



Høgskulen
på Vestlandet

BACHELOROPPGAVE

Tittel på norsk: Vold i nære relasjoner - en skjult pandemi

Tittel på engelsk: Domestic Violence - a hidden pandemic

Kandidatnummer: 421 & 457

Bachelorprogram i sykepleie, SK152

Fakultet for helse- og sosialvitenskap

Institutt for helse- omsorgsvitenskap

Innleveringsdato: 24.05.2022

Antall ord: 7999

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, § 12-1.

Sammendrag

Tittel: Vold i nære relasjoner - en skjult pandemi

Bakgrunn for valg av tema: Vold i nære relasjoner blir omtalt som et folkehelseproblem på størrelse med en pandemi. Det anslås at mellom 75 000 og 150 000 mennesker årlig, utsettes for vold i nære relasjoner i Norge. Mange mennesker som opplever vold i nære relasjoner snakker aldri om det, til tross for at vold har flere negative helsemessige konsekvenser. Sykepleiere kan, i sitt virke, møte voldsutsatte pasienter. Vi ønsket å undersøke hva som ligger til grunn for at sykepleiere kan identifisere voldsutsatte, og med dette opparbeide oss kunnskap som vi kan ta med i vår fremtidige yrkesutøvelse.

Problemstilling: Hva hemmer og fremmer sykepleierens mulighet til å identifisere pasienter som opplever vold i nære relasjoner?

Metode: Oppgaven er bygget på en litteraturstudie. Det er inkludert både kvalitative og kvantitative forskningsartikler. I tillegg er det tatt i bruk relevant faglitteratur, offentlige publikasjoner og veiledere.

Funn/konklusjon: Sykepleiere står i en unik posisjon til å identifisere pasienter utsatt for vold i nære relasjoner. Forskingen viser faktorer som hemmer og fremmer sykepleiers mulighet for å identifisere voldsutsatte pasienter. Dagens organisering av spesialisthelsetjenesten, mangel på fenomenkunnskap hos sykepleiere, samt pasientens vanskelige følelser og valg, hemmer sykepleierens mulighet til å identifisere voldsutsatte. I midlertidig er yrkesetikken, en helhetlig tilnærming til pasienter, etablering av tillit og relasjon, økt kunnskap og fornuftig bruk av kartleggingsverktøy fremmere for sykepleierens mulighet for å identifisere vold i nære relasjoner.

Nøkkelord: Vold i nære relasjoner, sykepleie, identifisering, sykehuspasienter.

Summary

Title: Domestic violence – a hidden pandemic

Background:

Domestic violence is considered a public health crisis on par with a pandemic. It is estimated that between 75,000 and 150,000 people a year are exposed to domestic violence in Norway. Many of those who suffer from domestic abuse never tell anyone, even though the violence they are subjected to has several negative consequences on their health. In their line of work, nurses could meet patients subjected to domestic violence. We wanted to investigate factors that could assist nurses in identifying patients subjected to violence, and thus gain important knowledge we can bring into our future professional practice.

Case: What factors inhibits and promotes nurses abilities to identify patients suffering from domestic abuse?

Method: This thesis is based upon literature study. It includes both qualitative and quantitative research papers and articles. In addition, we have used relevant professional literature, public publications, and official guides.

Findings/Conclusion: Nurses are in a unique position to identify patients suffering from domestic violence. Research on the field reveals factors that inhibits or promotes nurses ability to identify patients suffering from violence. The current organization of the specialist health services, lack of knowledge among nurses, in addition to the patients own feelings on the subject, inhibits nurses ability to identify patients suffering from violence. However, professional ethics, a holistic approach to the patients, establishing a relation based on trust, increased knowledge and appropriate use of screening processes promotes nurses ability to identify patients suffering from domestic violence.

Keywords: domestic violence, nursing, identification, hospitalized patients

Innholdsliste

1.0 Innledning	1
1.1 Introduksjon av tema	1
1.2 Bakgrunn for valg av tema	1
1.3 Problemstilling	2
1.4 Avgrensing	2
2.0 Teori	3
2.1 Nære relasjoner og vold	3
2.2 Sykepleieprosessen	3
2.3 Relasjon og tillit	4
2.4 Kommunikasjon	5
2.5 Menneskesyn og etikk i sykepleien	6
2.5.1 Menneskesyn	6
2.5.2 Etikk	7
3.0 Metode	10
3.1 Litteraturstudie	10
3.2 Søkeprosess	10
3.3 Sammendrag av forskningsartikler	11
3.4 Kildekritikk	13
4.0 Funn	15
4.1 Hemmere	15
4.1.1 Mangel på kunnskap og ferdigheter	15
4.1.2 Uklare ansvarsoppgaver og tidspress	17
4.1.3 Pasientens frykt	17
4.2 Fremmere	18
4.2.1 Opplæring og erfaring	18
4.2.2 Ressurser	19
4.2.3 Screening	20
4.2.4 Sykepleier - pasient relasjonen	20
5.0 Drøfting	21
5.1 Yrkesetikk	21
5.2 Pasientens barrierer	22

5.3 Organiseringen av spesialisthelsetjenesten	23
5.4 Kunnskap, trening og erfaring	25
5.5 Kritisk blikk på kartleggingsverktøy	26
6.0 Konklusjon	28
7.0 Litteraturliste	30
Vedlegg 1	35
Vedlegg 2	37

Innholdsliste figurer og tabeller

Figur 1 Hemmere og fremmere modell.....	15
Figur 2 Illustrasjon	25
Tabell 1 PICO-skjema.....	10
Tabell 2 Sammendrag av forskningsartikler	13
Tabell 3 Søkeprosess	36
Tabell 4 Inklusjonskriterier	37

1.0 Innledning

1.1 Introduksjon av tema

Vold i nære relasjoner beskrives som et folkehelseproblem med proporsjoner på størrelse med en pandemi (Lee et al., 2019; Wyatt et al., 2019). Vold i nære relasjoner har konsekvenser for både individet og samfunnet, og medfører sosiale, helsemessige, livstruende og samfunnsøkonomiske konsekvenser (Krisesentersekretariatet, u.å.; Hjemdal og Holth, 2014, s. 29). Kvinner og menn er begge like utsatt for vold i nære relasjoner, men det er kvinner som rammes for den mest alvorlige og langvarige volden (Krisesentersekretariatet, u.å.). I 2020 registrerte politiet at 2875 kvinner og 1623 menn i Norge var utsatt for vold i nære relasjoner (Bufdir, u. å.). Mange mennesker som opplever vold i nære relasjoner snakker aldri om det, fordi overgrep og vold holdes ofte skjult, og er skambelagt. Det er store mørketall og presentert statistikk fra krisesentre og politiet er bare toppen av isfjellet (Krisesentersekretariatet, u. å.). Det anslås at mellom 75 000 og 150 000 mennesker årlig utsettes for vold i nære relasjoner i Norge (Riksrevisjonen, u.å.).

Mennesker som opplever vold i nære relasjoner har hyppigere kontakt med helsetjenesten, og kan lide av flere ulike kroniske smerter, uten en gitt diagnose (Nasjonal kunnskapssenter om vold og traumatisk stress [NKVTS], 2018a). Mangel på kunnskap og kompetanse for å gjenkjenne tegn på vold er en utfordring i helsesektoren. (Prop.12 S (2017-2021), s. 59). Vi ønsket å undersøke sykepleiernes mulighet til å identifisere pasienter som er utsatt for vold i nære relasjoner, med vekt på hvilke faktorer som hemmer og fremmer identifikasjon av pasienter utsatt for vold i nære relasjoner.

