sasseville, N., Maurice, P., Montminy, L., Hassan, G., & St-Pierre, É. (2022). Cumulative contexts of vulnerability to intimate partner violence among women with disabilities, elderly women, and immigrant women: Prevalence, risk factors, explanatory theories, and prevention. *Trauma, Violence, & Abuse*, 23(1), 88-100.  
Hämtad 15 april, 2026, från <https://journals-sagepub-com.libraryproxy.his.se/doi/epub/10.1177/1524838020925773>

SFS 2017:30. *Hälso- och sjukvårdslag*. Socialdepartementet. Hämtad 10 februari, 2026, från [https://www.riksdagen.se/sv/dokument-och-lagar/dokument/svensk-forfattningssamling/halso-och-sjukvardslag-201730\\_sfs-2017-30/](https://www.riksdagen.se/sv/dokument-och-lagar/dokument/svensk-forfattningssamling/halso-och-sjukvardslag-201730_sfs-2017-30/)

SFS 1949:105. *Tryckhetsförordning*. Justitiedepartementet. Hämtad 14 april, 2026, från [https://www.riksdagen.se/sv/dokument-och-lagar/dokument/svensk-forfattningssamling/tryckfrihetsforordning-1949105\\_sfs-1949-105/](https://www.riksdagen.se/sv/dokument-och-lagar/dokument/svensk-forfattningssamling/tryckfrihetsforordning-1949105_sfs-1949-105/)

\*Spragu, C., Hatcher, A. M., Woollett, N., & Black, V. (2017). How Nurses in Johannesburg Address Intimate Partner Violence in Female Patients: Understanding IPV Responses in Low- and Middle-Income Country Health Systems. *Journal of Interpersonal Violence*, 32(11), 1591-1619.  
<https://journals.sagepub.com/doi/epub/10.1177/0886260515589929>

Svensk sjuksköterskeförening. (2024). *Kompetensbeskrivning för legitimerad sjuksköterska*. Hämtad 16 februari, 2026, från  
<https://swenurse.se/download/18.63d77b1e18bf5c2bfaa40841/1701244747726/Kompetensbeskrivning%20legitimerad%20sjuksko%CC%88terska%202024.pdf>

United Nations. (1979). *Convention on the elimination of all forms of discrimination against women* New York. Hämtad 10 februari, 2026, från  
<https://www.ohchr.org/en/instruments-mechanisms/instruments/convention-elimination-all-forms-discrimination-against-women>

Uppsala universitet. (2025). *Fysiska och psykiska konsekvenser av våldsutövning*. Hämtad 10 februari, 2026, från <https://www.uu.se/centrum/nck/kunskapsbank-om-vald/fakta-och-forskning-om-vald/fysiska-och-psykiska-konsekvenser>

Uppsala universitet. (2024). *Uppbrottsprocessen*. Hämtad 18 mars, 2026, från <https://www.uu.se/centrum/nck/kunskapsbank-om-vald/fakta-och-forskning-om-vald/uppbrotsprocessen>

Uppsala universitet. (2025). *Våld i nära relationer*. Hämtad 10 februari, 2026, från <https://www.uu.se/centrum/nck/kunskapsbank-om-vald/fakta-och-forskning-om-vald/vald-i-nara-relationer>

Vetenskapsrådet. (2024). God forskningssed (Diarienummer 5.2-2024-06421). <https://www.vr.se/download/18.4c9f221a191e4edf9053a474/1727853946433/God%20oforskningssed%20VR%202024.pdf>

\*Visentin, F., et al. (2015). Women's primary care nursing in situations of gender violence. *Investigacion y Educacion en Enfermeria*, 33(3), 556-564. [View of Women's primary care nursing in situations of gender violence](#)

World health organization. (2024). *Violence against women*. Hämtad 10 februari, 2026, från <https://www.who.int/publications/i/item/924159358X>

World Medical Association. (2024). WMA Declaration of Helsinki - ethical principles for medical research involving human participants. (Rev. utg.) Hämtad 11 mars, 2026, från <https://www.wma.net/policies-post/wma-declaration-of-helsinki/> (Originalarbete publicerad 1964)

\*Wyatt, T., McClelland, M. L., & Spangaro, J (2019). Readiness of newly licensed associated degree registered nurses to screen for domestic violence. *Nurses Education in Practice*, 35, 75-82. <https://www-sciencedirect-com.libraryproxy.his.se/science/article/pii/S147159531730358X>

Östlundh, L. (2022). Informationssökning. I F.Friberg (Red.), *Dags för uppsats* (s.79 – 109). Studentlitteratur.

