



Høgskulen på Vestlandet

Bacheloroppgave

BSS9

Predefinert informasjon

Startdato:	16-05-2019 09:00	Termin:	2019 VÅR
Sluttdato:	24-05-2019 14:00	Vurderingsform:	Norsk 6-trinns skala (A-F)
Eksamensform:	Bacheloroppgave		
SIS-kode:	203 BSS9 1 H 2019 VÅR		
Intern sensor:	(Anonymisert)		

Deltaker

Kandidatnr.: 358

Informasjon fra deltaker

Antall ord *: 9751

Egenerklæring *: Ja

Jeg bekrefter at jeg har Ja

registrert oppgavetittelen

på norsk og engelsk i

StudentWeb og vet at

denne vil stå på

vitnemålet mitt *:

Gruppe

Gruppenavn: (Anonymisert)

Gruppenummer: 98

Andre medlemmer i gruppen: Deltakeren har innlevert i en enkeltmannsgruppe

Jeg godkjenner avtalen om publisering av oppgaven min *

Ja

Er bacheloroppgaven skrevet som del av et større forskningsprosjekt ved HVL? *

Nei

Er bacheloroppgaven skrevet ved bedrift/virksomhet i næringsliv eller offentlig sektor? *

Nei



Høgskulen
på Vestlandet

BACHELOROPPGAVE

”Vold i nære relasjoner – det skjulte folkehelseproblemet”

”Domestic violence – the hidden public health problem”

Kandidatnummer: 358

Bachelorprogram i sykepleie

Institutt for helse- omsorgsvitenskap

Fakultet for helse – og sosialvitenskap

Innleveringsdato: 24/05/19

Antall ord: 9751

Jeg bekrefter at arbeidet er selvstendig utarbeidet, og at referanser/kildehenvisninger til alle kilder som er brukt i arbeidet er oppgitt, jf. Forskrift om studium og eksamen ved Høgskulen på Vestlandet, § 10.

Abstract

Title: “Domestic violence – the hidden public health problem”

Research question: “Which factors affect nursing conditions in identifying domestic violence among female patients in the after hours clinic, and what measures can improve the conditions?”

Background: Domestic violence is a major national and international public health problem that is not addressed in bachelor nursing. In Norway, nurses will meet battered women in several areas of health care, including the primary health care and the after hours clinics. Nurses have a major possibility to identify domestic violence, and help battered women to increase their quality of life.

Method: Literature study is used as method. The databases reviewed are Psycinfo, Cinahl, Medline and Svemed+. Some articles were also included using hand search. After systematically reviewing the articles, five articles were included. The studies are in English and Nordic languages.

Results: The studies were written in an analysis table. From this table, the results were synthesized and divided into common themes. The topics are “challenges when encountering battered women” and “facilitators when encountering battered women”.

Conclusion: Time, trust, language/cultural differences, unawareness, conflicting behavior, not feeling prepared, experience, practice and strategies were important factors that facilitated nurses' conditions to identify domestic violence. Furthermore, suggestions to increase nurses' conditions to identify domestic violence, were to provide sufficient resources to give nurses better time, have a sheltered place available to talk undisturbed, and to carry out confidence-building measures, such as showing that you are present, can be trusted, that you care, that you have time and that you listen actively. Further suggestions are teaching about domestic violence on the bachelor program in nursing, clear procedures in the workplace, a resource person with further education at each department, and a counseling service for health personnel about domestic violence. Other measures are to promote colleague support and guidance, have staff with expertise available at each guard, use interpreter when needed, recruit people

with different cultural backgrounds to the nursing profession, and to respect and acknowledge that people have different views on violence. Finally, it is to equip nurses with techniques so that they can bear the emotional responsibility of such a conversation. More research is needed, but there is no doubt that increasing nursing skills in working with afflicted patients will have positive effect for all parts.

Innholdsfortegnelse

1.0 Innledning	6
2.0 Teori	8
2.1 Vold i nære relasjoner	8
2.1.1 Tegn som bør vekke mistanke	9
2.1.2 Voldssyklusen.....	11
2.2 Retningslinjer	11
2.3 Sykepleieteoretisk perspektiv	12
2.3.1 Menneske-til-menneske-forholdet	12
2.3.2 Kommunikasjon	13
2.4 Sykepleiers arbeid med vold og overgrep på legevakten	14
3.0 Metode	16
3.1 Søkehistorikk	16
3.1.1 Inklusjons- og eksklusjonskriterier	18
3.2 Kildekritikk og metodekritikk	19
3.3 Analyse og syntese av kildene	20
3.4 Forskningsetikk	21
4.0 Resultater	22
4.1 Barrierer for å identifisere partnervold	23
4.1.1 Tid	23
4.1.2 Uvitenhet.....	23
4.1.3 Mangel på erfaring, trening og strategier.....	24
4.1.4 Sykepleiers behov for selvivaretagelse, og frykt for å trå feil	24
4.1.5 Motstridende atferd.....	24
4.1.6 Språklige og kulturelle forskjeller.....	25
4.1.7 Mangel på tid alene med kvinnene.....	25
4.2 Hvilke typer tilrettelegging og hvilke faktorer gjør det enklere å spørre?	26
4.2.1 Personlige strategier og øvelse.....	26
4.2.2 Samfunnsressurser og profesjonell hjelp.....	26
4.2.3 Gjenkjenne tegnene på vold, og det å følge magefølelsen	27
4.2.4 Tillit og støtte.....	27
5.0 Diskusjon	28
5.1 Tid	28
5.2 Tillit	29

5.3 Uvitenhet, mangel på erfaring og kompetanse	30
5.4 Språk og kultur	35
6.0 Konklusjon.....	37
7.0 Referanser	38
8.0 Vedlegg.....	43
8.1 Vedlegg I: PICO	43
8.2 Vedlegg II: Søkehistorikk.....	44
8.3 Vedlegg III: Flytdiagram.....	46
8.4 Vedlegg IV: Litteratormatrise	47

1.0 Innledning

I løpet av studietiden er ulike temaer blitt berørt, men aldri vold i nære relasjoner. Gjennom praksisstudier har jeg møtt kvinner, der det kommer frem at de har blitt utsatt for vold fra en partner, og det har vokst en frustrasjon i meg over urettferdigheten de utsettes for. Tanken på at dette skjer i velferdsstaten Norge, skremmer meg.

I Nasjonalt kunnskapssenter om vold og traumatisk stress (heretter kalt NKVTS) sin forekomststudie av vold i et livsløpsperspektiv, kommer det frem at 20,7% av kvinnene i studien har blitt utsatt for vold og/eller overgrep fra en partner i løpet av livet (Thoresen & Hjemdal, 2014, s. 81). I tillegg viste rapporten at omtrent like mange kvinner og menn ble utsatt for mindre alvorlig partnervold, som for eksempel klyping, kloring, lugging eller slåing med flat hånd. Derimot ble flere kvinner enn menn utsatt for alvorlig partnervold hvor sparking, kvelertak og juling var inkludert (Thoresen & Hjemdal, 2014, s. 17). På verdensbasis har omtrent én av tre kvinner opplevd enten fysisk eller seksuell vold fra en partner (World Health Organization, 2017) .

På dette grunnlaget vil jeg skrive om hva sykepleiere kan gjøre for å oppdage vold i nære relasjoner. Populasjonen jeg vil undersøke er begrenset til å dreie seg om kvinner, fordi det er de som oftest blir utsatt for den farlige typen vold. Det utelukker altså ikke at vold mot menn og barn er temaer som også burde ha fokus.

I yrkesetiske retningslinjer for sykepleiere, finnes det et eget punkt som omhandler sykepleieren og samfunnet. Her blir det beskrevet at sykepleieren aktivt skal delta i den sosiale og helsepolitiske utviklingen både lokalt, nasjonalt og internasjonalt, og at sykepleieren aktivt skal bidra til å imøtekomme sårbare gruppers særskilte behov for helse- og omsorgstjenester (Norsk sykepleierforbund, 2016).

Sykepleiere har en viktig rolle når det kommer til å hjelpe kvinner i en voldsutsatt situasjon, for å forebygge at kvinnene slipper å oppleve flere voldstilfeller, møter med helsevesenet, sykehusinnleggelse eller død. Av tidligere forskning på feltet, har jeg funnet en del artikler som handler om hvordan man kan identifisere vold, og hvordan man kan møte voldsutsatte hovedsakelig i primærhelsetjenesten og i psykiatrien. I tillegg har jeg funnet en del forskning som forteller om hvordan helsepersonell generelt kan møte den voldsutsatte på en god måte.

Jeg vil undersøke hvilke faktorer som påvirker sykepleierens forutsetninger for å avdekke vold i nære relasjoner. Jeg vil ta for meg kvinner på legevakten, fordi kvinner som lever i voldelige forhold er hyppige brukere av øyeblikkelig hjelp-tjenester (Nasjonalt kunnskapssenter om vold og traumatisk stress, 2018c). Jeg vil ha fokus på sykepleiers sykdomsforebyggende, omsorgsgivende og veiledende funksjon til denne pasientgruppen. Problemstillingen min er som følger:

”Hvilke faktorer påvirker sykepleiers forutsetninger for å identifisere vold i nære relasjoner blant kvinnelige pasienter på legevakten, og hvilke tiltak kan bedre forutsetningene?”

Hensikten med problemstillingen og oppgaven er å skaffe kunnskap om hvordan sykepleiere kan være best mulig rustet til å identifisere voldsutsatte kvinner som følge av partnervold. Min hypotese er at sykepleiere på legevakten har en stor mulighet til å oppdage vold, hvis de vet hva de skal se etter, og hvis de opplever at de er trygge på egen kompetanse. Det finnes mange fordeler med at vold blir identifisert og behandlet videre av annet helsepersonell. Sykepleierne kan yte bedre helsehjelp, forebygge nye tilfeller av vold, forbedre livskvaliteten til berørte kvinner, og i tillegg redusere kostnader i helsevesenet og samfunnet.

2.0 Teori

2.1 Vold i nære relasjoner

En mye brukt definisjon av vold, både i Norge og Sverige, er Per Isdal sin definisjon:

«Vold er enhver handling rettet mot en annen person som gjennom at denne handlingen skader, smerter, skremmer eller krenker, får denne personen til å gjøre noe mot sin vilje eller slutter å gjøre noe den vil.»

(Isdal, 2018, s. 7)

Ifølge Isdal (2018, s. 191) er relasjonsvold en type vold som finner sted innenfor nære relasjoner, der det er en voldsutøver som er sterkere eller har mer makt, mot noen som er svakere eller har mindre makt. Hyppigheten av vold i nære relasjoner er høy, og påvirker livs- og utviklingsbetingelsene for de rammede (Isdal, 2018, s. 76). I denne oppgaven vil jeg begrense begrepet "vold i nære relasjoner" til å handle om vold mellom ektefeller, samboere, partnere, kjærester eller ex-partnere.

Det finnes ulike typer vold: fysisk, psykisk, seksuell, materiell og latent (Isdal, 2018, s. 41). Som nevnt i definisjonen, er hensikten med alle typer vold å skade, smerte, skremme, krenke eller å få en person til å gjøre noe mot sin vilje eller slutte å gjøre noe den vil. Ved fysisk vold brukes fysisk makt som middel (Isdal, 2018, s. 45). Ved bruk av psykisk vold bruker man bakenforliggende makt eller trusler som ikke er direkte fysiske i sin natur (Isdal, 2018, s. 51). Som maktmiddel ved seksuell vold, brukes handlinger rettet mot en annen persons seksualitet (Isdal, 2018, s. 47). Ved materiell vold, brukes handlinger rettet mot ting eller gjenstander som maktmiddel (Isdal, 2018, s. 49). Latent vold er "vold som virker bare i kraft av sin mulighet" (Isdal, 2018, s. 68). Det vil si at frykten for at vold kan forekomme styrer en persons adferd.