1.2 Bakgrunn for valg av tema

Vi har erfart, gjennom tidligere praksisperioder, at kunnskap om vold i nære relasjoner er viktig. Sykepleiere jobber tett opp mot pasienter og kan ha potensial til å identifisere vold. I arbeidet med forebygging og bekjempelse av vold i nære relasjoner må helse- og omsorgssektoren rette oppmerksomhet på at brukere og pasienter kan, eller har vært, utsatt for seksuelle overgrep og vold. Helseforetakene har ansvar for å avdekke og avverge vold og seksuelle overgrep (Justis- og beredskapsdepartementet, 2021, s. 26).

1.3 Problemstilling

Problemstilling: Hva hemmer og fremmer sykepleierens mulighet til å identifisere pasienter som opplever vold i nære relasjoner?

Vi har valgt denne problemstillingen fordi den tydeliggjør hvilke faktorer som hemmer og fremmer sykepleierens mulighet for identifikasjon, på en systematisk måte. Oppgaven kan gi oss et bilde på dagens praksis, og hvordan den kan forbedres.

1.4 Avgrensning

Oppgaven avgrenses til sykepleieren som jobber i somatiske¹ avdelinger i spesialisthelsetjenesten og har ansvar for pasienter over 18 år.

¹ Somatisk sykehus tar imot personer med kroppslige sykdommer.

2.0 Teori

Vold i nære relasjoner er et vanskelig og komplekst tema (NKVTS, 2018b). Sykepleieren har faglige, etiske og juridiske forpliktelser overfor voldsutsatte pasienter (NKVTS, 2022). Hver dag møter sykepleieren viktige etiske problemstillinger (Norsk sykepleierforbund, [NSF], u. å.). Etikk og kommunikasjon kommer til syne i møte med mennesker, og i dette tilfellet pasienter. Tillit til sykepleieren er en forutsetning som må ligge til grunn for at pasienten skal kunne fortelle om vold i nære relasjoner (Gonzalez, 2020, s. 59).

2.1 Nære relasjoner og vold

Nære relasjoner defineres som tidligere eller nåværende samboer eller ektefelle, personer i egen husstand, noen man har omsorg for, bestemte typer slektninger eller slektninger av nåværende eller tidligere ektefelle eller samboer. Det er også vanlig å inkludere kjæreste som en nær relasjon. Nære relasjoner kan forstås som en relasjon mellom mennesker som står følelsesmessig nær hverandre (Lillevik, 2019, s. 14-15). Definisjonene av nære relasjoner kan ha betydning for sykepleieren i spesialisthelsetjenesten fordi nære relasjoner, ofte betegnes som pårørende (Bahus, 2022).

Vold beskrives som en handling rettet mot en annen person, der handlingen krenker, smerter, skader, eller skremmer personen. Handlingen kan få personen til å gjøre noe mot sin vilje, eller slutte å gjøre noe personen ønsker å gjøre (Lillevik, 2019, s. 17). Det finnes ulike typer vold, eksempelvis fysisk, psykisk, seksuell og økonomisk vold. Alle former for vold påvirker livskvaliteten og helsen til den voldsutsatte (Sandmoe, 2014, s. 126).

2.2 Sykepleieprosessen

Sykepleieprosessen er en systematisk metodikk som omhandler observasjon, identifikasjon, tiltak og evaluering (Kristoffersen, 2021, s. 211). Det kliniske blikket er et verktøy i sykepleieprosessen. Sykepleierens kliniske blikk handler om å bruke sansene til å innhente informasjon om pasientens tilstand, gjennom teoretiske kunnskaper og tidligere erfaringer. Det kliniske blikket handler om å sanse det nye og uventede gjennom spørrende og

undrende tilnærming. Denne tilnærmingen gjør sykepleieren i stand til å undersøke videre når det sansene registrerer, ikke kan forstås (Kristoffersen, 2021, s. 187). Voldsutsatte har behov for fagfolk som ser og tør å stille spørsmål om overgrep og vold (Vold og overgrep linjen [Vo-linjen], u.å.).

Voldsutsatte personer kan ha flere fysiske symptomer. Gjennom sykepleieprosessen og det kliniske blikket, kan sykepleieren observere konkrete fysiske tegn på vold. Dette kan være blåmerker, sår, skader flere plasser på kroppen, avrevet hår, brannskader og eldre arr (NKVTS, 2018a).

På sykehuset kan sykepleieren gjøre flere observasjoner av pasienten, knyttet til vold i nære relasjoner. Personer som er utsatt for vold kan ha hatt gjentakende helseundersøkelser tidligere der de har gitt uttrykk for kroniske smerter, uten at det foreligger en medisinsk diagnose som forklarer smertene. Dette kan for eksempel, være magesmerter eller hodepine. Andre tegn som pasienten kan vise under oppholdet kan være søvnforstyrrelser, utfordringer knyttet til mat og psykiske utfordringer. Dette kan eksempelvis være angst, depresjon og rusproblematikk (NKVTS, 2018a).

2.3 Relasjon og tillit

Etablering av en god relasjon er nødvendig for at pasienten skal føle seg trygg til å snakke om vanskelige temaer med sykepleieren. Tillit betegnes som en av grunnsteinene i en relasjon (Gonzalez, 2020, s. 57-59). Sykepleieren bygger tillit ved å vise omsorg, fremstå med et ønske om å hjelpe og opptre pålitelig og tilstedeværende. Tillit til sykepleieren handler om at pasienter som har behov for hjelp våger å stole på sykepleieren (NKVTS, 2018b). Dette betyr at sykepleieren må gjøre seg fortjent til å oppnå tillit fra pasienten. Andre faktorer som fremmer tillit, er å sette seg inn i pasientens situasjon og møte forberedt til samtaler. Tillit krever at møtet med pasienten bygger på omsorg, varme og at det tas hensyn til pasientens ønske, behov og meninger (Gonzalez, 2020, s. 59-60).

2.4 Kommunikasjon

Vold i nære relasjoner er for mange et følsomt tema. I møte med pasienter som viser tegn til at noe er galt, fysisk eller emosjonelt, har sykepleieren mulighet til å snakke med pasienten om dette (Eide & Eide, 2017, s. 200).

I forkant av samtaler om vold i nære relasjoner bør sykepleieren vite hvor pasienten kan henvises for å få hjelp, dersom pasienten bekrefter at vedkommende er voldsutsatt. Informasjon om sykepleierens taushetsplikt er vesentlig. Samtalen skal ikke foregå hvis potensiell voldsutøver eller andre er til stede. Sykepleieren bør informere om hvorfor samtaleemnet tas opp med pasienten. Samtalen skal tilstrebes å foregå på pasientens premisser. Pasienten bør gis mulighet til å forklare mest mulig selv, for å ikke bli presset til å svare på spørsmål (NKVTS, 2018b). Eksempel på dialog mellom sykepleier og pasient:

Pasient fremstår redd og trist.

Sykepleier: jeg ser at du ikke har det så bra.

Pasient: Ja... Det er godt å være her, men jeg tenker på familien min, særlig barna.. og mannen min. Han kan bli veldig sint... når han drikker..