## Bilaga 1: Översiktstabell av litteratursökning

Databas & datum	Sökord	Antal träffar	Lästa titlar	Lästa abstract	Lästa artiklar	Valda artiklar
CINAHL 26-02-24	Registered nurse AND Female AND Intimate partner violence	17 st	17 st	5 st	2 st	1 st
MEDLINE 26-02-24	Clinical nurse AND Intimate partner violence	64 st	14 st	2 st	1 st	1 st
PubMed 26-02-25	Identificiation AND Intimate partner violence AND nurse	112 st	20 st	5 st	2 st	1 st
CINAHL 26-02-25	Women  Intimate partner violence  Registered nurse	39 st	6 st	2 st	2 st	1 st
CINAHL 26-03-03	Intimate partner violence  Screenin  Nurses	121 st	20 st	6 st	3 st	1 st
PubMed 26-02-25	Women  Primare care  Gender violence	328 st	43 st	3 st	3 st	1 st
CINAHL 26-03-03	Nursing care AND Domestic violence	173 st	20 st	4 st	2 st	1 st
PubMed	Nurses AND intimate	144 st	14 st	3 st	3 st	1 st

26-03-03	partner violence					
PubMed 26 - 03 - 11	nurses intimate partner violence AND female	309 st	43 st	3 st	2 st	1 st
PudMed 26 - 03- 11	nurses, experience, violence, women	306 st	35 st	7 st	2 st	1 st

## Bilaga 2: Röda korsets granskningsmall

### 1. Konklusion och/ eller diskussion (eng. conclusion/discussion)

Försök att inledningsvis skapa dig en uppfattning om forskarens konklusioner och/ eller diskussion. Det ger dig en utgångspunkt i den fortsatta läsningen. Det är viktigt att veta vad presentationen av artikeln ska leda till för att kunna bedöma relevansen i vad som representerar underlaget för forskarens argumentation. • Vilka resultat dominerar diskussionen och/eller konklusionen?

### 2. Syfte (eng. Purpose, Aim)

- Vad är syftet med studien/ undersökningen?
- Finns det några specifika frågeställningar formulerade?

### 3. Bakgrund (eng. Introduction, Background, literature review, Conceptual framework)

- Refererar författaren till tidigare forskning? Om ja, vilken?
- Presenteras en teori som utgör ramen för studien? Om ja, vilken/vilken?
- Finns det viktiga termer och/ eller begrepp definierade? Om ja, vilken/vilka?
- Förtydligas eller förklaras det i bakgrunden varför denna studie är nödvändig? Om ja, med vilka argument?
  - Beskriver forskaren sin egen förståelse eller sitt eget synsätt (viktigt i studier med kvalitativ data). Om ja, hur?

### 4. Metod (eng. Method: Study setting, Sample, participants, procedure, intervention)

- Vilken typ av studie utfördes (ex. experiment, hermeneutisk textanalys)?
- I vilken miljö genomfördes studien (ex. sjukhus, skola, laboratorium, hemmet)?
- Urval: (vem, vilka, vad undersöktes)? Beskrivs ev. försökspersoner, var de unika på något sätt eller "normaltyper".
- Hur många deltagare/ försökspersoner ingick i studien?
- Erhölls godkännande från etisk kommitté? Beskrivs det hur försökspersonernas identitet skyddades och frivillighet garanterades?
- Hur gick datainsamlingen till (ex. mätningar, enkäter, intervjuer, observationer)?
- Verkar metoden för datainsamlingen och ev. val av försökspersoner rimliga och relevanta?
- På vilket sätt analyserades materialet (statistiska metoder, begreppsanalys, viss tolkningsmetod etc)?
  - Tycker du att metodavsnittet ger en tydlig beskrivning av tillvägagångssättet? Skulle det vara möjligt att göra om studien genom att följa metodbeskrivningen?