Når det kommer til vold i nære relasjoner, kan flere av disse voldsformene bli benyttet, og formene for vold kan flyte over i hverandre. Det er vanskelig å si noe sikkert når det kommer til forekomst av partnervold, fordi det er få berørte som anmelder. Ifølge Norsk helseinformatikk (2010) blir 90-95% av forholdene aldri anmeldt.

Å føle på skyld og skam er vanlig etter å ha blitt utsatt for vold fra en partner. Konsekvenser av dette er at den voldsutsatte kan bagatellisere situasjonen, både overfor andre og seg selv (Nasjonalt kunnskapssenter om vold og traumatisk stress, 2018h). Hunskaar og Hansen (2016, s. 268) peker på at vold i nære relasjoner er assosiert med tabu og skam, og at dette er årsaken til at volden holdes skjult. Isdal (2018, s. 192) beskriver også at relasjonsvold er tabu- og skambelagt, og at dette er en av de største utfordringene med volden.

Ordene "partnervold", "vold" og "relasjonsvold" vil i denne oppgaven brukes som synonymmer til "vold i nære relasjoner".

2.1.1 Tegn som bør vekke mistanke

Det finnes en rekke tegn som bør vekke mistanke om vold. Tegn og symptomer kan være lite spesifikke og variere fra person til person (Nasjonalt kunnskapssenter om vold og traumatisk stress, u.å). Under vil de tegnene som kan være relevant for sykepleier på legevakten nevnes.

Av generelle tegn, sees hyppig bruk av legevakt, sen oppsøking av hjelp etter skader, bruk av rusmidler, høy grad av ambivalens og gjentatte undersøkelser uten sikker diagnose. Videre finner man utagerende atferd og reaksjoner på verbal eller fysisk berøring, synsinntrykk og lyd (Nasjonalt kunnskapssenter om vold og traumatisk stress, 2018c).

Av fysiske tegn finner man avrevet hår, brannskader, brudd, alvorlige skader uten logisk forklaring, skader av ulik alder eller som er grodd i varierende grad og sårskader. Videre nevnes skader i munnen, på hode, i ansikt, på hals, på bryster, armer og torso. Spesielt hos kvinner, nevnes skader og gjentakende infeksjoner i

kjønnsorganer, gjentakende urinveisinfeksjoner og uforklarlige blødninger vaginalt eller analt. Dersom blåmerker er over fem cm i diameter må man være observant på om kvinnen har flere merker på begge sider av kroppen, eller om det er merker på steder som er lite utsatt for tilfeldige støt (Nasjonalt kunnskapssenter om vold og traumatisk stress, 2018b).

I tillegg står det at man akutt kan se ulike fysiske reaksjoner som kan tilsi at kvinnen har opplevd trussel eller fare. Dette kan være tegn som rask puls, vansker med å puste, skjelvinger, kvalme eller muskelspenninger. Dersom kvinnen er kraftløs, blek og kaldsvetter, kan dette være en stressreaksjon, men det kan også være tegn på alvorlig indre skade (Nasjonalt kunnskapssenter om vold og traumatisk stress, 2018b).

Man må også være observant på psykosomatiske plager, som kroniske smerter uten påvisbar årsak, svimmelhet eller generell tretthet. I tillegg må en være observant ved vedvarende mage- og tarmbesvær eller smertefull blære, kroniske underlivssmerter eller søvn- og spiseforstyrrelser (Nasjonalt kunnskapssenter om vold og traumatisk stress, 2018e).

Psykiske symptomer kan ramme kvinner i ulik grad, og kan påvirke dem forskjellig ut ifra hvilken grad de har av underliggende sårbarhet. Akutte psykiske symptomer som sykepleier må være observant på er redsel, panikkangst og frykt for at noen vil ta hevn på dem. Videre beskrives skam, skyld, selvbebreidelse, hjelpeløshet og håpløshet. I tillegg er sinne, forvirring, tunnelsyn, opplevelse av uvirkelighet, viktige hendelser som glemmes, og at pasienten trekker seg inn i seg selv og er lite kontaktbar tegn som bør vekke mistanke (Nasjonalt kunnskapssenter om vold og traumatisk stress, 2018d).

Mange har vært utsatt for vold over tid, og psykiske symptomer som kan vise seg er depresjon, angst, post-traumatisk stressyndrom, redusert selvfølelse, risikoatferd og selvskading. Videre er selvmordstanker, selvmordsforsøk, og forstyrrelser i konsentrasjon, hukommelse eller tidsoppfattelse fremtredende (Nasjonalt kunnskapssenter om vold og traumatisk stress, 2018d).

2.1.2 Voldssyklusen

Voldssyklusen defineres av NKVTS (2018) som:

”en modell som beskriver en dynamikk mange som lever med vold i nære relasjoner kjenner seg igjen i. Spiralen går fra en rolig fase, til at det bygges opp spenninger, til at volden utøves, og deretter kommer forsoning og omsorg. Så begynner syklusen på nytt med en rolig fase som etter hvert bygger seg opp til nye voldsepisoder.”

(Nasjonalt kunnskapssenter om vold og traumatisk stress, 2018)

Etter at volden har funnet sted, vil voldsutøveren ofte oppleve skam og skyld, og derfor vise tegn til angrep. Utøveren vil forsøke å reparere forholdet (Bufdir, 2018). Videre følger spennings-/oppbyggingsfasen, hvor den utsatte pålegges skyld for volden. Deretter vil eskaleringsfasen komme, hvor det gradvis går over i en trykkende stemning som oppleves som anspent. Den voldsutsatte vet at volden vil komme før eller siden, og ved å provosere den frem vil den voldsutsatte få en følelse av kontroll over når det skjer (Bufdir, 2018).

2.2 Retningslinjer

Vold og overgrep har vært et satsningsområde fra politikernes side, blant annet gjennom handlingsplanen ”Et liv uten vold” – handlingsplan mot vold i nære relasjoner 2014-2017(Justis- og beredskapsdepartementet, 2013). I tillegg har NKVTS blitt opprettet for å utvikle og spre kunnskap og kompetanse om vold og traumatisk stress. Senteret lagde i 2014 en nasjonal forekomststudie av vold i et livsløpsperspektiv (Thoresen & Hjemdal). I 2012 kom det ut en rapport utarbeidet for Justis- og Beredskapsdepartementet om Samfunnsøkonomiske kostnader som følge av vold i nære relasjoner. Rapporten til Rasmussen et al. konkluderte med at det i 2010 ble brukt omtrent 2,0-2,4 milliarder kroner på offentlige kostnader, slik som politi og rettsvesen, helsesektoren, krisesentre og andre hjelpetiltak, barnevern, skattefinansiering og andre offentlige utgifter (2012, s. 97). Videre skrives det at tapt arbeidsfortjeneste, grunnet at volds ofre delvis eller helt faller utenfor arbeidslivet, er den største samfunnskostnaden (Rasmussen et al, 2012, s. 7).

I 2018 kom en nettbasert voldsveileder for helsepersonell, skrevet av NKVTS, på oppdrag fra Helsedirektoratet (Nasjonalt kunnskapssenter om vold og traumatisk stress, 2018g). Veilederen bygger på anerkjente norske og internasjonale retningslinjer, og er utviklet for norske forhold. I tillegg har nettstedet dinutvei.no samlet en oversikt over rutineguider og kartleggingsverktøy for avdekking av vold i nære relasjoner, som helsepersonell kan ha nytte av (Myhre, Borchgrevink & Sommerfeldt, 2015).

2.3 Sykepleieteoretisk perspektiv

Sykepleieteoretikeren Joyce Travelbee og boken hennes "Mellommenneskelige forhold i sykepleie" er valgt som sykepleieteoretisk referanseramme for oppgaven. Travelbee definerer sykepleie som

"en mellommenneskelig prosess der den profesjonelle sykepleiepraktikeren hjelper et individ, en familie eller et samfunn med å forebygge eller mestre erfaringer med sykdom og lidelse og om nødvendig å finne mening i disse erfaringene".

(Travelbee, 2001, s. 30)

2.3.1 Menneske-til-menneske-forholdet

Travelbee (2001, s. 171) var opptatt av begrepet "menneske-til-menneske-forhold", hvor grunntanken er at sykepleieren og pasienten forholder seg til og oppfatter hverandre som unike menneskelige individer, og ikke som "sykepleier" og "pasient". Det er først når man har nådd inn til hverandre som individer at sykepleieren kan oppnå sitt mål og sin hensikt.

Menneske-til-menneske-forholdet etableres etter at sykepleieren og pasienten har gått igjennom fire faser: det innledende møtet, fremvekst av identiteter, empati, og sympati og medfølelse (Travelbee, 2001, s. 172). Det innledende møtet består av observasjon fra sykepleier sin side, for å bli kjent med pasienten. Både pasienten og sykepleier kan se på hverandre som stereotypier. I dette innledende møtet vil sykepleieren sin oppgave være å bryte ned kategoriseringen, slik at sykepleieren kan se mennesket i pasienten (Travelbee, 2001, s. 186-188).

Ved neste trinn, fremvekst av identiteter, gjør det seg gjeldende for både sykepleier og pasient å verdsette den andre som det unike mennesket det er, sammen med evnen til å etablere tilknytning til hverandre. For å klare dette, trengs en evne til å overskride seg selv for å se den andre og oppfatte den, samtidig som man bruker seg selv som instrument for å oppnå dette. (Travelbee, 2001, s. 188). Trinn tre, empatifasen, handler om hvilken evne sykepleieren har til å sette seg inn i og forstå den andres psykiske tilstand i øyeblikket (Travelbee, 2001, s. 193). For sykepleieren gjelder det å ta del i den andres psykiske tilstand, men uten å føle og tenke "som den andre".

Det siste trinnet i fasene for å kunne etablere et menneske-til-menneske forhold, er sympati og medfølelse. Dette handler om at man oppriktig kan føle at den andres plager og ulykker angår en, sammen med et ønske om å hjelpe vedkommende (Travelbee, 2001, s. 200). Sympati-begrepet inneholder en trang til å lindre plager, og det blir sykepleieren sin oppgave å gjøre om medfølelsen til konstruktive sykepleiehandlinger (Travelbee, 2001, s. 210). Det er viktig at sykepleieren ikke bare ønsker å hjelpe, men at hun også vet hva som skal gjøres, og har de ferdighetene og kunnskapene som trengs i sykepleieprosessen.

2.3.2 Kommunikasjon

Ifølge Travelbee (2001, s. 135) foregår det kommunikasjon ved ethvert møte mellom sykepleieren og pasienten. Dette kan foregå både bevisst og ubevisst. Travelbee (2001, s. 138) opererer med begrepene verbal og non-verbal kommunikasjon. Ved verbal kommunikasjon bruker man ord enten skriftlig eller muntlig for å formidle budskapet. Ved non-verbal kommunikasjon, brukes ikke ord for å formidle budskapet, men gjennom for eksempel gester, ansiktsuttrykk eller kroppsbevegelser. Andre måter å formidle på, gjennom non-verbal kommunikasjon, kan være lyder som gråting, stønning eller skriking, berøring, lukt eller stillhet.

All samhandling mellom sykepleier og pasient gir sykepleieren anledning til å bli kjent med pasienten som menneske, og til å forstå og ivareta pasientens behov. Travelbee hevder at sykepleieren må være i stand til å se hva den syke kommuniserer, for deretter å bruke informasjonen til planlegging av sykepleierintervensjoner. Videre skriver Travelbee (2001, s. 137) at det i kommunikasjonen kreves en avsender, en mottaker og et budskap som forstås av de involverte partene.

En måte å forstå hvordan man kan ta i bruk kommunikasjon på en hensiktsmessig måte, er å se på ulike kommunikasjonsteknikker.