Sykepleieren: Slår han deg?

Pasient: (Nøler) nei, eller det hender han tar litt hard i meg. Skumper borti.

Sykepleier: Skumper borti?

Pasient: Nja, dulter borti eller tar litt hardt i meg, du vet.

Sykepleier: (Tar en kort pause, vennlig) Fortell..

Pasient: Ja, eller det har hendt at han gitt meg en ørefik eller to. Det har dessverre gått så langt som at han slo meg foran barna. Med knyttneven.

Sykepleier: Er den skaden du har i pannen din relatert til dette?

Pasient: ja..

(Eide & Eide, 2017, s. 199-200).

I eksempelet benytter sykepleieren lukkede spørsmål. Lukkede spørsmål kan være en god måte å utfordre pasienter, for å avklare ubehagelige temaer. Lukkede spørsmål kan besvares med, et nikk. Dette er aktuelt med tanke på at mange synes temaet er vanskelig å snakke om. «Er du redd i ditt eget hjem?» er et lukket spørsmål. Det er viktig at

sykepleieren varierer ordbruken, slik at pasienten skal kunne gjenkjenne seg i ordene sykepleieren bruker (NKVTS, 2018b; Eide & Eide, 2017, s. 200). Dette lukkede spørsmålet viser at sykepleieren ser og er villig til å lytte til pasienten. Lukkede, utfordrende spørsmål krever tillit og fortrolighet, hvis ikke kan pasienten benekte spørsmålet (Eide & Eide, 2017, s. 199).

I eksempelet bruker sykepleieren et responderende språk, ved å gjenta nøkkelord og følge opp samtalen både verbalt og nonverbalt. Videre oppfordrer hun pasienten til å fortelle mer, som resulterer i at pasienten åpner seg ytterligere og forteller at hun blir slått av mannen sin (Eide & Eide, 2017, s. 201).

Ved å stille spørsmålet om vold i nære relasjoner, viser sykepleieren at hun ikke er redd for å snakke om temaet, og at hun forstår noe mer av situasjonen enn det som er uttalt. Selv om pasienten hadde benektet spørsmålene, kan et slikt spørsmål føre til at pasienten reflekterer over egen situasjon og kanskje åpner seg for sykepleieren ved en senere anledning (Eide & Eide, 2017, s. 201).

2.5 Menneskesyn og etikk i sykepleien

2.5.1 Menneskesyn

Sykepleiens profesjon støtter seg til et holistisk menneskesyn. Et holistisk perspektiv betyr at vi betrakter pasienten mer enn en fysisk kropp. Sykepleieren forholder seg til pasienter som et menneske i sin helhet, dette innebærer blant annet en levd kropp, sårbarhet, tanker, skam, smerter, ressurser og livssituasjon (Brinchmann, 2021, s. 27).

Et reduksjonistisk menneskesyn begrenses til naturvitenskapens betraktninger om at pasientens kropp kan måles og beregnes. I motsetning til det holistiske som ikke nødvendigvis innbefatter noe målbart. Naturvitenskapens utvikling har gitt oss muligheter til bedre liv og helse, som følge av nye undersøkelses- og behandlingsmåter (Brinchmann 2021, s.32).

Den sykepleiefaglige tilnærmingen må bygge på både det holistiske og reduksjonistiske menneskesynet. Disse funksjonene kan ikke settes opp mot hverandre, av hensyn til pasientens beste (Brinchmann, 2021 s. 37).

Fremveksten av ny teknologi, og medfølgende nye avanserte behandlingsmetoder, opptar mye av tiden og ressursene til dagens helse- og omsorgstjeneste (Brinchmann, 2021, s. 38). Etterspørselen etter offentlige velferdsgoder øker, samtidig som offentlige ressurser er begrenset (Henriksen og Vetlesen, 2006, s. 21). Tenkninger som tidligere var forbeholdt det private markedet har fått innpass i den økonomiske styringen av helsevesenet (Brinchmann, 2021, s. 38). Eksempelvis får et sykehus betalt i stykkpris for hver pasient som behandles. Med dette stilles det krav til nytte og effektivitet, slik at hver krone utnyttes og flest mulige behandlinger gjennomføres (Henriksen og Vetlesen, 2006, s. 21-23).

Samtidig som krav til effektivitet øker, blir ikke det helhetlige ansvaret sykepleieren har, ovenfor sine pasienter, redusert (Brinchmann, 2021, s. 39.) Konsekvensene av dette kan beskrives som *“Et ubegrenset ansvar, med begrensede ressurser”* (Henriksen & Vetlesen, 2006, s. 22). Dette innebærer at det er begrenset rom for tidkrevende prosesser som tillitsbygging og samtaler om vanskelige temaer. Sykepleiefagets holistiske tenkning og omsorgsfilosofi viker, i flere tilfeller, for monetære verdier (Brinchmann, 2021, s. 39; Gonzalez, 2020, s. 59-60).

2.5.2 Etikk

Sykepleie skal bygge på ivaretagelse av menneskerettighetene, omsorg og barmhjertighet. Sykepleiens grunnlag er respekt for den enkeltes liv og iboende verdighet. Sykepleiefagets grunnlag og de yrkesetiske retningslinjene er det etiske grunnlaget i sykepleien. Dette innebærer blant annet at sykepleieren bærer et personlig ansvar for at yrkesutøvelsen er etisk, juridisk og faglig forsvarlig (Søndbø, 2020; NSF, 2019).

Etikken kan, i sykepleiefaget, betegnes som en veiviser. Etikken hjelper sykepleiere med å navigere i landskapet av menneskene vi møter (Søndbø, 2020). Sentrale etiske tanker i sykepleiefaglig sammenheng er pliktetikk, konsekvensetikk og de fire prinsippers etikk; velgjørenhet, ikke skade, autonomi og rettferdighet (Brinchmann, 2021, s. 64).

I møte med mennesker som har opplevd vold i nære relasjoner, møter sykepleieren, et menneske som har opplevd avmakt og krenkelser (NKVTS, 2022). Bruk av vold er brudd på grunnleggende menneskerettigheter (Hjemdal og Holth, 2014, s. 13). Det etiske ansvaret som helsepersonell har i møte med voldsutsatte er å ivareta menneskerettigheter, verdighet og sørge for at vedkommende blir ivaretatt og avlastet for uro og bekymring. Den voldsutsatte skal møtes med varsomhet. En god situasjonsforståelse bør opparbeides, for å ivareta pasienten og deres autonomi på best måte (NKVTS, 2022).

Helsepersonell har et faglig ansvar for å forhindre at mennesker utsettes for vold. En del av ansvaret er å undersøke og avklare dersom det er grunnlag for å mistenke vold i nære relasjoner. Videre handler det om å dokumentere eventuell vold og beskytte den utsatte eller andre berørte. Da særlig barn (NKVTS, 2022).

Pliktetikken innebærer indre og ytre plikter. Indre plikter er motivert innenfra, av den menneskelige fornuft. Ytre plikter stammer ofte fra regler eller lovgivning. Personer som handler ut fra pliktetikken, følger de gitte plikter uten å ta konsekvensene i betraktning av sin handling (Brinchmann, 2021 s. 56).