### 5. Resultat (eng. Results, Findings)

- Beskriv resultatet av undersökningen.
- Vid tolkande analyser, ange teman och/eller kategorier. Verkar resultatet logiska, tillförlitliga och trovärdiga?

### 6. Diskussion och/ eller konklusion (eng. Discussion, Conclusion, implications for further research)

- Vilka slutsatser drar forskaren?

**7. Innebörden av studien för den praktiska vården (eng. *Clinical implications, Implications for practice*)**

- Vilka resultat kan ha betydelse för den praktiska vården enligt forskaren?
- Anser du att resultaten är lämpliga att omsätta i praktiskt vårdarbete? Om ja, i vilken miljö?

**8. Sammanfattande helhetsbedömning:**

- Kvaliteten: hur bra anser du att undersökningen är?
- Relevans: är denna studie relevant för den kliniska verksamheten?

## Bilaga 3: Översiktstabell över analyserade artiklar

Titel	Författare År Land Tidskrift	Syfte	Design Metod Deltagare	Resultat	Forskningsetiska överväganden	Kvalitetsgrad
<b>Primary healthcare nurses experiences of addressing intimate partner violence in supportive legal and health system contexts</b>	Maquibar A., Estalella I., Romeo-Serrano R., Macias-Seda J., Gil-Garcia E., Lancharro-Tavero I. År: 2022 Land: Spanien Tidskrift: Journal of Advanced Nursing	Syftet med studien var att utforska sjuksköterskors erfarenheter inom primärvården av att vårda kvinnor som utsatts för våld i nära relation, i en miljö där det finns institutionellt stöd för att hantera dessa hälsofilter.	Studien har en sekundär kvalitativ analysdesign.  Deltagare: 19 sjuksköterskor baserat på att de hade erfarenheter av att vårda kvinnor som utsatts för våld i nära relation.	Resultatet visar att sjuksköterskor i primärvården framgångsrikt kan ge evidensbaserad vård till våldutsatta kvinnor när ett stödjande institutionellt ramverk finns på plats. Arbetet fokuserar på att bygga tillit över tid för att identifiera främst psykiskt våld och stärka kvinnans självkänsla.	Studien godkändes av den andalusiska etiska kommittén för biomedicinsk forskning. Informerat samtycke, konfidentialitet och dataskydd.	Hög kvalitet
<b>A qualitative content analysis of nurses' perceptions about readiness to manage intimate partner violence</b>	Briones-Vozmediano E., Otero-García, Gea-Sanchés M., De Fuentes S., García-Quinto M., Vives-Cases.,	Syftet med studien var att utforska sjuksköterskors uppfattningar om de faktorer som påverkar deras beredskap att hantera våld i nära relationer (IPV) i	Studien är en kvalitativ design med och använder en kvalitativ innehållsanalys.  Deltagare: 37 sjuksköterskor, 32 kvinnor och 5 män verksamma vid 27 primärvårdscentraler och 10 sjukhus i sex	Resultatet i studien visar att sjuksköterskor i Spanien ser bemötande av våld i nära relation som ett personligt val snarare än en professionell	Studien godkändes av de etiska kommittéerna vid universitetet i Alicante.  Informerat samtycke, frivillighet och anonymitet, samt skydd av integritet.	Hög kvalitet