”Kommunikasjonsteknikker er hjelpemidler eller metoder brukt målrettet i sykepleier-pasient-situasjoner og andre situasjoner. Teknikkene er verdifulle og nyttige som hjelp til å oppnå kommunikasjon når de brukes med skjønn. Sykepleieren bør bruke de kommunikasjonsteknikker som gjør det mulig for henne å utforske og bringe på det rene innholdet i det den syke kommuniserer”
(Travelbee, 2001, s. 158)

Ulike kommunikasjonsteknikker som sykepleieren kan bruke i møte med pasienten, er bruk av åpne spørsmål, speiling, parafrasering og å dele sine sanseintrykk (Travelbee, 2001, s. 153-157). Det er opp til hver sykepleier å tenke over hvilke teknikker som brukes i hvilke situasjoner, og det er viktig å være seg bevisst at naturligheten og spontaniteten i samtalen opprettholdes. Ved bruk av åpne spørsmål, oppfordrer en pasienten til å fortsette å snakke fremfor å blokkere, og det fungerer som en ”brobygger” (Travelbee, 2001, s. 154). Når en bruker speiling/parafrasering, gjentar man visse ord eller utsagn den andre ytrer som et ledd i den videre kommunikasjonen (Travelbee, 2001, s. 155-156). Ved å dele sine sanseintrykk med den andre, forteller en hva en legger merke til ved pasienten, og han eller hun vil videre kunne åpne seg og utdype deres forklaring (Travelbee, 2001, s. 156-157).

2.4 Sykepleiers arbeid med vold og overgrep på legevakten

Meld. St. 15 (2012-2013) slår fast at vold i nære relasjoner skal håndteres i primærhelsetjenesten (Justis- og Beredskapsdepartementet, 2013). Inntil 2-3%

av konsultasjonene ved legevakten er voldskonsultasjoner, og av disse dreier ca. 10% seg om vold i nære relasjoner (Hunskår & Hansen, 2016, s. 268). Når det kommer til voldsproblematikk, møter sykepleieren ulike former for vold og overgrep. Tidvis tar pasienten selv kontakt og forteller om problemet, men ofte vil pasienten oppgi en annen kontaktårsak (Hunskår & Hansen, 2016, s. 268).

Hunskår & Hansen (2016, s. 270) beskriver at arbeid på legevakten knyttet til vold går ut på avdekking, medisinsk hjelp, rettsmedisinsk dokumentasjon, psykososial kriserådgivning, sikkerhetsvurdering, organisering av oppfølging og forhold til barnevern og politi. Sykepleier på legevakten har ansvar for å vurdere hastegrad på nødvendig helsehjelp, og verktøyet som benyttes for dette kalles triagering (Hunskår & Hansen, 2016, s. 272). Problemet med triagering kan bli at voldshenvendelser kan få lav prioritering, siden det ikke alltid er en akutt hastesak i somatisk forstand. Likevel er det viktig å tenke på at pasienten kan være psykisk traumatisert eller berørt av forhold som tilsier at høyere prioritering må vurderes. Videre beskrives det at psykisk ivaretagelse krever tid, og kan være en utfordring på legevakten (Hunskår & Hansen, 2016, s. 270).

Legevaktens arbeid er styrt av føringer og ansvar beskrevet i Akuttmedisinforskriften. I forskriften står det at alt helsepersonell på legevakten skal gjennomgå kurs om vold og overgrep, at virksomheten skal gi trening og opplæring som er nødvendig, og at virksomheten skal ha nødvendig utstyr for diagnostikk og behandling. (Helse- og omsorgsdepartementet, 2015, s. 13-19).

3.0 Metode

Metoden som er valgt er litteraturstudie. Ved bruk av litteraturstudium bruker man skriftlige kilder til å systematisere kunnskap (Thidemann, 2015, s. 79). Det å systematisere kunnskap innebærer ”å samle inn litteratur, gå kritisk igjennom den og til slutt sammenfatte det hele.” (Magnus & Bakketeig, 2000, s. 37). Hensikten er ”å gi leseren en oppdatert og god forståelse av kunnskapen på det området som problemstillingen etterspør, og hvordan en har kommet frem til kunnskapen” (Thidemann, 2015, s. 80).

3.1 Søkehistorikk

Det er viktig å gjøre problemstillingen tydelig og presis i kunnskapsbasert praksis (Helsebiblioteket, 2016). For å få til et effektivt søkearbeid, er det essensielt å utvikle en god søkestrategi (Thidemann, 2015, s. 87). Søkearbeidet startet med å strukturere søkeordene i et skjema som kalles PICO. Ifølge Nortvedt et al. (2012, s. 33) brukes dette som en måte å dele opp spørsmålet på, for å strukturere det på en hensiktsmessig måte. P står for pasient, problem eller populasjon, I for intervensjon, C for sammenligning og O for utfall. (Vedlegg I).

Det er gjennomført søk i databasene Psycinfo, Svemed+, Cinahl og Medline. Søkene ble gjennomført i januar 2019. Grunnen til at jeg valgte å søke i disse databasene, er at det var størst sannsynlighet for å finne relevante artikler som best ga svar på problemstillingen.

I Psycinfo finner man hovedsakelig informasjon om psykologi, men også psykologiske aspekter fra andre disipliner som sykepleie, sosiologi, psykiatri og medisin. Cinahl er en database hvor man finner informasjon om sykepleie, ernæring, ergoterapi og fysioterapi. I Medline/pubmed finner man forskningsartikler om odontologi, medisin og sykepleie. Svemed+ er en skandinavisk database hvor man finner referanser til fag- og forskningsartikler i nordiske helsefaglige tidsskrifter (Thidemann, 2015, s. 85). I databasene Psycinfo, Svemed+ og Medline brukte jeg MeSH-termer, og i Cinahl brukte jeg emneordssystemet Cinahl Headings. Der jeg søkte på en MeSH-term hvor det

dukket opp lignende termer, inkluderte jeg også disse. I de tilfellene jeg ikke fant noen passende MeSH-termer for søkeordene jeg ville benytte, søkte jeg med ord i fritekst. Søkene ble gjennomført på engelsk.

Søkeordene jeg har brukt er: battered women, battered females, intimate partner violence, domestic violence, women, primary health care, knowledge, nursing knowledge, nursing, nursing care, nurses, nurses role, nursing intervention, health knowledge, attitudes, practice, nurs*, challenge*, truth disclosure, identify, discover, reveal* og disclosure. Ordene ble satt sammen med de boolske operatorene AND og OR. Når man søker med OR mellom ordene, vil databasen søke etter enten det ene eller begge søkeordene. Søker man med AND, vil databasen søke etter begge ordene. Siden søkeuttrykket mitt er sammensatt med flere søkeord og bruk av flere operatorer, satte jeg parentes rundt de søkeordene som hørte sammen. I tillegg har jeg benyttet meg av trunkering, som vil si å søke på ordstammen til ordet som benyttes, ved å bruke tegnet "*" (Thidemann, 2015, s. 88). Søkeshistorikk er presentert i vedlegg II.

Totalt ble det funnet 48 artikler ved søk i alle databasene. Der overskriften så interessant ut, ble også sammendraget lest. Etter å ha gjort dette og fjernet duplikater, ble artiklene sett på i lys av de valgte inklusjons- og eksklusjonskriterier. Artiklene som ikke passet med inklusjonskriteriene ble forkastet. Da satt jeg igjen med åtte artikler. To artikler ble fjernet, da den ene ikke var tilgjengelig i fulltekst og den andre ikke var fagfellevurdert. I tillegg til å ha gjort systematiske søk i databaser, er det også benyttet en søkestrategi hvor jeg søkte i referanser til relevante artikler. Ved bruk av denne metoden ble det funnet ytterligere én artikkel. Artiklene i fulltekst ble funnet ved å søke på tittel i søkebasen Oria, og de ble videre vurdert i fulltekst, der fokus var mål, populasjon, metode og resultat. Standardiserte sjekklister ble brukt for å kvalitetssikre artiklene. Til slutt gjensto fem artikler som ble brukt i oppgaven. Hvordan artiklene ble funnet frem til, er presentert i et flytdiagram i vedlegg III.

3.1.1 Inklusjons- og eksklusjonskriterier

Ulike inklusjons-og eksklusjonskriterier er brukt for å tydeliggjøre litteratursøket og avgrense mengden litteratur, slik at søket blir hensiktsmessig ut fra hvilken kunnskap man ønsker (Thidemann, 2015, s. 84).

	Inklusjonskriterier	Eksklusjonskriterier
Publiseringsår	Ikke eldre enn ti år (2009-2019)	Eldre enn ti år (fra og med 2008 eller eldre)
Metodevalg	Kvalitative studier, kvantitative studier	
Kjønn	Kvinner	Menn, barn, gravide
Språk	Engelsk, Norsk, svensk, dansk	Alle språk som ikke er nevnt i inklusjonskriteriene
Alder	Voksne kvinner (18 år eller eldre)	Alle kvinner under 18 år
Dokumenttype	Systematiske litteraturoversikter, primærstudier Forskningsartikler, fagartikler, retningslinjer, Avhandlinger	Kommentarer til andre artikler
Geografisk område	Vestlige land med en kultur som kan sammenlignes med Norge.	Kulturer med nedlatende kvinnesyn, som ser på menn som mer verdt enn kvinner.
Innhold	faktorer som påvirker sykepleieres mulighet til å identifisere vold	Screening Rusproblematikk Effekt av ulike programmer Gravide
Kvalitetssikring	Fagfelleverderte artikler	
Fulltekst	Kan åpnes og leses i fulltekst	Artikler som ikke kan åpnes i fulltekst

Som nevnt i teoridelen, kan vold deles inn i ulike underkategorier. Volden er kompleks, og kvinner som blir utsatt for partnervold blir ofte utsatt for flere typer partnervold samtidig. Dette gjør at det er vanskelig å avgrense type vold, og oppgaven inkluderer derfor flere typer partnervold.

3.2 Kildekritikk og metodekritikk

De utvalgte artiklene er fagfellevurdert, som innebærer en måte å kvalitetssikre artiklene på, ved at eksperter kritisk vurderer bidraget før publikasjon (Svartdal, 2018). I tillegg er standardiserte sjekklister fra Helsebiblioteket brukt for å sikre at de valgte artiklene er av god kvalitet (helsebiblioteket.no, 2016). Sjekklistene stiller spørsmål ved om formålet er klart formulert og i hvilken grad funnene er nyttige. I tillegg stiller de spørsmål ved om metode, utforming, utvalgsstrategi, data, bakgrunnsforhold, etiske forhold, analyse og presentasjon er hensiktsmessig.

De valgte artiklene er fra land i Europa, i tillegg til Canada, og kan dermed sees på som relaterbare til Norge. En potensiell ulempe er at tre av forfatterne har vært medvirkende i to av de fem artiklene. Funnene kan bære preg av at det er ulik oppbygning i helsevesenet, og at landene har noe ulik kultur, til tross for at de er geografisk nærliggende. Dessuten kan det være at sykepleierfunksjonen kan variere i ulike land, og at dette kan påvirke deres rolle knyttet til situasjoner der det er pasienter rammet av vold. I tillegg har politikere i Norge de siste par årene satset på bekjempelse av vold i nære relasjoner, noe som ikke nødvendigvis kan gjenspeiles i landene som artiklene er publisert fra.

Databasene som er valgt, er anerkjente databaser fra forskningsmiljøene, i tillegg til at de er anbefalt av pensum i emnet. Artiklene som er valgt for oppgaven følger IMRAD struktur, og er ikke mer enn ti år gamle. Dette er for å få mest mulig oppdatert forskning.

Artiklene som er valgt bruker en fenomenologisk tilnærming, som innebærer at man ønsker å studere menneskelige opplevde erfaringer gjennom fortellinger (Nortvedt et al., 2012, s. 73). De valgte artiklene er primærstudier, og dette er potensielt en svakhet i oppgaven. Grunnen til at primærstudier er valgt, er at det var de eneste relevante artiklene som var å finne gjennom systematiske søk. Ulempen med primærstudier er at man ikke kan trekke noen konklusjoner basert på funnene. Andre primærstudier ville kanskje funnet noe annet. Ideelt sett skulle jeg ha inkludert noen systematiske oversiktsartikler, da dette ville gitt større troverdighet til funnene. I alle artiklene som er funnet, konkluderes det med at det er behov for mer forskning, og dette er viktig å ta til etterretning når man leser oppgaven.