Helsepersonell er pliktig til å forhindre straffbare handlinger og kan anmelde forholdet til politi, eller på annen måte søke å forhindre at straffbare handlinger finner sted (Straffeloven, 2005, §196). Avvergingsplikten gjelder blant annet ved mishandling i nære relasjoner (Helsedirektoratet, 2019). Helsepersonell har både taushetsplikt og plikt til å avverge. I saker som omhandler vold i nære relasjoner kan plikten til å avverge vold, gå foran taushetsplikten (NKVTS, 2022). Etter pliktetiske prinsipper er nevnte lovgivninger både juridisk og etisk bindende, og sykepleieren skal varsle politiet ved mistanke om vold, fordi hun er juridisk forpliktet til det.

I perspektiv av konsekvensetikk kan sykepleieren ta samme avgjørelse som i et pliktetisk-perspektiv, men begrunner avgjørelsen med at det er til pasientens beste.

Konsekvensetikken fokuserer på konsekvensene og målet. Om avgjørelsen er etisk akseptabel eller ikke, veies ut fra om den fører til gode eller dårlige konsekvenser for pasienten (Sneltvedt, 2021, s. 68).

I møte med pasienter sykepleieren mistenker kan være utsatt for vold, kan SME-modellen være et nyttig verktøy for å belyse situasjonen og legge til rette for en refleksjonsprosess. SME-modellen systematiserer de ulike delene av en sak. Først beskrives det etiske problemet, deretter kartlegges fakta og de berørte partenes interesser og syn. Videre skal etiske prinsipper, verdier og lover som er relevant for problemstillingen gjennomgås. Da er de fire prinsippers etikk, pliktetikken og konsekvensetikken nyttig å kjenne til. Til slutt skal handlingsalternativer legges frem, og en helhetsvurdering av saken gjøres (Universitetet i Oslo [UIO], u.å.).

3.0 Metode

3.1 Litteraturstudie

Denne oppgaven er bygget på litteraturstudie som metode, for å svare på problemstillingen. Vi har systematisk søkt etter vitenskapelige artikler, gått kritisk gjennom dem og til slutt sammenfattet (Thidemann, 2019, s. 81). Litteraturstudie kan gi et bredt spekter av innfallsvinkler for hvordan sykepleieren kan identifisere voldsutsatte pasienter. Ved denne metoden er det mulighet for å undersøke hva som har vært forsøkt implementert tidligere gjennom publiserte studier.

3.2 Søkeprosess

Vi gjennomførte første innledende søk i Google Scholar for å få overblikk over litteraturen. Gjennom innledende søk var det flere artikler som fremsto relevante og interessante. De artiklene ble brukt som et utgangspunkt for det systematiske litteratursøket. Det systematiske litteratursøket ble gjennomført i Academic Search Elite, Medline og CINAHL, med inklusjonskriteriene fra vedlegg 2. Søkene ga flere resultater. Videre ble overskriften til de ulike artiklene lest og sammenlignet opp mot problemstilling. Artiklene med relevant tittel ble plukket ut, der abstract og resultatdel ble lest. Forskningsartiklene som var mest relevant opp mot oppgavens problemstilling ble valgt. Her fant vi åtte forskningsartikler gjennom fire ulike søk. En forskningsartikkel ble funnet gjennom innledende søket i Google Scholar. For ytterligere utdyping av søkeprosessen se vedlegg 1.

For å optimalisere problemstillingen på en hensiktsmessig måte, har vi valgt å bruke PICO. PICO-skjemaet hjelper oss med å finne relevante ord og mesh-terms i overensstemmelse med problemstillingen (Thidemann, 2019, s. 82).

Patient	Intervention	Comparison	Outcome
Vold i nære relasjoner, partnervold,	Sykepleier, sykepleier, helsepersonell.	Hemmer og fremmer	Identifisere, avdekke, oppdage,

Tabell 1 PICO-skjema

3.3 Sammendrag av forskningsartikler

Forfatter (år)	Tittel	Hensikt	Metode	Sted og Deltakere	Hovedtemaer
Ali et al. (2021)	Nurses, midwives' and students' knowledge, attitudes and practices related to domestic violence: A cross-sectional survey	Måle kunnskapsnivå, holdninger og praksiserfaringer til sykepleiere, jordmødre og studenter knyttet til vold i nære relasjoner.	Tverrsnittstudie	England og Wales. 769 deltakere. Sykepleierstudenter, sykepleiere og jordmødre.	Helsepersonells holdninger. Helsepersonells evne til å håndtere pasienter utsatt for partnervold. Implikasjon for sykepleiepraksis.
Correa et al. (2020)	Women's experiences of Being Screened for intimate partner violence in the health care setting	Utforske erfaringer knyttet til screening fra partnervold overlevende, og identifisere muligheter til å forbedre screening og responser fra helsepersonell.	Kvalitativ studie	USA. 17 deltakere. Voldsutsatte	Barrierer for å søke hjelp. Respons og bevissthet. Screening i helse og omsorgssituasjoner. Implikasjoner for praksis.
Dheensa et al. (2020)	"From taboo to routine": a qualitative evaluation of a hospital-based advocacy intervention for	Kartlegge sykehusansatte sitt synspunkt på en rådgiver inne partnervold/vold i nære relasjoner	Kvalitativ studie	Storbritannia 64 deltakere. Helsepersonell	Implikasjon for praksis. Rådgivere innen vold i nære relasjoner. Fremmere for identifikasjon.

	domestic violence and abuse				
Downie et. al. (2018)	A prospective questionnaire-based study on staff awareness of intimate partner violence in orthopaedic trauma patients	Forbedre bevisstheten i ortopediske avd. vedrørende partnervold, viljen til å stille pasientene spørsmål om tema og kunnskap om videre oppfølging	Kvantitativ metode	Storbritannia. 121 deltakere. Sykepleiere, leger og fysioterapeuter	Å forbedre opplæring av helsepersonell. Kunnskap om vold i nære relasjoner. Viktigheten av å spørre pasienter om vold i nære relasjoner. Barrierer for helsepersonell.
Heron et. al. (2021)	Barriers and facilitators of disclosing domestic violence to the UK health service	Utforske ofrenes oppfatninger og opplevelser av partnervold-avsløringer til helsevesenet.	Kvalitativ metode.	Storbritannia. 29 deltakere. Kvinner utsatt for vold i nære relasjoner.	Identifisering av barrierer for å avsløre partnervold. Emosjonelle barrierer, frykt og skam.
Husso et. al. (2012)	<i>Making sense of domestic violence intervention in professional health care</i>	Utforske profesjonelle prosesser for å forstå voldsintervensjoner og organisatoriske praksiser for voldsintervensjon	Kvalitativ metode.	Finland. 6 fokusgrupper. Sykepleiere, leger, sosialarbeidere og psykologer i	Praktiske, medisinske, sosiale og psykologiske rammer som påvirker muligheten til å identifisere pasienter som er utsatt for familievold.

				spesialisthelse tjenesten.	
Kirk & Bezzant (2020)	<i>What barriers prevent health professionals screening women for domestic abuse? A literature review</i>	Identifisere barrierer helsepersonell har for å screene kvinner for vold i nære relasjoner, samt vurdere hvordan barrierene kan brytes	Litteraturstu die.	USA, Australia, Italia, Sverige og Norge 7 forskningsartik ler. helsepersonell .	Barrierer for helsepersonell til å bruke screeningverktøy. Implikasjon for praksis.
Lee et. al. (2019)	Improving provider readiness for intimate partner violence screening	Vurderer effekten av utdanning og opplæring i bruk av en kort screening skjema for å bedre beredskapen for å identifisere partnervold.	Kvalitativ studie.	USA 96 deltakerne Helsepersonell	Barrierer for bruk av screening Helsevesenet unike mulighet til oppdagelse av partnervold.
Wyatt et al., (2019)	<i>Readiness of newly licensed associate degree registered nurses to screen for domestic violence</i>	Utforske faktorer som påvirker sykepleierens valg og oppførsel ifm. screening	Kvalitativ studie	USA 16 Deltakere. nyutdannede sykepleiere	Screening. Dialog. Nyutdannede sykepleiere.