	<p>Maquibar A.,</p> <p>År: 2021</p> <p>Land: Spanien</p> <p>Tidskrift: Journal of advanced nursing</p>	Spanien	olika regioner i Spanien.	I plikt, trots att det finns officiella riktlinjer. Deras förmåga att agera begränsas av bristande utbildning, hög arbetsbelastning och tidsbrist.		
<p><b>Identification and assessment of intimate partner violence in nursehome visitation</b></p>	<p>M Jack S., Ford-Gilboe., DavidovD., L MacMillan H.</p> <p>År: 2016</p> <p>Land: USA</p> <p>Tidskrift: Journal of Clinical Nursing</p>	<p>Att utveckla strategier för identifiering och bedömning av våld i nära relationer (IPV) inom ett hembesöksprogram utfört av sjuksköterskor, samt att undersöka vilka villkor som främjar trygga diskussioner om övergrepp.</p>	<p>En kvalitativ fallstudie</p> <p>Datainsamlingen skedde genom fokusgrupper med sjuksköterskor samt semistrukturerade intervjuer med klienter och arbetsledare. Analysen vägledades av konventionell innehållsanalys och en modell för praxis-, problem- och behovsanalys.</p> <p>Totalt deltog 32 sjuksköterskor, 26 mödrar (klienter) med personlig erfarenhet av våld, samt 5 arbetsledare (supervisors).</p>	<p>Studien visar att strukturera de screeningsverktyg vid inskrivning ofta misslyckas med att fånga upp våld, då de kan ge falska negativa svar och inte främja djupgående samtal. Patienter är mer benägna att berätta om sina erfarenheter när sjuksköterskor initerar ostrukturerade diskussioner om föräldraskap, säkerhet och hälsosamma relationer. Sjuksköterskorna uttryckte ett behov av att lära sig lita på sin "magkänsla" och efterfrågade korrekta verktyg.</p>	<p>Studien godkändes av flera etiska prövningsnämnder (Research Ethics Boards/IRB) i både Kanada och USA.</p>	Hög kvalitet

<p><b>Readiness of newly licensed associated degree registered nurses to screen for domestic violence</b></p>	<p>Författare: Theresa Wyatt, Molly L. McClelland och Jo Spangaro.</p> <p>År: 2019</p> <p>Land: USA</p> <p>Tidskrift: Nurse Education in Practice</p>	<p>Att identifiera om nyligen legitimerade sjuksköterskor med en "associate degree" screenar för våld i nära relationer, hur de screenar, vilka patienter som screenas samt hur deras grundutbildning och nuvarande arbetsplatsträning har påverkat dessa beslut och beteenden.</p>	<p>En kvalitativ explorativ design</p> <p>Metod: Studien vägledades av konstruktivistisk grundad teori. Datainsamling skedde genom telefonintervjuer med en öppen intervjuguide. Analysen skedde parallellt med datainsamlingen genom kodning och ständiga jämförelser.</p> <p>Deltagare: 16 sjuksköterskor.</p>	<p>Resultaten visar att sjuksköterskor inte får tillräcklig utbildning om screening och att deras praxis ofta styrs av arbetsmiljö, kollegors beteende och en övertro på den egna intuitionen snarare än formell kunskap</p>	<p>Studien godkändes av en etisk kommitté (Institutional Review Board) vid Medical University of South Carolina. Muntligt samtycke erhöles från deltagarna före intervjuerna, och anonymitet samt konfidentialitet säkerställdes genom att ingen identifierbar information inkluderades i materialet</p>	<p>Hög kvalitetsgrad</p>
<p><b>Affective Aspects of Screening for Intimate Partner Violence: The Impact of Emotions on the Implementation of Routinely Asking Questions About Violence in Women's Health Care</b></p>	<p>Författare: Anna Hall och Karin Örmon.</p> <p>År: 2025.</p> <p>Land: Sverige. Studien genomfördes i ett storstadsområde i Västsverige.</p> <p>Tidskrift: <i>Women's Reproductive Health</i></p>	<p>Att utforska de affektiva aspekterna av att rutinemässigt ställa frågor om våld i nära relationer inom kvinnosjukvården och hur känslor påverkar implementeringen av dessa frågor</p>	<p>Kvalitativ design och baseras på data insamlade inom ramen för en utvärdering av ett pilotprojekt rörande implementering av rutinfrågor om våld</p> <p>Metod: Data samlades in genom semistrukturerade fokusgruppsintervjuer.</p> <p>Deltagare: 7 stycken vårdgivare fördelade på två fokus grupper. Deltagare var barnmorskor, sjuksköterskor och läkare.</p>	<p>Resultaten visar att känslor fungerar som både förutsättningar (antecedents) för och konsekvenser av att ställa rutinfrågor om våld.</p> <p>Konsekvenser: att ställa frågor kunde väcka känslor som obehag hos vårdgivaren.</p> <p>Förutsättningar: innan implementering fanns en utbredd oro för att bli överväldigad av patientberättelser eller överskrida</p>	<p>Studien har genomgått etisk prövning och godkänts av Etikprövningsmyndigheten (diarienummer 2021-02954). Informerat samtycke inhämtades från alla deltagare, och de informerades om möjligheter till stöd om deltagandet skulle väcka svåra känslor</p>	<p>Hög kvalitetsgrad</p>