Man kan spørre seg om hva et litteraturstudium egentlig kan gi. Sider som styrker en litteraturstudie, er at man har tilgang til relevant litteratur gjennom forskning, bøker og artikler. Svakheter kan være at man velger ut artikler basert på egne meninger og standpunkter, og vektlegger å underbygge disse (Forsberg & Wengström, 2013, s. 34). Ved å følge listen for inklusjons- og eksklusjonskriterier, og ved å anvende systematiske søk, har dette blitt unngått.

3.3 Analyse og syntese av kildene

De valgte studiene ble gjennomgått med tanke på om de oppfylte inklusjons- og eksklusjonskriterier, og artiklene som gjorde dette ble gjennomgått med standardiserte sjekklister fra helsebiblioteket.no, som nevnt i punkt 3.2. Artiklene ble satt sammen i en litteraturmatrise med fem parametere: forfattere og årstall, tittel, mål, metode og resultat (Thidemann, 2015, s. 90). Syntesen baserer seg på analyse av litteraturmatrisen (vedlegg IV), og ble delt systematisk inn i hovedtema. Deretter ble syntesen skrevet til en sammenhengende tekst, for å gi klarere svar på problemstillingen og bedre sammenheng.

3.4 Forskningsetikk

Å gjøre etiske overveielser handler om å reflektere rundt hvilke etiske utfordringer arbeidet medfører (Dalland, 2017, s. 235). Gjennom bruk av standardiserte sjekklister fra Helsebiblioteket.no (2016), er det kritisk vurdert hvordan intervjuene er gjennomført og om anonymitet og personvern er ivaretatt. Det å være anonym er for mange en forutsetning for å delta i undersøkelser (Dalland, 2017, s. 239). Temaet vold i nære relasjoner er sensitivt, og dermed er det viktig at de involverte opplever at de er ivaretatt. I tillegg er artiklene fagfellevurdert, og dette er et kvalitetsstempel som tar etiske overveielser i betraktning.

Ved å bruke systematiske søk, har det blitt unngått å bruke artikler som kun underbygger mitt eget syn. Det er viktig at alle data presenteres. APA 6th stil brukes i oppgaven. Plagiat forekommer ikke i oppgaven, da korrekt kildehenvisning er anvendt. Ved flere anledninger forekommer direkte sitering, som er vist etter APA 6th stil.

4.0 Resultater

Jeg har valgt å syntetisere resultatene i to hovedkategorier. Disse er 1: barrierer for å identifisere partnervold, og 2: hvilken type tilrettelegging/faktorer som kan gjøre det enklere å identifisere partnervold. Resultatene er presentert fra disse fem artiklene:

- To ask, or not to ask: the hesitation process described by district nurses encountering women exposed to intimate partner violence (Sundborg, Tornkvist, Saleh-Stattin, Wandell & Hylander, 2015)
- "Der bliver ofte stille" – sygeplejerskers møde med kvinder, som har været udsat for vold (Hägglom & Fredriksen, 2011)
- Nurse's preparedness to care for women exposed to intimate partner violence: a quantitative study in primary health care (E. Sundborg, N. Saleh-Stattin, P. Wändell & L. Törnkvist, 2012)
- Domestic abuse awareness and recognition among primary healthcare professionals and abused women: a qualitative investigation (Bradbury - Jones, Taylor, Kroll & Duncan, 2013)
- Why physicians and nurses ask (or don't) about partner violence: a qualitative analysis (C. E. Beynon, I. A. Gutmanis, L. M. Tutty, C. Wathen & L. Macmillan Harriet, 2012)

4.1 Barrierer for å identifisere partnervold

4.1.1 Tid

Både artikkelen til Beynon et al. (2012, s. 3) og Sundborg et al. (2015, s. 2258) trekker frem mangel på tid som et hovedproblem når det kommer til muligheter for å identifisere relasjonsvold. I studien til Sundborg et al. (2015, s. 2258) opplever sykepleierne at de er begrenset av daglige rutiner, som fører til dårlig tid til reflektering rundt muligheter til å avdekke vold. I studien til Beynon et al. (2012, s. 3) svarte 27,3% av sykepleierne at mangel på tid er den barrieren som er oftest tilstede, både blant sykepleierne og leger. Mangel på tid ble knyttet til andre faktorer, som tunge arbeidsbelastninger, tiden som er nødvendig for å håndtere problemet og kravene til en travel arbeidsplass.

4.1.2 Uvitenhet

Artikkelen til Sundborg et al. (2015, s. 2258) presenterer et aspekt om uvitenheten rundt sykepleieres profesjonelle ansvar i å indentifisere vold. Noen sykepleiere beskrev at arbeidet deres inneholdt stort ansvar, og at tiden deres ikke var ment til å spørre kvinner om vold. Når sykepleierne mistenkte partnervold, men ikke anså det som deres ansvar, overlot de ansvaret til andre fagfolk de trodde kunne det bedre. Dette var hovedsakelig leger eller sosialarbeidere. Det kommer frem i artikkelen til Hægblom & Fredriksen (2011) at erfarne sykepleierne noen ganger kan overse partnervold. Sykepleiere beskriver situasjoner der det ikke oppfattes noe spesifikt, og at de manglet mistanke, før kvinnen selv fortalte om misbruket. Da følte sykepleierne sorg, smerte og mislykkethet over at de ikke klarte å identifisere volden. I artikkelen til Bradbury-Jones et al. (2013) presenteres resultatene ved bruk av Joharis vindu. Et aspekt som presenteres er der kvinnen gjenkjenner naturen og eksistensen av partnervold, men at helsepersonell ikke gjør det. Selv når kvinner innser at de utsettes for misbruk, fremhever artikkelens funn at kvinner har en tilbøyelighet til å skjule dette. I slike situasjoner er det helsepersonell som mangler bevissthet rundt situasjonen, og dette blir en barriere for å identifisere volden.

4.1.3 Mangel på erfaring, øvelse og strategier

20,9% av sykepleierne i studien til Beynon et al. (2012, s. 3) beskriver mangel på øvelse som en barriere. Respondentene var åpne om deres mangel på opplæring og kunnskap, og knyttet dette til frykt for å spørre. I artikkelen til Sundborg et al. (2015, s. 2259) forteller sykepleierne at en barriere for å spørre om partnervold er at de mangler strategier for å spørre. Hvem, når og hvordan de skulle spørre, var sentrale spørsmål som skapte usikkerhet. I artikkelen til Sundborg et al. (2012, s. 5) anser 86% seg som å være utilstrekkelig forberedt til å håndtere voldsutsatte kvinner. 80% forteller at de ikke fikk tilstrekkelig yrkesopplæring, og 48% av dem har på egenhånd oppsøkt informasjon om temaet for å bli bedre forberedt.

4.1.4 Sykepleiers behov for selvivaretagelse, og frykt for å trå feil

I artikkelen til Sundborg et al. (2015, s. 2258-2259) forklarte sykepleierne at å høre de fornærmedes opplevelser, kunne føre til at de selv reagerte følelsesmessig. De beskrev frykt og interesse rundt muligheten for å høre kvinners historier om misbruk. De fryktet at ved å høre på, kunne de bli emosjonelle, dypt involvert og engstelige selv. Denne frykten gjorde det nødvendig for sykepleierne å beskytte seg selv, som resulterte i å unngå og spørre pasientene om misbruk. Sykepleiere var også redde for å dumme seg ut og gjøre narr av seg selv, noe som også førte til at de ikke ville spørre.

4.1.5 Motstridende atferd

Det var bred enighet blant flere studier at helsepersonell trodde voldsutsatte følte skam og flauhet. 19,9% av sykepleierne i studien til Beynon et al. (2012, s. 5-6) beskriver motstridende oppførsel fra kvinnens side som en barriere for å avdekke vold. Noen uttrykte frustrasjon hvis en kvinne hadde fortalt om misbruk, for deretter å returnere til partneren som misbruker dem. Dette var spesielt utfordrende når helsepersonell hadde investert tid og ressurser. Andre igjen virket å være mer forvirret enn frustrerte, mens noen var kritiske og dømmende. Noen indikerte at mangel på handling fra kvinnens side kunne forbindes med følelse av sosialt stigma, frykt, flauhet, mislykkethet eller selvbebreidelse. Noen

sykepleiere skrev at kvinner kanskje nektet for misbruk i frykt for innblanding fra barnevernet (Beynon et al., 2012, s. 5).

I artikkelen til Bradbury-Jones et al. (2013, s. 3062) trekkes det frem som problematisk at mange kvinner ikke opplever partnervold som misbruk. De opplever at de trenger hjelp av helsepersonell til å se misbruket, og at det er enklere for dem å gjemme problemet enn å prate om det. Kvinnene kan også være redde for konsekvenser, som for eksempel at barna og barnevernet skal bli innblandet. Sykepleiere som ble spurt i studien til Sundborg et al. (2015, s. 2259), mente at kvinner kunne skamme seg over å avsløre erfaringer med misbruk, og at det gjorde det vanskeligere å spørre. Sykepleierne ønsket ikke å legge unødigg skam på kvinnene.

4.1.6 Språklige og kulturelle forskjeller

18,4% av sykepleierne i artikkelen til Beynon et al. (2012, s. 6) forteller at språk og kulturelle praksiser var en barriere. Noen kvinner ville ikke innrømme fysisk eller psykisk misbruk, fordi det i større grad er en akseptert del av deres kultur. I tillegg fortelles det at noen kvinner fra andre kulturer som blir utsatt for partnervold, har en frykt for utilstrekkelig beskyttelse fra politiet, som fører til at det oppleves som enklere å holde det skjult. I artikkelen til Sundborg et al. (2015, s. 2259) forteller sykepleierne at de nølte med å spørre om vold i tilfeller der kvinner kom fra en annen kultur, fordi sykepleierne fant det vanskelig å forstå kvinner i disse kulturens syn på partnervold.

4.1.7 Mangel på tid alene med kvinnene

11,2% av sykepleierne i studien til Beynon et al. (2012, s. 6) beskrev mangel på plass og privatliv som barrierer for å spørre. Dette inkluderte nærvær av familiemedlemmer, i tillegg til andre pasienter, og at arbeidsmiljøet ikke skapte rom for konfidensielle en-til-en-samtaler. 19,5% av sykepleierne som svarte på undersøkelsen beskrev det som ekstra utfordrende dersom partneren var tilstede, da dette gjorde det vanskelig å prate med kvinnen alene.

4.2 Hvilke typer tilrettelegging og hvilke faktorer gjør det enklere å spørre?

4.2.1 Personlige strategier og øvelse

47,8% av sykepleierne i artikkelen til Beynon et al. (2012, s. 7) mener at øvelse ville gjøre det enklere å håndtere partnervold. Respondentene kom med klare forslag til tiltak, som var tilgang til litteratur og skriftlig materiell, å bruke virkelighetsnære scenarier som rollespill, snakke med kolleger, ha muligheter til å praktisere lærte ferdigheter med erfarne, ha diskusjoner med kvinner som har brutt ut av voldelige forhold i tillegg til å dra på besøk til krisesentre. Noen kommenterte at det var arbeidsgivers ansvar å tilby opplæring på arbeidssstedet, mens andre anerkjente utfordringene i skiftarbeid og det å kunne delta i undervisning.