Tabell 2 Sammendrag av forskningsartikler

3.4 Kildekritikk

Kildekritikk betyr å vurdere og gjøre rede for litteraturen som er brukt. Hensikten er å reflektere over hvilken relevans og gyldighet forskningsartiklene har opp mot problemstillingen, samt at leser skal få ta del i refleksjonen vi har gjort (Dalland, 2020 s. 152). Litteraturen vi har funnet gjennom søkeprosessen, ble valgt ut på bakgrunn av oppgavens problemstilling. Kriterier for utvelgelsen av forskningsartikler var at artiklene hadde en

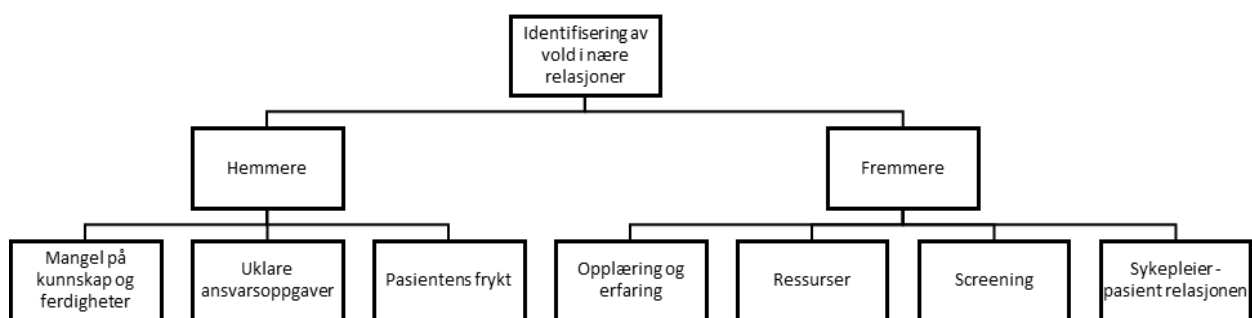
tydelig formulert problemstilling, at valgt modell var egnet for å svare på problemstilling i forskningsartikkelen, i tillegg til at formålet med forskningen var tydelig presentert (Nortvedt et al. 2021, s. 77).

Vi har i oppgaven kombinert kvalitative og kvantitative studier. Å benytte ulike studiemetoder kan gi et bedre og grundigere bilde av forskningen. Funnene fra kvantitative og kvalitative forskningsartikler kan styrke oppgaven, og resultere i mer utfyllende svar på problemstillingen (Nortvedt et. al 2021, s. 77). Samtidig har vi tatt høyde for at kvalitative og kvantitative studier kan være utfordrende å sammenligne ettersom de presenterer resultatene ulikt (Thidemann, 2019, s. 99). Fokuset var at funnene i oppgaven skulle representere den praksisen eller virkeligheten vi ville belyse, altså hva som hemmer og fremmer sykepleierens mulighet til å identifisere vold i nære relasjoner.

Samtlige forskningsartikler var fagfelleurdert, og tidsskriftet som har publisert dem er registrert som nivå 1 eller 2 i kanalregister for vitenskapelige tidsskrifter (Direktoratet for høyere utdanning og kompetanse, u. å.). Litteraturen er hovedsakelig fra 2018-2021, samt en forskningsartikkel fra 2012. Forskningsartiklene har bidratt på ulike måter til å besvare problemstillingen. Ettersom problemstillingen spør om både hemmere og fremmere for sykepleiere, er det tatt med forskning som setter søkelys på både sykepleier og pasient.

4.0 Funn

Samtlige forskningsartikler understreker at sykepleiere står i unik posisjon til å identifisere personer som opplever vold i nære relasjoner. Forskningsartiklene redegjør for faktorer som hemmer og fremmer identifikasjon av voldsutsatte pasienter. For å systematisere funnene fra forskningsartiklene har vi laget en modell. Modellen består av hva som hemmer og fremmer sykepleiers mulighet for å identifisere pasienter utsatt for vold i nære relasjoner.



Figur 1 Hemmere og fremmere modell

Modellene viser funn av faktorer som påvirker sykepleiernes mulighet for å identifisere pasienter utsatt for vold i nære relasjoner.

4.1 Hemmere

Det er flere faktorer som hemmer sykepleierens mulighet for å identifisere pasienter som er utsatt for vold i nære relasjoner. Dette underkapittelet fremhever mulige barrierer for både sykepleiere og pasienter.

4.1.1 Mangel på kunnskap og ferdigheter

Manglende kunnskap og ferdigheter knyttet til å håndtere pasienter som opplever vold i nære relasjoner er en sentral utfordring i identifikasjonsarbeidet (Ali et al., 2021; Kirk & Bezzant, 2020; Downie et al., 2018; Wyatt et al., 2019; Husso et al., 2012). Mangel på kunnskap og ferdigheter var den mest utbredte barrieren som forhindret helsepersonell fra å screene² pasienter for vold i nære relasjoner (Kirk & Bezzant, 2020).

² screene: kartlegging/undersøke ved hjelp av spørreskjema.

Mangel på kunnskap gjorde det utfordrende for sykepleierne å stille pasientene spørsmål om vold i nære relasjoner. Sykepleierne var usikre på hva de skulle gjøre dersom pasientene svarte at de ble utsatt for vold. Helsepersonell følte at de ikke var forberedt på å imøtekomme, ivareta og sette i gang tiltak hos pasienter som opplever vold i nære relasjoner (Kirk & Bezzant, 2020; Downie et al. 2019; Husso et al. 2012). En hemmer for å øke kunnskapen omhandlet kostnader og ressurser ved å gjennomføre opplæring til helsepersonell (Ali et al., 2021; Dheensa et al., 2020).

På grunn av mangel på trening og kunnskap om vold i nære relasjoner opplevde sykepleierne manglende motivasjon for å screene pasienter, i frykt for å skade sykepleier-pasient relasjonen. Et annet hinder for helsepersonell var frykten for å oppfattes krenkende mot pasienten. Dette til tross for at pasienter potensielt kan reagere positivt og relasjonen kan bli styrket (Kirk & Bezzant, 2020). I en annen studie fortalte sykepleierne det motsatte, og opplevde at de kunne stole på sine egne intuisjoner eller instinkter når det kom til å avgjøre hvilken pasient som hadde behov for å screenes for partnervold. Helsepersonell i den samme studien, opplyste om at de ikke hadde fått utdanning eller opplæring om vold i nære relasjoner (Wyatt et al., 2019).