				professionella gränser.		
<b>Nurses' experiences of perceiving violence and abuse in Saudi Arabia: A phenomenological study</b>	Alshammari, A., Evans, C., McGarry, J.  År: 2022  Land: Saudiarabien  Tidskrift: International Nursing Review	Att utforska praktiker, förståelse och erfarenheter hos sjuksköterskor gällande våld i hemmet och övergrepp.	En kvalitativ design.  Metod: en hermeneutisk fenomenologisk metod.  Deltagare: 18 sjuksköterskor och sjuksköterskestudenter som rekryterades genom bekvämlighetsurval i Saudiarabien.	Huvudresultatet visar att sjuksköterskorna känner sig maktlösa på grund av bristande utbildning, otydliga organisatoriska strukturer och starka kulturella normer som normaliserar våldet.	Etiskt godkännande av den forskningsetiska kommittén vid University of Nottingham. Informerat samtycke, tillstånd till inspelning av intervjuerna, konfidentialitet och hantering av känsligt material.	Hög kvalitetsgrad
<b>Nurses' roles in screening for intimate partner violence: a phenomenological study</b>	Al-Natour, A., Quandil, A., Gillespie, G.L.  År: 2016  Land: Jordanien  Tidskrift: International Nursing Review	Syftet med studien var att beskriva jordanska sjuksköterskors roller och praxis vid screening för våld i nära relationer.	En deskriptiv fenomenologisk design.  Deltagare: 12 jordanska sjuksköterskor, 6 män och 6 kvinnor.	Resultatet visar att jordanska sjuksköterskor screenar sällan rutinmässigt för våld i nära relationer på grund av bristande utbildning, otydliga sjukhusprotokoll och kulturella barriärer. Detta leder till att personalen upplever starka känslor av maktlöshet och skuld när de inte kan hjälpa utsatta patienter.	Etiskt godkännande av Institutional Review Board. Informerat samtycke och rättigheter, konfidentialitet och anonymitet och deltagarnas välbefinnande.	Hög kvalitetsgrad

<p><b>Women´s primary care nursing in situations of gender violence</b></p>	<p>Visentin, F., Becker Viera, L., Trevisan, I., Lorenzini, E., Franco da Silva, E.</p> <p>År: 2015</p> <p>Land: Brasilien</p> <p>Tidskrift: Invest Educ Enferm</p>	<p>Syftet var att identifiera de åtgärder som sjuksköterskor inom primärvård en utför för kvinnor som är utsatta för våld i relation, och vilka begränsningar sjuksköterskor möter i dessa sammanhang.</p>	<p>En explorativ och deskriptiv design med en kvalitativ ansats</p> <p>Deltagare: 17 slumpmässigt utvalda sjuksköterskor vid tio olika basenheter för hälsovård i en stad i Brasilien.</p>	<p>Resultatet visar att sjuksköterskor använder empati och aktivt lyssnande som strategier för att hjälpa våldutsatta kvinnor, men hindras av bristande utbildning och tidsbrist. Personalen känner sig maktlösa och otillräckligt förberedda för att hantera våldets komplexitet.</p>	<p>Etiskt godkännande av den etiska kommittén vid Our Lady of Fatima College. Informerat samtycke, konfidentialitet och anonymitet.</p>	<p>Hög kvalitet.</p>
<p><b>How nurses in Johannesburg Address Intimate Partner Violence in Female Patients: Understanding IPV Responses in Low- and Middle-Income Country Health Systems</b></p>	<p>Sprague, C., M.Hatcher, A., Woollett, N., Black, V.</p> <p>År: 2017</p> <p>Land: Sydafrika</p> <p>Tidskrift: Journal of Interpersonal Violence</p>	<p>Syftet var att undersöka hur och varför sjuksköterskor i Johannesburg bemöter våld i nära relationer hos kvinnliga patienter.</p>	<p>En deskriptiv och explorativ design.</p> <p>Deltagare: 25 sjuksköterskor, samtliga var kvinnor.</p>	<p>Resultatet visar att sjuksköterskor i Johannesburg identifierar och hanterar rutinmässigt våld i nära relationer genom ett mönster av samtal, bedömning av misshandling, trots att det saknas officiella nationella riktlinjer.</p>	<p>Etiskt godkännande från två insatser: University of the Witwatersrand Human Reserch Medical Ethics och University of Massachusetts Boston.</p> <p>Informerat samtycke, anonymitet och konfidentialitet</p>	<p>Hög kvalitet.</p>