Faktorer som gjorde det enklere å spørre om vold, presentert i artikkelen til Sundborg et al. (2015, s. 2260), peker på behovet for å ha strategier for hvordan man spør og håndterer svaret man får. Det å ha strategier om hvem, når og hvordan man skulle spørre var avgjørende. Sykepleierne antok at formelle retningslinjer kunne klargjøre slike punkter, fordi de ellers kanskje ville risikere å kun spørre kvinner med åpenbare tegn på misbruk. Samarbeid med kolleger og andre faginstanser ble også beskrevet som tilretteleggende faktorer. Noen nevnte også at det kunne være en fordel med livserfaring på lignende områder. I artikkelen til Sundborg et al. (2012, s. 7) ble det å være tilstrekkelig forberedt det alternativet flest var enig i da det kom til hvilken intervensjon som kunne hjelpe sykepleiere best i å identifisere vold.

4.2.2 Samfunnsressurser og profesjonell hjelp

I artikkelen til Beynon et al. (2012, s. 8) oppgir 25,8% av sykepleierne at tilgjengeligheten på samfunnsressurser og faglige støttemidler ville vært til god hjelp. Eksempler beskrevet som tilretteleggende faktorer, inkluderte etablering av kontakt med lokale ressurser, tilgang til kolleger for konsultasjon, å være en del av et tverrfaglig team, og tilgjengelighet til de ansatte med spesialisert kompetanse for konsultasjon. Det ville også være nyttig med referanser til andre

disipliner eller tjenester som primært er rettet mot sosialarbeidere og barnevernet.

4.2.3 Gjenkjenne tegnene på vold, og det å følge magefølelsen

Sykepleierne i artikkelen til Sundborg et al. (2015, s. 2259) trekker frem at det å gjenkjenne tegn på partnervold gjorde det enklere å spørre. Åpenbare fysiske tegn, som blåmerker, vakte mistanke og reduserte nøling. Noen av sykepleierne tenkte at psykiske tegn som lav selvtillit og psykosomatiske smerter var åpenbare indikasjoner. Sykepleierne beskrev også intuitive følelser og inntrykk de fikk ved hjelp av kvinnens kroppsspråk, i tillegg til diffuse tegn som intuitiv følelse og inntrykk. Disse indikasjonene var mer obskure enn fysiske og psykologiske tegn.

I studien til Häggblom & Fredriksen (2011, s. 70) forteller sykepleierne at de klarte å fange opp det spesifikke i situasjonen på et spontan måte. De hadde en magefølelse av at noe ikke stemte, og de fulgte denne. Sykepleierne beskriver hvordan de noen ganger opplever at kvinnen har utelatt vesentlig informasjon, og at de på dette får dem til å fatte mistanke.

4.2.4 Tillit og støtte

For at sykepleierne som ble intervjuet i studien til Sundborg et al. (2015, s. 2259-2260) skulle slutte å nøle og begynne å spørre kvinner om vold, trengte de å føle at kvinnen hadde tillit til dem. De mente at uten slik tillit, ville ikke kvinnen ta den store risikoen å avsløre hva de ble utsatt for. De sa at tillit kunne etableres ved å være tilstede her og nå, lytte aktivt, vise at de var til å stole på, var i stand til å bry seg og at de hadde tid. Sykepleierne i artikkelen til Häggblom & Fredriksen (2011, s. 71) sier at det er viktig å oppføre seg på en slik måte at kvinnen får tillit til dem, fordi det var en forutsetning for å handle på eventuell mistanke.

Artikkelen til Sundborg et al. (2015, s. 2260-2261) trekker frem at det å ha et støttende miljø rundt seg, for eksempel kollegaer som de kunne diskutere med, kunne trygge dem. I tillegg ville det å ha profesjonell rådgivning, kontinuerende kursing og personlig støtte være nyttig.

5.0 Diskusjon

I dette kapittelet vil jeg drøfte hvordan resultatene svarer på problemstillingen. Problemstillingen for oppgaven er: "Hvilke faktorer påvirker sykepleiers forutsetninger for å identifisere vold i nære relasjoner blant kvinnelige pasienter på legevakten, og hvilke tiltak kan bedre forutsetningene?"

Den gjennomgåtte litteraturen og forskningen viser at vold i nære relasjoner er et sammensatt problem. De ulike faktorene presentert i resultatdelen innvirker på sykepleiers forutsetninger for å avdekke partnervold på legevakten. Jeg vil drøfte de enkelte faktorene som enten kan begrense eller støtte opp under sykepleiernes mulighet til å identifisere relasjonsvold.

5.1 Tid

Dårlig tid er en faktor som begrenser sykepleiere i deres arbeid med å identifisere partnervold. Dette bekreftes av Beynon et al (2012, s. 6-7) og Sundborg et al (2015, s. 2258). I tillegg kan psykisk ivaretagelse av pasienten kreve tid, og være en utfordring på legevakten (Hunskår & Hansen, 2016, s. 270). Det kan tyde på at tilstrekkelig med tid er en nødvendig forutsetning for sykepleiers mulighet til å identifisere relasjonsvold. Dessuten fremhever voldsveilederen for helsepersonell viktigheten av at tilstrekkelig tid settes av når man skal prate med noen man mistenker er voldsutsatt (Nasjonalt kunnskapssenter om vold og traumatisk stress, 2018f). En ulempe med å ta seg tilstrekkelig tid til å identifisere vold i nære relasjoner, er at det kan gå på bekostning av andre viktige oppgaver som må gjøres, og at sykepleiere derfor lar være å involvere seg.

Man bør derfor reflektere over hvordan sykepleiere på legevakten kan få bedre tid til å identifisere vold. På den ene siden kan et tiltak være å sørge for tilstrekkelige ressurser på den enkelte legevakt, i form av nok bemanning og tilgjengelige rom. På den andre siden har legevakten ofte begrensede midler og dette vil kunne gå utover andre oppgaver. Begrensede midler kan føre til økt

arbeidsbelastning blant helsepersonell på legevakten, som igjen kan føre til at legevaktens kvalitet reduseres og at uheldige hendelser kan forekomme.

Punkt 1.3 i Yrkesetiske retningslinjer for sykepleiere (Norsk sykepleierforbund, 2016) peker på at det er sykepleierens personlige ansvar at egen praksis er faglig, etisk og juridisk forsvarlig. Hvis man får mistanke om vold i nære relasjoner, men unnlater å spørre på grunn av tidsmangel, kan man spørre seg om det er faglig forsvarlig sykepleie. Alt dette tyder på at tid er en viktig faktor for å bedre muligheter til å identifisere partnervold. Med god tid på seg, vil sykepleieren få bedre forutsetninger for å både gjenkjenne tegn, men også å skape tillit til kvinnen.

5.2 Tillit

I teoridelen beskrives fire faser som sykepleier og pasient må igjennom for å kunne etablere et menneske-til-menneske-forhold, altså en type tillitsforhold (Travelbee, 2001, s. 172). Fasene består av observasjoner, å kunne verdsette det unike mennesket, å kunne forstå den andres psykiske lidelse og å kunne utvikle sympati og medfølelse. For å kunne oppnå dette menneske-til-menneske-forholdet trenger sykepleieren tid til å bli kjent med pasienten.

Det finnes flere tiltak som virker tillitsskapende. Blant annet er det å vise at man er tilstede her og nå, at man er til å stole på, at man bryr seg, at man har tid og at man lytter aktivt (Sundborg et al., 2015, s. 2259-2260). Disse tiltakene vil føre til at pasienten opplever å bli sett og hørt, og pasienten kan oppleve at det man forteller er viktig i tillegg til at hun kan velge å fortelle sykepleier sensitiv informasjon (Nasjonalt kunnskapssenter om vold og traumatisk stress, u.å).

Voldsveilederen for helsepersonell peker også på at tillit og trygghet er en forutsetning for å lykkes i samtaler med voldsutsatte (Nasjonalt kunnskapssenter om vold og traumatisk stress, 2018f). Dessuten er det viktig å oppføre seg på en slik måte at kvinnen får tillit til sykepleier, fordi dette er en forutsetning for at sykepleieren kan handle på mistanken (Häggbloom & Fredriksen, 2011, s. 71)

Mangel på sted hvor man kan prate uforstyrret kan være en barriere som påvirker muligheten for å identifisere vold (Beynon et al., 2012, s. 6). Det kan føre til at kvinnen ikke tør å åpne seg, fordi hun kan være redd for at andre skal høre på. Ved å kunne prate i et skjermet rom eller på en plass hvor kvinnen føler seg trygg, kan det bli lettere for kvinnen å åpne seg og at tillit blir opprettet. Det å avdekke vold gjøres gjennom en samtale. Her er det viktig at sykepleieren viser gode kommunikasjonsferdigheter og -teknikker, både knyttet til den verbale og den non-verbale kommunikasjonen.

Man kan si det slik at tid til å snakke med pasienten kan føre til god kommunikasjon og tillit. Utfordringen for helsepersonell er at tiden er begrenset. Sykepleiere på legevakten møter kanskje kvinnen kun én gang, og kanskje bare i 10 minutter. Sammenlignet med pasienter som er innlagt på sykehus, eller hvor sykepleieren har andre forutsetninger for å tilbringe mye tid med pasienten, har sykepleiere på legevakten mindre tid. Dette kan føre til at sykepleiere på legevakten ikke opplever at de har vunnet nok tillit til å spørre, og at kvinnen ikke stoler nok på sykepleieren til å tørre og avsløre at de blir utsatt for partnervold. En kan konkludere med at tilstrekkelig tid vil kunne føre til et tillitsforhold, som videre kan føre til at sykepleiere blir i bedre stand til å kunne identifisere flere tilfeller av vold i nære relasjoner på legevakten.

5.3 Uvitenhet, mangel på erfaring og kompetanse

En del sykepleiere er ikke klar over sitt faglige profesjonelle ansvar knyttet til å spørre om partnervold (Sundborg et al., 2015, s. 2258). Ansatte i helse- og omsorgstjenester i kommunen har et selvstendig juridisk, etisk og faglig ansvar for å forhindre at pasienter blir utsatt for vold (Nasjonalt kunnskapssenter om vold og traumatisk stress, 2018). Hvis en sykepleier ikke kjenner igjen visuelle tegn på partnervold, og heller ikke kjenner til sitt yrkesetiske ansvar, kan det hende at sykepleieren ikke tar initiativ til å samtale om vold.

Det er sykepleieren som skal avklare bakgrunnen for henvendelse på legevakten, i tillegg til å bestemme hastegrad og behov for helsehjelp (Hunskår & Hansen, 2016, s. 272). Dette inkluderer også å avklare om årsaken for

henvendelsen kan være relasjonsvold, selv om annen årsak oppgis. Ut ifra dette kan man si at det er nødvendig med både kompetanse og erfaring for å gjenkjenne tegn på partnervold.

En ting sykepleiere kan være oppmerksomme på, er hvis de ser samme kvinne igjen flere ganger med lignende skader. Dette kan styrke en mistanke om partnerrelatert vold (Nasjonalt kunnskapssenter om vold og traumatisk stress, 2018c). Det kan oppstå enten ved at sykepleieren gjenkjenner kvinnen fra tidligere, eller at sykepleieren leser i journalen til pasienten om tidligere legevaktbesøk.

Det står ikke noe om vold i nære relasjoner i rammeplanen for sykepleierutdanning (Kunnskapsdepartementet, 2008). Resultatet av dette blir at sykepleiere mangler kompetanse i hvordan partnervold arter seg, hvilke tegn man skal se etter, og/eller hvordan man bør spørre når de kommer ut i arbeidslivet. Denne kompetansen må tilføres i etterkant i form av kurs eller intern opplæring.

Samtidig er det mye pensum sykepleierstudenter skal gjennom på tre år, og det kan være utfordrende å dekke alle problemområder sykepleiere kan møte i sin praksis gjennom studiet. Likevel er det sannsynlig at dersom undervisning om vold i nære relasjoner hadde blitt en del av sykepleierstudiet, ville sykepleiere vært bedre rustet, slik at de kan identifisere flere tilfeller av partnervold.