Mangel på kunnskap og ferdigheter førte også til at spørsmålene om vold i nære relasjoner ble stilt på en ikke-hensiktsmessig måte. Dersom spørsmål om vold i nære relasjoner blir stilt uten at pasienten har fått nødvendig informasjon om hva helsepersonellet foretar seg ved et eventuelt positivt svar, minimeres muligheten for at pasienten føler seg trygg nok til å gi ærlige svar. Det samme gjelder om pasienten ikke har fått informasjon om hvorfor helsepersonell stiller spørsmål eller screener for vold i nære relasjoner. Pasientene i studiene til Correa et al. (2020) og Heron et al. (2020) fortalte at de har opplevd å få spørsmål om vold i nære relasjoner samtidig som partner eller andre personer var til stede under utspørringen. Dette medvirket til at den voldsutsatte ikke turte å svare oppriktig på spørsmålene om vold i nære relasjoner (Correa et al., 2020; Heron et al. 2020).

4.1.2 Uklare ansvarsoppgaver og tidspress

Fra forskningsartiklene kommer det fram at helsepersonell i stor grad opplevde at mangel på retningslinjer og støtte fra arbeidsgiver gjorde dem engstelige for å identifisere vold i nære relasjoner. Det kom også fram i flere av forskningsartiklene at helsepersonell opplever mangel på tid til å identifisere vold i nære relasjoner (Ali et al., 2021; Kirk & Bezzant, 2020; Lee et al., 2019; Downie et al. 2018; Wyatt et al., 2019; Husso et al., 2012). Bakgrunnen for dette var mangel på ressurser, men også at spesialisthelsetjenesten ofte hadde korte interaksjoner med pasienten (Husso et al., 2012).

Husso et al., (2012) diskuterer tematikken knyttet til hvem sitt ansvarsområde det er å gripe inn i saker som omhandler vold i nære relasjoner. Innenfor de medisinske oppgavene som spesialisthelsetjenesten har ansvar for, var det ikke ansett å være relevant å diskutere vold i nære relasjoner, og det ble sett på som et domene som var innenfor sosialt arbeid og psykologi (Husso et al., 2012). Helsepersonellet følte også at å spørre om vold i nære relasjoner ikke var en del av deres rolle (Downie et al., 2018).

4.1.3 Pasientens frykt

Pasientens barrierer påvirker sykepleierens mulighet til å identifisere vold i nære relasjoner. Det er beskrevet tre ulike barrierer som var sentrale for at pasientene ikke avslørte vold i nære relasjoner. Den emosjonelle barrieren var den største barrieren. Voldsutsatte pasienter oppga at de hadde opplevd en eller flere følelsesmessige utfordringer som forhindret dem i å avsløre overgrep til helsepersonell. Dette var følelser av frykt, forlegenhet og skam (Heron et al., 2021). Mange kan oppleve frykt for hevn fra voldsutøveren eller frykt for å miste barna sine hvis de forteller hva de er utsatt for (Correa et al., 2020).

Den andre barrieren var den partner-relaterte barrieren. Pasienter utsatt for vold i nære relasjoner turte ikke å varsle om dette til helsepersonell fordi partneren deres manipulerte helsepersonellet. Eksempelvis kunne voldsutøver overbevise helsepersonell om at han eller hun ikke har utsatt sin partner for vold. Dette kunne skje i form av tydelig gråt i samtale med helsepersonell og rask endring av adferd når helsepersonell forlot rommet (Heron et al., 2021). I en annen forskningsartikkel trekkes det frem at voldsutsatte pasienter selv ikke hadde styrke til å søke hjelp (Husso et. al. 2012).

Den siste pasientrelaterte barrieren var den organisatoriske barrieren. Den voldsutsatte pasienten var bekymret for at helsepersonell ikke hadde tid til å identifisere overgrepene, og at det heller ikke hadde noe hensikt å fortelle om volden. I tillegg uttrykte deltakerne at settingen i helsevesenet ikke egnet seg for å diskutere vold i nære relasjoner (Heron et al., 2021).

4.2 Fremmere

4.2.1 Opplæring og erfaring

Opplæring og trening som fokuserte på å gjenkjenne tegn av partnervold, hadde flere gunstig utfall. Dette førte til at helsepersonellet lettere spurte pasienter om de var utsatt for vold i nære relasjoner (Ali et al., 2021; Downie et al., 2018). Helsepersonell ville etter opplæring vært i bedre stand til å håndtere en avsløring av partnervold. Opplæring av helsepersonell ble også assosiert med forbedret bevissthet og holdninger omkring tema. I form av mer åpenhet for å spørre pasienter om vold i nære relasjoner og reduserte frykten for å krenke pasienten ved spørsmål om vold i nære relasjoner (Downie et al., 2018).

For mange sykepleiere var det ubehagelig å screene pasienten for vold i nære relasjoner de første gangene, men dette ble lettere etter hvert som sykepleierne fikk mer erfaring. Dette sammenlignes med å legge inn et urinkateter. Dette var ubehagelig for sykepleieren de første gangene vedkommende utførte denne prosedyren, men etter hvert ble det en rutine sykepleieren ble komfortabel med (Wyatt et al., 2019).

Erfaring fremmet evnen til å identifisere pasienter utsatt for vold i nære relasjoner. Helsepersonell med lang yrkeserfaring, eller som tidligere hadde erfaring med pasienter som var utsatt for vold i nære relasjoner hadde større sannsynlighet for å identifisere dette på nytt (Ali et al., 2021; Downie et al., 2018). Lengre yrkeserfaring er forbundet med økt sannsynlighet for avsløring av pasienter som var utsatt for vold i nære relasjoner. 44 av 86 av helsepersonellet i Downie et. al., (2018) hadde avdekket pasienter som opplevde vold i nære relasjoner, når de har stilt spørsmål om dette.

4.2.2 Ressurser

Helsepersonell som var spesialiserte på vold i nære relasjoner kunne være til god hjelp for annet helsepersonell. Spesialistene kunne støtte og gi råd når sykepleiere føler seg usikre eller står i vanskelige situasjoner knyttet til vold i nære relasjoner. Å ha tilgang til en slik ressurs kan være til god nytte når helsepersonell har lite trening eller er usikre på tiltak som skal settes i verk etter å ha identifisert pasienter som opplever vold i nære relasjoner (Kirk & Bezzant, 2020).

Independent Domestic Violence Advisors (IDVA) er personell som er spesialiserte på å gi hjelp til ofre for vold i nære relasjoner. IDVA var et prosjekt som foregikk på fem ulike sykehus i England. IDVA ga helsepersonell opplæring og trening, i tillegg til at de var tilgjengelig for hjelp og støtte til helsepersonell og pasienter. Helsepersonell på sykehusene der IDVA var plassert forteller at de følte at IDVAs intervensjon hjalp dem med å tørre og stille spørsmål til pasienten på en mer effektiv og sensitiv måte, samtidig som det var lettere å oppdage symptomer og tegn på vold og overgrep. I tillegg til dette fikk utsatte pasienter umiddelbar støtte og henvising, noe som forebygget at pasienten ble glemt eller mistet i systemet. IDVAs intervensjon gjorde også at flere eldre, menn og personer fra øvre middelklasse som opplever vold i nære relasjoner ble identifisert (Dheensa et al., 2020).