<p><b>Professional nurses' experience in providing nursing care to women experiencing gender-based violence: A caring presence study</b></p>	<p>Författare: Avhatakali Mphephu och Emmertia du Plessis. År: 2021. Land: Sydafrika (Vhembe - distriktet i Limpopo - provinserna). Tidskrift: <i>Health SA Gesondheid</i></p>	<p>Att utforska och beskriva erfarenheterna hos legitimerade sjuksköterskor av att ge omvårdnad till kvinnor som utsätts för könsbaserat våld.</p>	<p>Design: en kvalitativ, interpretativ fenomenologisk design för att få en djupare förståelse för deltagarnas levda erfarenheter.</p> <p>Metod: Data samlades in genom semistrukturerade enskilda intervjuer. Materialet analyserades med interpretativ fenomenologisk analys.</p> <p>Deltagare: 15 legitimerade sjuksköterskor</p>	<p>Sjuksköterskorna uttryckte en stark vilja att ge god omvårdnad och visa vårdande närvaro, men de mötte stora hinder i form av en bristfällig arbetsmiljö med personalbrist och lokaler utan privatliv.</p>	<p>Etisk godkännelse erhöles från en kommitté för hälsoforskning (HREC).</p>	<p>Hög kvalitetsgrad</p>
--	--	--	--	---	--	--------------------------

## Bilaga 4: Presentation av analysprocessen

Meningsenhet	Kondenserad meningsenhet	Kod	Undertema	Huvudtema
"Sjuksköterskorna upplever att det är obekvämt att ställa frågor och upplever att de riskerar att korsa en gräns till patientens privatliv"	Obehag inför att ställa frågor och rädsla för att inkräkta på privatlivet	Gränsoverskridande obehag.	Rädsla inför att ställa frågor.	<b>Känslomässiga barriärer och inre utmaningar i mötet.</b>
"Sjuksköterskor som inte screenar eller ger hjälp upplever sig hjälplösa, förtvylade, arga, skyldiga och deprimerade"	Starka negativa känslor och hjälplöshet vid utebliven screening eller hjälp.	Emotionell maktlöshet	En känsla av maktlöshet och frustration.	<b>Känslomässiga barriärer och inre utmaningar i mötet.</b>
"Sjuksköterskorna upplever att de saknar kunskap och praktiska färdigheter för att föra samtal om våld i nära relationer."	Brist på utbildning och samtalsfärdigheter försvårar mötet med patienten.	Kunskapsbrist i samtalet.	Behov av utbildning och tydliga handlingsplaner	<b>Professionell osäkerhet genom bristande förutsättningar.</b>
"På grund av personalbrist och långa köer upplever sjuksköterskor att de inte kan spendera tillräckligt med tid med varje patient."	Hög arbetsbelastning och tidsbrist gör att tecken på misshandel missas.	Organisatorisk tidsbrist	Arbetsbelastning och organisatoriska begränsningar som hinder.	<b>Professionell osäkerhet genom bristande förutsättningar.</b>
"Sjuksköterskorna ser hur kulturella normer, där våld kan ses som normalt skapar en barriär som hindrar kvinnorna."	Kulturella normer och normalisering av våld hindrar kvinnor från att berätta.	Kulturell tystnadskultur	Våldet som en tabubelagd och privat angelägenhet	<b>Sociokulturella och etiska dilemman.</b>
"Sjuksköterskor upplever att de tvingas balansera mellan två motstridiga ideal. Empatisk vård samt distanserad omtanke."	Utmaning i att balansera personligt engagemang med professionell distans.	Professionell balansgång	Balansen mellan professionellt ansvar och personligt engagemang	<b>Sociokulturella och etiska dilemman</b>