Resultatene viser at flere sykepleiere føler seg usikre og dårlig forberedt, og at dette blir en barriere for å spørre om partnervold. Studien til Sundborg et al. (2012, s. 5) viser at 86% av respondentene anser seg som utilstrekkelig forberedt til å håndtere kvinner utsatt for vold. Dette er riktignok en primærstudie, og man skal dermed være forsiktig med å trekke konklusjoner på bakgrunn av denne, men likevel kan det tenkes at mange sykepleiere blir usikre når de ikke har lært noe om temaet på studiet. Det de eventuelt har lært, vil være det de har oppsøkt informasjon om på egenhånd eller opplevd i praksis.

Studien til Sundborg et al. (2015, s. 2258-2259) peker på at sykepleiere fryktet risiko for feilbedømmelse og dermed skjermet seg, som igjen kunne føre til at de ikke spurte om partnervold. Voldsveilederen for helsepersonell peker på at det er lurt å forberede seg før en skal spørre om vold. Det vil være gunstig å ha tydelige prosedyrer på arbeidsplassen som vil føre til at sykepleiere føler seg sikrere.

Alle kommuner i Norge burde utvikle lokale handlingsplaner for å bidra til et helhetlig arbeid med vold i nære relasjoner (Nasjonalt kunnskapssenter om vold og traumatisk stress, 2018a). En kommunal handlingsplan, sammen med voldsveilederen, bør være grunnlag for utarbeidelse av prosedyre.

Respondentene i artikkelen til Hågblom & Fredriksen (2011) er erfarne sykepleiere. I denne artikkelen rapporteres ikke usikkerhet hos sykepleierne i like stor grad som hinder, som i Sundborg et al. sine artikler (Sundborg et al., 2015) (Sundborg et al., 2012). Dette kan tyde på at man blir tryggere på å spørre om partnervold når man får mer erfaring og har jobbet lenger på legevakten.

Sykepleiere som arbeider på legevakten i Norge skal ha gjennomgått kurs om vold og overgrep (Helse- og omsorgsdepartementet, 2015, s. 13-19). Ingen av artiklene presentert i resultatdelen, som alle er utenlandske, nevner at aktuelt helsepersonell har gjennomgått kursing i forbindelse med ansettelse. Dette kan tyde på at praksisen i de ulike landene er forskjellige når det kommer til opplæring. I tillegg er det vanskelig å vite i hvilken grad kurs om vold og overgrep på legevakten i Norge blir overholdt.

I Norge finnes det flere videreutdanninger som omhandler vold i nære relasjoner (Barne- ungdoms og familiedirektoratet, 2016). Det er vanskelig å finne data på hvor de som har gjennomført disse videreutdanningene jobber, og om de utgjør noen forskjell for voldsutsatte kvinner på legevakten. Dersom noen av de som har gjennomført videreutdanning jobber ved legevakten, vil kompetansen sannsynligvis være bedre, fordi de kan dele av kunnskapen sin til øvrige ansatte. Dette kan foregå gjennom fagdager med samtalegrupper, hvor forskjellige problemstillinger kan tas opp. En aktuell målsetting kan være at det bør tilstrebes at det finnes en person med videreutdanning i vold i nære relasjoner ved hver

legevakt, eller eventuelt i hver kommune. Denne sykepleieren kan ha en støttefunksjon for usikre sykepleiere. Dette vil på sikt kunne øke kompetansen på hele avdelingen. I tillegg finnes ulike retningslinjer og prosedyrer man som helsepersonell kan støtte seg til. En slik ressursperson vil også kunne holde seg oppdatert og bidra til at oppdaterte retningslinjer og kartleggingsverktøy blir tatt i bruk.

Man kan også organisere det slik at det finnes en rådgivningstjeneste for helsepersonell om vold i nære relasjoner, eller lokale/regionale ressurspersoner. For eksempel kan NKVTS brukes som en ressurs for en slik telefonlinje. Et annet tiltak som kan være nyttig, er en sentral rådgivningstjeneste for helsepersonell om vold i nære relasjoner. Der vil man kunne få tilgang til rådgivning, og muligheten til å diskutere med erfarne folk med spisskompetanse.

Som nevnt i teoridelen, er det slik at kvinner som lever med partnervold ofte havner i en voldssyklus som det kan være vanskelig å komme seg ut av (Bufdir, 2018). Dette fører til at kvinnene får et mønster med motstridende tanker og oppførsel. Ofte er pasienten glad i partneren som utøver vold, og dette fører til at de bagatelliserer situasjonen ved å rettferdiggjøre partnerens handlinger (Nasjonalt kunnskapssenter om vold og traumatisk stress, 2018). De kan også ha vanskelig for selv å se hva som foregår. For en som selv ikke har vært i samme situasjon, kan det være vanskelig å sette seg inn i hvorfor noen velger å akseptere vold. Dersom sykepleiere ikke har kunnskap om voldssyklusen og voldens natur, vil det kunne være vanskelig å ha respekt for og forstå hvorfor kvinnene vil velge å bli i forholdet. Dersom sykepleiere ikke møter pasienter med respekt, kan det føre til svekket tillit mellom sykepleier og pasient, og ytterligere skade for kvinnen (Nasjonalt kunnskapssenter om vold og traumatisk stress, 2018). For kvinner som blir utsatt for vold fra en partner, ligger det mye skam i å innrømme hva som foregår (Hunskår & Hansen, 2016, s. 192). Derfor er det essensielt at sykepleier forsøker å sette seg inn i pasienten sin situasjon og møter henne med respekt.

Sykepleiere er også mennesker som kan oppleve et behov for å ta vare på seg selv når de møter på en vanskelig situasjon. Dette kommer frem i artikkelen til Sundborg et al (2015, s. 2258-2259), hvor sykepleiere forteller at de kunne reagere følelsesmessig og selv bli dypt emosjonelt involvert og engstelige av å høre om kvinners voldsopplevelser. Dette er i følge Sundborg et al. (2015, s. 2258-2259) en av årsakene til at sykepleiere i noen tilfeller ikke spør pasienten om de blir utsatt for vold. Det kan være vanskelig å finne data for å belyse dette problemet, fordi det ikke er forsket på, og det finnes sannsynligvis mørketall. Det kan tenkes at motivet til sykepleierne er å beskytte seg selv, og at det kan ha mange årsaker. En mulig årsak kan være personlige erfaringer med temaet, som gjør det nært og sårt.

Den yrkesetiske handleplikten viser at sykepleiere har et faglig profesjonelt ansvar i å gå inn i slike situasjoner (Nasjonalt kunnskapssenter om vold og traumatisk stress, 2018a). Man kan spørre seg om hva som skal til for at flere sykepleiere vil velge å gå inn i en slik situasjon og ta belastningen. Kanskje en måte kan være å utstyre dem med teknikker, sånn at de kan komme seg igjennom samtalen på en god måte, eller å finne praktisk støtte i kollegaer som kan ta over for hverandre når noe blir emosjonelt vanskelig. Dette er derimot ingen god løsning for å ivareta tillit hos pasienten. Konkrete tiltak kan være å utstyre de ansatte med spørrestrategier og å sikre at det er personale med kompetanse tilgjengelig på hver vakt.

At sykepleiere opplever behov for å ivareta seg selv, er noe som burde tas på alvor. Dersom sykepleieres behov ikke blir ivaretatt, kan belastningen bli så høy at de blir syke eller ikke klarer å arbeide i yrket. Kommunen som arbeidsgiver skal ifølge arbeidsmiljøloven (2005, § 4-1) medvirke til at sykepleiers behov blir ivaretatt. Sykepleiere må oppleve trygghet i gode prosedyrer og helst selv ha mulighet til å bli ivaretatt gjennom veiledning (Hunskår & Hansen, 2016, s. 271). Debrifing og kollegastøtte er også aktuelle tiltak (Sundborg et al., 2015, s. 2260-2261), og det bør prioriteres for å ivareta sykepleieres behov.

Kompetanse i å gjenkjenne tegnene på vold, påvirker sykepleiers muligheter til å identifisere vold i nære relasjoner. Dersom sykepleiere har god kunnskap og

erfaring om emnet, og i tillegg våger å følge magefølelsen, vil usikkerhet og nøling reduseres, og volden kan bli avdekket (Sundborg et al., 2015, s. 2259). Det å gjenkjenne tegnene på vold kan være svært vanskelig fordi symptombildet kan være ulikt hos hver enkelt kvinne (Nasjonalt kunnskapssenter om vold og traumatisk stress, u.å). Da er det viktig å kunne observere sammenhengen mellom de fysiske og psykiske symptomene, den non-verbale og verbale kommunikasjonen, for deretter å kunne danne seg et bilde av pasientens problemer. En kartlegging av kompetansen på legevaktene er viktig, for å se om det er et kompetansekrav som bør dekkes med pedagogiske tiltak.

5.4 Språk og kultur

En annen barriere for å spørre om vold, er språklige og kulturelle forskjeller. Denne problematikken tas opp i artikkelen til Beynon et al. (2012, s. 6) hvor 18,4% av respondentene forteller at språk og kulturelle forskjeller var en barriere. I tillegg fortelles det at noen kvinner fra andre kulturer, som blir utsatt for partnervold, har en frykt for utilstrekkelig beskyttelse fra politiet, og at de heller velger å holde det skjult, fordi det føles tryggere enn å rapportere det. Noen av kvinnene nevnt i artikkelen ville ikke innrømme vold og overgrep, da dette virket til å være en akseptert del av deres kultur. I noen kulturer kan man ha en tanke- og kommunikasjonsatferd (Schackt, 2019) som sier at det å slå er greit, og det er dette kvinner forventer, og dermed aksepterer, siden det er det de er oppvokst med. Noen sykepleiere kan nøle med å spørre om vold i de tilfellene der kvinnene kommer fra en annen kultur, fordi det kan være vanskelig for en utenforstående å forstå hvilket syn kvinnene har på partnervold (Sundborg et al., 2015, s. 2259).

Norge har blitt et flerkulturelt samfunn, og landet presenterer et mangfold med over 200 ulike etnisiteter (Hunskår & Hansen, 2016, s. 277). Dette kan føre til at pasienter med annen kulturell bakgrunn, og som ikke snakker norsk, kan bli utfordrende å håndtere på legevakten. Det kan føre til misforståelser og ulik oppfatning av alvoret i situasjonen. En måte å overkomme språkbarrieren på kan være å benytte seg av en tolk (Nasjonalt kunnskapssenter om vold og traumatisk stress, 2018). Ulempen med å benytte seg av tolk, kan være at en tredje person

er med i den konfidensielle samtalen, og at kvinnen ikke tør å åpne seg. Videre peker voldsveilederen på at det er vesentlig at familiemedlemmer ikke skal brukes som tolk, siden det vil begrense kvinnens åpenhet. Dette gjelder særlig dersom mannen til en kvinne man mistenker at utsettes for vold, brukes som tolk.

Et mulig problem, er ulike kulturers syn på vold. Kanskje oppfatter ikke kvinnene partnervold som et problem, annet enn at de trenger medisinsk hjelp for fysiske skader. I tillegg er de kanskje opplært til å være ubetinget lojal mot mannen sin, og at det er mannen som bestemmer. Kanskje er kvinnen også økonomisk avhengig av mannen, noe som kan gjøre det vanskelig å bryte ut av forholdet.

En mulig løsning på utfordringen med språkbarriere, kan være å rekruttere personer med bakgrunn fra ulike kulturer til sykepleieryrket. Fordelen med dette vil være at ulike nasjonaliteter da vil være representert på arbeidsplassen, og kanskje tolk kan unngås, for dermed å enklere skape tillit. Et annet tiltak som kan hjelpe når det kommer til språkbarrierer, er å sørge for at kvinner med annen språklig bakgrunn får mulighet til å lære norsk.

I tillegg er det viktig å sette seg inn i hvordan disse kvinnene har et annerledes syn på vold, og respektere dette. Samtidig burde det være en selvfølge at alle mennesker skal føle seg trygge i sitt eget hjem. En bør aldri akseptere kultur som en unnskyldning for vold. Likevel kan det være viktig for sykepleiere å reflektere rundt i hvilken grad det er tillatt å fortelle noen andre hvordan de bør leve livet sitt.