Tydelige retningslinjer for hva helsepersonell gjør om de får et bekræftende svar, var forutsetninger forskerne la til grunn i forbindelse med bruk av kartleggingsverktøy. Det ble laget visittkort og telefonlinje som voldsutsatte fikk til disposisjon. Det ble også lagt til rette for at helsepersonell kunne kontakte sosialkontoret som kunne bistå pasienten med det vedkommende ønsket. Helsepersonellet fikk i oppgave å spørre pasienten om vedkommende ønsket å ta kontakt med politiet. Dette viste til en signifikant økning i helsepersonelllets vilje til å imøtekomme problemet (Lee et al., 2019).

4.2.3 Screening

Screeningskjema kan fungere som et verktøy for helsepersonell for å redusere vold og fremme helse. Screening ble ofte brukt ved åpenbare tegn på vold, og ikke som en fast prosedyre. Rutinemessig screening av pasienter kan øke antall identifikasjoner (Lee et al., 2019). Screening bør gjennomføres flere ganger under innleggelsen, for å fremme muligheten for identifikasjon (Correa et al., 2020).

Opplæring og retningslinjer på hvordan screening utføres var en forutsetning for at helsepersonell skulle gjennomføre screeningen på en god og effektiv måte. Før screeningen var det viktig at sykepleier skapte en relasjon som bidro til at pasienten følte seg trygg, gjerne i et privat rom og at andre ikke er til stede. Dette var med på å legge til rette for at pasienten kunne snakke fritt og ærlig (Correa et al., 2020).

4.2.4 Sykepleier - pasient relasjonen

Tillit og relasjon til helsepersonell kan fremme mulighet for identifikasjon av pasienter som opplever vold i nære relasjoner. Helsepersonell spiller en viktig rolle i å støtte voldsutsatte pasienter (Ali et al., 2021). 21% av pasienter i studien til Heron et al., (2021) konstaterte at tillit til helsepersonell hjalp dem med å avsløre at de var utsatt for vold i nære relasjoner, og 52 % av deltakerne mente at et positivt forhold til helsepersonellet hjalp dem med å avsløre vold i nære relasjoner. Det kom også frem at pasientene som møter helsepersonell som lyttet aktivt til dem, lettere fortalte at de var utsatt for vold i nære relasjoner (Heron et al., 2021).

Pasientene mente selv at det var passende for helsepersonell å spørre om vold i nære relasjoner (Downie et al., 2018) også i kliniske situasjoner (Correa et al., 2020). Pasientene mente at sykepleierne ville være best egnet i å hjelpe dem i å avsløre partnervold (Downie et al., 2018).

Aktiv lytting, øyekontakt og empati er karakteristika som overlevende etter vold i nære relasjoner mente var viktig for å tørre å fortelle om sine opplevelser (Correa et al., 2020).

5.0 Drøfting

I vår analyse av forskningsartiklene er det lagt fram, faktorer som hemmer og fremmer identifikasjon av pasienter i spesialisthelsetjenesten som opplever vold i nære relasjoner.

5.1 Yrkesetikk

Sykepleierne står i en unik posisjon til å oppdage subtile og helserelevante tegn på vold i nære relasjoner (Kirk & Bezzant, 2020; Dheensa et al., 2020), og bygge tillitsfulle forhold som kan spille en avgjørende rolle i identifiseringsarbeidet (Ali et al. 2021). Pasienten trenger sykepleiere som ser og tør å stille spørsmål (Vo-linjen, u.å.; Prop.12 S (2017-2021), s. 43). I tillegg har sykepleieren et juridisk og etisk ansvar overfor sine pasienter (NSF, 2019).

Det kan tenkes til at tematikken rundt vold i nære relasjoner er vanskelig for sykepleieren. Det kan tolkes til å være en alvorlig anklage å spørre noen om de utsettes for vold av noen de er glad i. Forskningen peker på at sykepleierne var redde for å krenke pasienten ved å spørre om vold i nære relasjoner, og skade sykepleie-pasient relasjonen (Kirk & Bezzant, 2020; Downie et al. 2019). Likevel kan det vurderes til at det er farligere, ved mistanke, å ikke spørre, enn å spørre (Vo-linjen u.å.).

Ved usikkerhet knyttet til å spørre pasienten om vold i nære relasjoner kan SME-modellen være et relevant verktøy for å gjennomføre en refleksjonsprosess. SME-modellen inneholder blant annet en redegjørelse av relevante etiske prinsipper, verdier og aktuelt lovverk sykepleieren er bundet av (UIO, u.å.). Eksempelvis, etter konsekvensetiske prinsipper, kan det argumenteres for at ved mistanke om at en pasient er utsatt for vold er det riktig av sykepleieren å spørre pasienten om dette. Konsekvensene av at pasienten ikke blir spurt kan være at pasienten blir værende i et voldelig forhold, og utsette for nye skader og potensielt død (Sneltvedt, 2021, s. 68). Å spørre pasienten om vold i nære relasjoner og avverge videre vold kan også begrunnes i pliktetiske prinsipper, samt i lovverket. Yrkesetiske retningslinjer understreker at sykepleieren skal utføres en praksis som fremmer helse (NSF, 2019). Straffeloven peker på at helsepersonell innehar en plikt til å avverge mishandling i nære relasjoner, ved å kontakte politiet eller på annen måte forsøke å hindre handlingen (Straffeloven, 2005, §196).

På den andre siden kan autonomiprinsippet tolkes til at sykepleierens interaksjon i forbindelse med vold i nære relasjoner innebærer å bryte privatlivets fred. Dette kommer til syne i form av at sykepleierne var redd for å gjøre pasienten flau eller forlegen, eller å gjøre mer skade enn nytte (Kirk & Bezzant, 2020; Husso et al. 2012). Likevel kan autonomiprinsippet ivaretas selv om sykepleieren "griper inn". En samtale om vold i nære relasjoner skal foregå på pasientenes premisser. Dette innebærer at pasienten ikke blir presset til å fortelle, og at pasienten skal få mulighet til å fortelle mest mulig selv. Lukkede og varierende spørsmål kan hjelpe pasienten til å åpne seg (Eide & Eide, 2017. s. 200).

Totalt sett kan lovverk og etiske prinsipper som sykepleieryrket er bundet til fremme identifikasjon og ivaretagelse av pasienter utsatt for vold i nære relasjoner.

5.2 Pasientens barrierer

Pasientens personlige barrierer kan hemme sykepleierens mulighet til å identifisere den voldsutsatte. For det første kan pasienten la være å fortelle om vold til utenforstående, grunnet skam og forlegenhet. For det andre kan pasienten oppleve frykt for å miste barna sine eller frykt for hevn fra voldsutøveren (Heron et al., 2021; Correa et al., 2020). Ved vold i nære relasjoner blir mennesker utsatt for fysisk eller psykisk vold fra nære personer, som kan stå følelsesmessig nær dem (Lillevik, 2016, s. 14-15). Voldsutsatte har opplevd avmakt og krenkelser fra voldsutøver. Sykepleierne har i møte med voldsutsatte et etisk ansvar som innebærer å ivareta verdigheten og menneskerettigheter til pasienten (NKVTS, 2022). Dette betyr at sykepleierne må møte pasienten med varsomhet og ha en god situasjonsforståelse. Med andre ord forstå at pasienten står i en utfordrende situasjon, og forsøke å trygge og støtte pasienten.