For å konkludere, kan en si at språk og kulturelle forskjeller er en faktor som påvirker sykepleiers muligheter til å identifisere vold. Tiltak som kan gjøre sykepleieren i bedre stand til å identifisere vold der språklige og kulturelle barrierer er tilstede, kan være å benytte seg av tolk, anerkjenner forskjellige synspunkter, og å rekruttere flere sykepleiere med ulike kulturelle og språklige bakgrunner til sykepleieryrket.

6.0 Konklusjon

Vold i nære relasjoner er et nasjonalt og globalt folkehelseproblem, som ikke er belyst i bachelor i sykepleie. Volden opptrer i ulike former, men alle typer vold har samme hensikt. Sykepleiere på legevakten kan møte kvinner utsatt for partnervold, og har gode muligheter til å identifisere det og bidra til å forebygge flere voldstilfeller. Forskning viser at det er flere faktorer som påvirker sykepleieres forutsetninger for å identifisere vold. Disse er tid, språklige/kulturelle forskjeller, motstridende atferd hos voldsrammede, usikkerhet og uvitenhet hos sykepleier, øvelse, erfaring, tillit mellom pasient og sykepleier, samt kollegial støtte. Hver faktor er drøftet med tanke på hvordan de påvirker sykepleiers mulighet til identifisere partnervold, og hvilke tiltak som kan bedre forutsetningene.

Forslag til tiltak for å bedre forutsetningene, er å sørge for tilstrekkelig med ressurser for å gi sykepleiere bedre tid, ha et skjermet sted tilgjengelig hvor man kan prate uforstyrret, samt å utføre tillitsskapende tiltak, som å vise at man er tilstede, at man er til å stole på, at man bryr seg, at man har god tid og at man lytter aktivt. Videre forslag er undervisning om vold i nære relasjoner på bachelorstudiet i sykepleie, tydelige prosedyrer på arbeidsplassen, en ressursperson med videreutdanning ved hver legevakt/i hver kommune, og en rådgivningstjeneste for helsepersonell om vold i nære relasjoner. Andre tiltak er å fremme kollegastøtte og veiledning, ha personale med kompetanse tilgjengelig ved hver vakt, benytte seg av tolk ved behov, rekruttere personer med ulik kulturell bakgrunn til sykepleieryrket, og å respektere og anerkjenne at en har ulike syn på vold. Til slutt er det å utstyre sykepleiere med teknikker, slik at de orker å ta det emosjonelle ansvaret en slik samtale medfører.

Studiene jeg har sett på er primærstudier, og disse studiene konkluderer med at det er behov for mer forskning på feltet for å kunne konkludere med større sikkerhet. Det er imidlertid ingen tvil om at det å øke sykepleiers kompetanse i arbeid med voldsrammede pasienter, vil ha positive ringvirkninger for alle berørte parter.

7.0 Referanser

- Arbeidsmiljøloven. (2005). *Lov om arbeidsmiljø, arbeidstid og stillingsvern*.
- Barne- ungdoms og familiedirektoratet. (2016). *Etter- og videreutdanning om vold og seksuelle overgrep: kompetanseheving for forebygging, tidlig avdekking og god hjelp til barn og unge utsatt for vold og seksuelle overgrep*.
- Beynon, Charlene E, Gutmanis, Iris A, Tutty, Leslie M, Wathen, C & Macmillan Harriet, L. (2012). Why physicians and nurses ask (or don't) about partner violence: A qualitative analysis. *BMC Public Health*, 12(1), 473.
doi:10.1186/1471-2458-12-473
- Bradbury - Jones, Caroline, Taylor, Julie, Kroll, Thilo & Duncan, Fiona. (2013). Domestic abuse awareness and recognition among primary healthcare professionals and abused women: A qualitative investigation. *Journal of Clinical Nursing*, 23(21-22), 3057-3068. doi:10.1111/jocn.12534
- Bufdir. (2018). Voldssyklusen. Hentet 4. november fra https://www.bufdir.no/vold/Krisesenterveileder/Under_oppholdet/Samtaler/Bearbeidende_samtaler/Voldssyklusen/
- Dalland, Olav. (2017). *Metode og oppgaveskriving* (6. utg.). Oslo: Gyldendal akademisk.
- Forsberg, Christina & Wengström, Yvonne. (2013). *Att göra systematiska litteraturstudier : Värdering, analys och presentation av omvårdnadsforskning* (3. utg. utg.). Stockholm: Natur & kultur.
- Helse- og omsorgsdepartementet. (2015). *Akuttmedisinforskriften*. Hentet fra https://www.regjeringen.no/contentassets/bde3821703d44038a98b80923a1083ef/runskriv_akuttmedisinforskriften_300415.pdf

Helsebiblioteket. (2016). *PICO*. Hentet fra

<https://www.helsebiblioteket.no/kunnskapsbasert-praksis/sporsmalsformulering/pico>

helsebiblioteket.no. (2016). *Sjekklistor*. Hentet fra

<https://www.helsebiblioteket.no/kunnskapsbasert-praksis/kritisk-vurdering/sjekklistor>

Hunskår, Steinar & Hansen, Elisabeth Holm. (2016). *Legevaktarbeid : En innføringsbok for leger og sykepleiere*. Oslo: Gyldendal akademisk.

Hägglom, Anette & Fredriksen, Sven-Tore Dreyer. (2011). " Der bliver ofte stille" - Sygeplejerskers møde med kvinder, som har været udsat for vold. *Klinisk sygepleje*, 25(1), 67-76.

Isdal, Per. (2018). *Meningen med volden* (2. utg.). Oslo: Kommuneforl.

Justis- og beredskapsdepartementet. (2013). *Et liv uten vold: handlingsplan mot vold i nære relasjoner 2014-2017*. Hentet fra

https://www.regjeringen.no/contentassets/97cdeb59ffd44a9f820d5992d0fab9d5/hplan-2014-2017_et-liv-uten-vold.pdf

Justis- og Beredskapsdepartementet. (2013). *Forebygging og bekjempelse av vold i nære relasjoner*;,. Hentet fra

<https://www.regjeringen.no/contentassets/1cea841363e2436b8eb91aa6b3b2d48e/no/pdfs/stm201220130015000dddpdfs.pdf>

Kunnskapsdepartementet. (2008). *Rammeplan for sykepleierutdanning*.

Magnus, Per. (2000). *Prosjektarbeid i helsefagene*. Oslo: Gyldendal akademisk.

Myhre, Mia Cathrine, Borchgrevink, Catharina & Sommerfeldt, Marianne Buen. (2015). *Oversikt over rutineguider og kartleggingsverktøy for avdekking av vold i nære relasjoner* (4/2015).

Nasjonalt kunnskapssenter om vold og traumatisk stress. (2018). *Hva er vold og overgrep mot voksne og eldre? Om voldssyklusen*. Hentet fra <https://voldsveileder.nkvts.no/blog/innhold/hva-er-vold-naere-relasjoner/om-voldssyklusen/>

Nasjonalt kunnskapssenter om vold og traumatisk stress. (2018a). *Ansvar og regelverk*. Hentet fra <https://voldsveileder.nkvts.no/blog/innhold/ansvar-og-regelverk-2/>

Nasjonalt kunnskapssenter om vold og traumatisk stress. (2018b). *Risikofaktorer og tegn: Fysiske tegn*. Hentet fra <https://voldsveileder.nkvts.no/blog/innhold/risikofaktorer-tegn-vold/fysiske-tegn/>

Nasjonalt kunnskapssenter om vold og traumatisk stress. (2018c). *Risikofaktorer og tegn: Generelle tegn på vold*. Hentet fra <https://voldsveileder.nkvts.no/blog/innhold/risikofaktorer-tegn-vold/generelle-tegn/>

Nasjonalt kunnskapssenter om vold og traumatisk stress. (2018d). *Risikofaktorer og tegn: Psykiske tegn*. Hentet fra <https://voldsveileder.nkvts.no/blog/innhold/risikofaktorer-tegn-vold/psykiske-tegn/>

Nasjonalt kunnskapssenter om vold og traumatisk stress. (2018e). *Risikofaktorer og tegn: Psykosomatiske tegn*. Hentet fra <https://voldsveileder.nkvts.no/blog/innhold/risikofaktorer-tegn-vold/psykosomatiske-tegn/>

Nasjonalt kunnskapssenter om vold og traumatisk stress. (2018f). *Utredning: Hvordan snakke om vold?* Hentet fra <https://voldsveileder.nkvts.no/blog/innhold/voksen-eldre-utrede/hvordan-snakke-om-vold-utsatt/>

- Nasjonalt kunnskapssenter om vold og traumatisk stress. (2018g). *Veileder for helse- og omsorgstjenestens arbeid med vold i nære relasjoner.*
- Nasjonalt kunnskapssenter om vold og traumatisk stress. (2018h). *Voldens liv og logikk.* Hentet 4. mai fra <https://dinutvei.no/om-vold/407-voldens-liv-og-logikk>
- Nasjonalt kunnskapssenter om vold og traumatisk stress. (u.å). *Hva kan du som fagperson gjøre i møte med utsatte?* Hentet fra <https://dinutvei.no/fagpersoner/308-hva-kan-du-som-fagperson-gjore-i-mote-med-utsatte>
- Norsk Helseinformatikk. (2010). *Hvorfor går de ikke?* Hentet 4. desember fra <https://nhi.no/familie/barn/hvorfor-gar-de-ikke/>
- Norsk sykepleierforbund. (2016). *Yrkesetiske retningslinjer for sykepleiere: Norsk sykepleierforbund.*
- Nortvedt, Monica Wammen, Jamtvedt, Gro, Graverholt, Birgitte, Nordheim, Lena V. & Reinart, Liv Merete. (2012). *Jobb kunnskapsbasert! : En arbeidsbok* (2. utg. utg.). Oslo: Akribe.
- Rasmussen, I., Strøm, Steinar., Sverdrup, S. & Vennemo, H. (2012). *Samfunnsøkonomiske kostnader av vold i nære relasjoner; (2012/41).*
- Schackt, Jon. (2019). Kultur. Hentet 1. mai fra <https://snl.no/kultur>
- Sundborg, Eva., Tornkvist, Lena., Saleh-Stattin, Nouah., Wandell, Per., & Hylander, Ingrid. (2015). To ask, or not to ask: The hesitation process described by district nurses encountering women exposed to intimate partner violence. *Journal Of Clinical Nursing*, 26(15-16), 2256-2265. doi:10.1111/jocn.12992
- Sundborg, Eva M., Saleh-Stattin, Nouha, Wändell, Per & Törnkvist, Lena. (2012). Nurses' preparedness to care for women exposed to Intimate Partner

Violence: A quantitative study in primary health care. *BMC Nursing*, 11(1),
1. doi:10.1186/1472-6955-11-1

Svartdal, Frode. (2018). *Fagfelle vurdering*. Hentet 30. april fra
<https://snl.no/fagfelle vurdering>

Thidemann, Inger-Johanne. (2015). *Bacheloroppgaven for sykepleierstudenter :
Den lille motivasjonsboken i akademisk oppgaveskriving*. Oslo:
Universitetsforl.

Thoresen, Siri & Hjemdal, Ole Kristian. (2014). *Vold og voldtekt i Norge - En
nasjonal forekomststudie av vold i et livsløpsperspektiv (1/2014)*. Oslo:
Nasjonalt kunnskapssenter om vold og traumatisk stress.

Travelbee, Joyce. (2001). *Mellommenneskelige forhold i sykepleie*. Oslo:
Gyldendal akademisk.

World Health Organization. (2017). *Violence against women*. Hentet fra
[https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/violence-against-
women](https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/violence-against-women)

8.0 Vedlegg

8.1 Vedlegg I: PICO

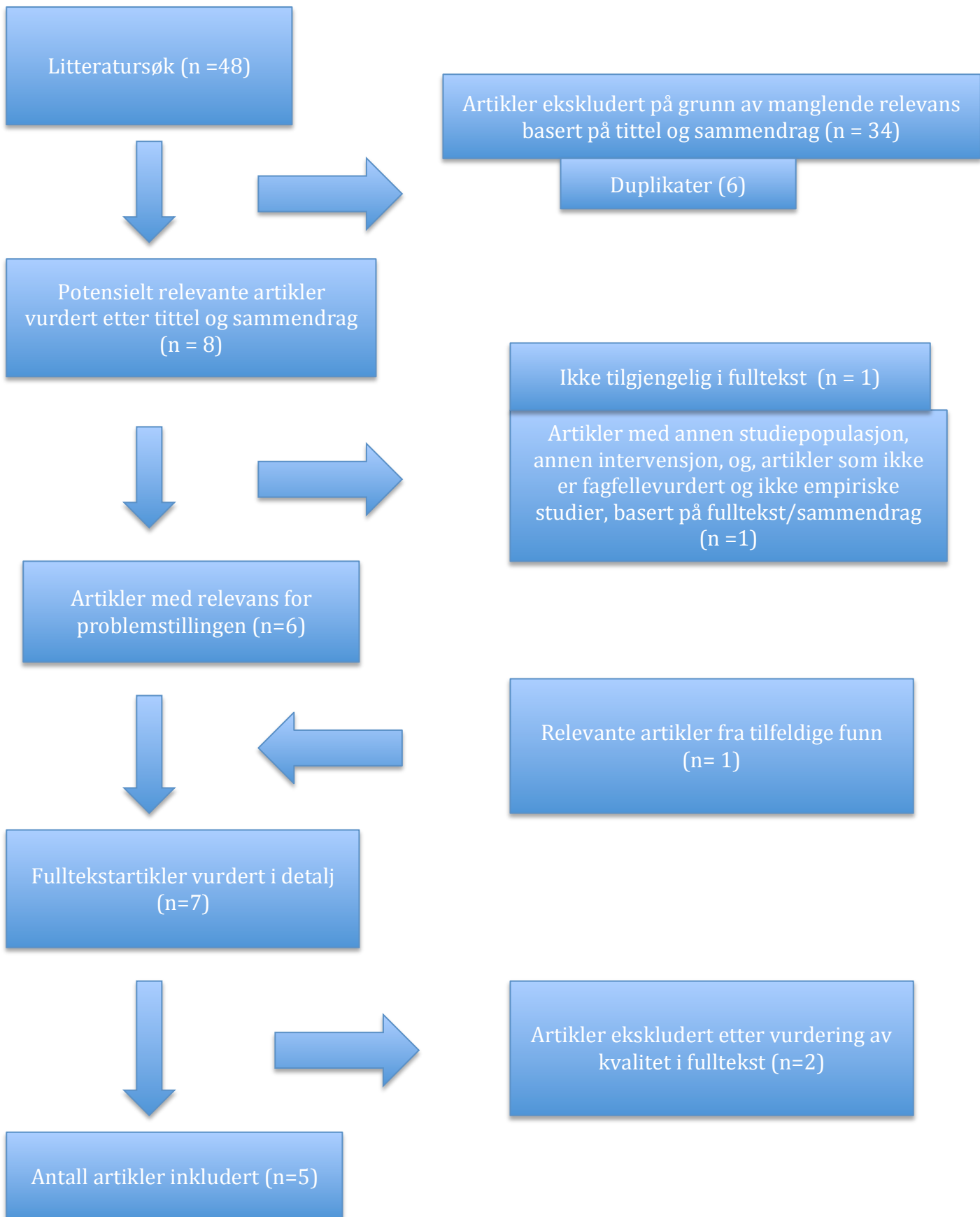
	Norsk	Engelsk	MeSH-ord	tekstord
P (patient/problem)	Kvinner utsatt for partnervold på legevakten	Women exposed to intimate partner violence in primary health care settings	#battered women, #battered females, #intimate partner violence, #domestic violence, #women, #primary health care	
I (intervention)	Sykepleiers utfordringer og kunnskapsbehov i forhold til å identifisere partnervold	Nurses' challenges and knowledge needs in identifying intimate partner violence	#knowledge, #nursing knowledge, #nursing, #nursing care, #nurses #nurses role, #nursing intervention, #health knowledge, #attitudes, practise.	nurs*, challenge*,
C (comparison)				
O (outcome)	Identifisere og respondere på partnervold	Identifying and responding to intimate partner violence	#truth disclosure	identify, discover, reveal*, disclosure

8.2 Vedlegg II: Søkehistorikk

Søkedato	Database	Søkeord	Antall treff	Leste abstract	Leste artikler	Inkluderte artikler
08/01/19	Cinahl	(Battered women OR intimate partner violence OR domestic violence AND women AND primary health care) AND (Nurs* OR knowledge OR nursing knowledge OR nursing intervention* OR health knowledge OR challenge) AND (identify OR discover OR reveal* OR truth disclosure OR disclosure)	20	13	1	1
10/01/19	Psycinfo	(Battered women OR battered females OR intimate partner violence OR domestic violence AND women AND primary healthcare) AND (Nursing intervention OR	8	5	2	1

		nurs* OR nurses OR nursing OR challenge* OR health knowledge OR knowledge) AND (Identify OR discover OR reveal* OR disclosure)				
10/01/19	Medline	(Battered women OR intimate partner violence OR domestic violence AND women AND primary health care) AND (Nurses OR nurs* OR nursing care OR nurse's role OR nursing intervention OR knowledge OR health knowledge OR attitudes, practice OR challenge*) AND (Identify OR discover OR reveal OR disclosure OR truth disclosure)	18	10	2	1
13/01/19	Svemed+	(Battered women OR domestic violence) AND nurses	3	2	1	1

8.3 Vedlegg III: Flytdiagram



8.4 Vedlegg IV: Litteratormatrise

Forfattere og årstall	Tittel	Mål	Metode	Resultat
Sundborg, E., Törnkvist, L., Saleh- Sattin, N., Wändell, P., Hylander, I. 2015	To ask, or not to ask: the hesitation process described by district nurses encountering women exposed to intimate partner violence	Å forbedre forståelsen av distriktssyke pleieres erfaringer med å møte kvinner utsatt for partnervold	Kvalitative intervjuer med 11 kvinnelige distriktssykepleiere i primærhelsetjenesten	Forskerne beskriver en ”nølingsprosess” (hesitation process) som sentralt i møtene. Det var flere barrierer og faktorer som gjorde det enklere å spørre i prosessen. Under påvirkning av disse faktorene flyttet sykepleierne seg fra å være uvitende om at identifisering av partnervold var deres faglige ansvar, til å bli ambivalent med å spørre, og til å begynne og forberede seg til å spørre om partnervold. Tilstedeværelsen av faktorer som gjorde det enklere å spørre gjorde at sykepleierne følte seg forberedt, og at de deretter bestemte seg for å spørre om partnervold.
Hägglom, A., Fredriksen, S.D. 2011	”Der bliver ofte stille” – sykeplejerske rs møde med kvinder, som har været udsat for vold	Å analysere viktigheten av sykepleiers evne til å oppfatte og håndtere en situasjon med partnervold og handle på den.	Semistrukturerte intervjuer med ti erfarne sykepleiere på feltet	Studien viser at sykepleierne ofte handler ut ifra en impuls som er en umiddelbar respons på bekymring. Sykepleierne nevner spesielt synet, både det fysiske men også det billedlige synet, hørselen og følelsen som verktøy for å kunne oppfatte situasjonen. Studien viser at betydelige endringer i omsorg ble resultatene når sykepleierne var åpne for inntrykk og våget å handle på impulsene sine. -
Sundborg, E, M., Saleh- Stattin, N., Wändell, P., Törnkvist, L.	Nurse’s preparedness to care for women exposed to	Å vurdere sykepleieres beredskap til å identifisere og gi	Data ble samlet inn ved hjelp av et spørreskjema som ble sendt ut til 277 sykepleiere ved 39	Mangler ble funnet om beredskap blant sykepleiere. De manglet organisatorisk støtte, for eksempel retningslinjer, samarbeid med andre og kunnskap om omfanget av partnervold. Bare halvparten

2012	intimate partner violence: a quantitative study in primary health care	sykepleie til kvinner utsatt for partnervold i primærhelsetjenesten.	ulike PHCC (pre-hospital critical care) i primærhelsetjenesten i Stockholm. Responsraten var 69,3%. Logistisk regresjonsanalyse ble brukt til å undersøke forhold mellom variabler.	spurte alltid kvinner om vold og for det meste da en kvinne var fysisk skadet. De syntes det var vanskelig å vite hvordan man skulle spørre, og hvis de identifiserte vold, ga de oftest en legeavtale. Å føle seg forberedt var knyttet til å skaffe seg kunnskap på egenhånd, og til å kunne identifisere kvinner utsatt for partnervold.
Bradbury-Jones, C., Taylor, J., Kroll, T., Duncan, F. 2013	Domestic abuse awareness and recognition among primary healthcare professionals and abused women: a qualitative investigation	Å utforske dynamikken rundt bevissthet og gjenkjennelse av partnervold hos kvinner blant helsepersonell.	Kvalitativ studie i to deler. 29 helsepersonell (jordmødre, helsesøstre og allmennleger) deltok i del 1, og 14 misbrukte kvinner deltok i del 2. Semistrukturerte individuelle intervjuer ble gjennomført med helsepersonellet, og tre fokusgruppeintervjuer ble tilrettelagt for de misbrukte kvinnene. Dataene ble analysert ved å bruke "framework analysis approach".	Artikkelen bruker "the Johari window" (et rammeverk for å utforske bevissthet i sosiale relasjoner) som teoretisk referanseramme til å representere resultatet. Forskjellige nivåer av bevissthet om naturen og eksistensen av misbruk finnes hos misbrukte kvinner og helsepersonell. Spesielt er det mange kvinner som ikke identifiserer erfaringene sine som misbruk. En konseptuell representasjon av partnervold – "misbrukte kvinner, bevissthet, gjenkjennelse og empowerment" rammeverket – som følger av studien, presenterer en ny måte å fange opp kompleksiteten i identifiseringsprosessen.
Beynon, C.E., Gutmanis, I.A., Leslie M Tutty, L-M, Wathen, C.N.,	Why physicians and nurses ask (or don't) about partner violence: a qualitative	Å identifisere barrierer og muligheter for å spørre om partnervold	En kvalitativ analyse der leger og sykepleiere som jobber i Ontario, Canada, ble tilfeldig valgt for å fullføre en 43-posts epost-undersøkelse om	De største barrierene for å spørre om partnervold var mangel på tid, mangel på trening, oppførsel forbundet med kvinner som lever med misbruk, fremmedspråk/kulturforskjeller og partners nærvær. De mest rapporterte tilretteleggerne var trening,

<p>MacMillan, H.L. 2012</p>	<p>analysis</p>	<p>blant et stort, tilfeldig utvalg av sykepleiere og leger i områder av helsetjenesten hvor misbrukte kvinner sannsynligvis vil finnes seg.</p>	<p>partnervold, som inkluderte to åpne spørsmål om barrierer og tilrettelegging for å spørre om partnervold. Tekst fra de åpne spørsmålene ble transkribert og analysert ved hjelp av induktiv innholdsanalyse. I tillegg ble frekvenser kalkulert fra ofte brukte kategorier og "Fischer's Exact"-test ble brukt for å bestemme statistisk signifikans ved undersøkelse av sykepleier/legeforskjeller.</p>	<p>samfunnsressurser og profesjonelle verktøy/protokoller/retningslinjer. Behovet for tilleggs-trening var en bekymring beskrevet av begge gruppene, men mest av sykepleierne. Det var statistisk signifikante forskjeller mellom sykepleierne og leger med hensyn til begge barrierer og tilretteleggere, mest sannsynlig knyttet til forskjeller i rolleforventninger og arbeidsmiljøer.</p>
-------------------------------------	-----------------	--	---	--