Sykepleierens mulighet til identifikasjon av pasienter utsatt for vold i nære relasjoner, bygger på premisset om at en relasjon er til stede. For det første må sykepleier etablert tillit ved å vise omsorg, varme og barmhjertighet til pasienten (Ali et al., 2021). Gjennom å etablere god relasjon kan sykepleier komme i posisjon til å snakke om vanskelige tema med pasienten. I tillegg vil relasjonen kunne bidra til at pasienten åpner seg opp og ønsker hjelp (Gonzalez,

2020, s. 57). Videre må sykepleier forstå pasientens situasjon og være klar for det samtalen kan medbringe (Gonzalez, 2020, s. 59-60). Det vil si at sykepleier forstår at vold i nære relasjoner er et følsomt tema og kan være vanskelig å prate om (NKVTS, 2018b). Altså må sykepleier ha tid til å lytte aktivt og være til stede for pasienten. Dette øker muligheten for at pasienter lettere forteller om eventuelle voldshendelser.

Organisering av helsevesenet påvirker ikke bare sykepleiere, men også pasienter, i form av at pasienter føler spesialisthelsetjenesten ikke har tid til å lytte og høre. Pasientene i den ene forskningsartikkelen føler at spesialisthelsetjenesten ikke var det egnete steder for å snakke om vold i nære relasjoner (Heron et al., 2021). I motsetning mener pasientene i Downie et al., (2018) at sykepleierne vil være best egnet i å hjelpe dem i å avsløre partnervold. Samtidig er pasienter åpne for å fortelle om voldsepisoder om de møter helsepersonell som lytter aktivt til dem (Heron et al., 2021). Altså dette er barrierer sykepleieren ikke rår over, men som sykepleieren kan imøtekomme ved tillitsskapende arbeid. Det tillitsskapende arbeidet kan diskuteres til å være et arbeid som ikke ledelsen tar med i sine betraktninger når de organiserer spesialisthelsetjenesten. Det kan tolkes til at det som ikke kan registreres, måles eller beregnes ikke blir verdsatt fordi det ikke registreres.

5.3 Organiseringen av spesialisthelsetjenesten

Måten spesialisthelsetjenesten organiseres på kan hemme sykepleiers mulighet til å identifisere vold i nære relasjoner. Det kommer fram at mangel på tid og korte interaksjoner med pasienten, hemmer sykepleierne fra å etablere en relasjon der spørsmål om vanskelige temaer kan finne sted. Det kommer også fram at helsepersonellet opplevde mangel på støtte fra arbeidsgiver (Lee et al., 2019; Downie et al., 2018; Wyatt et al., 2019; Husso et al., 2012).

Det kan tolkes til at reduksjonistisk menneskesyn, naturvitenskapelige, konkrete og målbare, har en dypere forankring blant sykepleierne på sykehus, enn den holistiske og helhetlige tilnærmingen. Bakgrunnen for denne tolkningen er at sykepleierne på sykehusene jobber under stramme vilkår, der krav om effektivisering spiller en vesentlig rolle i deres arbeidshverdag (Brinchmann, 2021, s. 39; Henriksen og Vetlesen, 2006, s. 21).

I midlertidig betyr ikke dette at sykepleierne ikke har, eller ønsker å ha, en holistisk tilnærming. Snarere tvert imot, da sykepleiens etiske grunnlag bygger på holisme (NSF, 2019; Brinchmann, 2021, s. 27). Derimot er det gitte rammer som ikke gir sykepleieren tid og rom til å kunne gi pasienten den helhetlige omsorgen. For at sykepleieren skal kunne identifisere voldsutsatte gjennom samtale og dialog, og at den voldsutsatte skal tørre å fortelle om volden, er det viktig at tillit er etablert i forkant. Tillit krever at sykepleieren, blant annet fremstår tilstedeværende (Gonzalez, 2020 s. 59). Idealer som presenteres i sykepleieutdanningen, stemmer ikke overens med arbeidslivets virkelighet, fordi det ikke er tid til å stille spørsmål om vold i nære relasjoner, ei heller at sykepleierne lærer hvordan det gjøres (Wyatt et al. 2019). Skildringene ovenfor kaster lys over at sykepleierens mulighet til å fremstå tilstedeværende for pasienten begrenses av spesialisthelsetjenestens rammebetingelser.

Likevel kan det også være andre organisatoriske faktorer som hemmer muligheten for identifikasjon. Det kan diskuteres at vold i nære relasjoner er et større anliggende og prioriteringsområde for den kommunale helse- og omsorgssektoren, herunder sykehjem, helsestasjon, barnehage, skolehelsetjenesten og barnevern (Justis- og beredskapsdepartementet, 2021; Prop.12 S (2017-2021), s. 46-48). Med dette er det aktuelt å peke på at de manglende retningslinjene sykepleierne forteller om kan skyldes at spesialisthelsetjenesten ikke er en like prioritert arena for slikt arbeid.

Opplæring av helsepersonell angående vold i nære relasjoner er forbundet med økte kostnader og ressursbruk (Ali et al., 2021; Dheensa et al., 2020). Imidlertid kan arbeid for identifisering og forebygging av vold i nære relasjoner ha samfunnsøkonomiske gevinster (Justis- og beredskapsdepartementet, 2021, s. 25). Det kan derfor argumenteres for at opplæring vil kunne forsvares både økonomisk og etisk.

Forskningsprosjektet til Dheensa et al., (2020) viser oss hvordan spesialisthelsetjenesten effektivt kan forbedre muligheten for identifikasjon. Prosjektet integrerte spesialisert helsepersonell (IDVA) i den daglige driften av fem sykehus i Storbritannia. Prosjektet fremmet muligheten for identifikasjon. For det første ga IDVA helsepersonellet på sykehusene opplæring om vold i nære relasjoner. For det andre fikk pasienten bistand

umiddelbart etter identifikasjon, fordi IDVA var lett tilgjengelig. Dette gjorde at helsepersonellet var tryggere og mer åpne for å spørre pasienten om vold. IDVAs intervensjon førte til at voldsutsatte pasienter ble fanget opp tidligere, i tillegg til at pasientene også tilhørte "skjulte" grupper. Dette gjaldt menn, eldre og personer fra øvre-middelklasse (Dheensa et al., 2020). Vi har ikke lyktes å finne tilsvarende eller lignende prosjekter på norske sykehus.

5.4 Kunnskap, trening og erfaring

Funn viser at økt kunnskap fremmer muligheten for å identifisere vold i nære relasjoner. Opplæring om tilgjengelig støtte gjorde at sykepleierne visste hva de skulle gjøre ved identifikasjon av voldsutsatte pasienter (Heron et al., 2021; Downie et al., 2018). Dette medførte at helsepersonell etter opplæringen, var mer villig til å spørre pasienten om vold i nære relasjoner (Downie et al., 2018). Til sammenligning hemmet mangel på kunnskap sykepleierens mulighet til å identifisere pasienter utsatt for vold i nære relasjoner. Sykepleierne unnlot å spørre pasienten om de var utsatt for vold, fordi de ikke hadde kunnskaper om hva de skulle gjøre ved et positivt svar (Kirk & Bezzant, 2020; Downie et al., 2019; Husso et al., 2012). Sykepleieren bør ha kunnskap om ulike prosedyrer, tiltak og henvisnings muligheter i forkant av en samtale om vold i nære relasjoner (NKVTS, 2018b).

Opplæring resulterte også i at sykepleierne endret sine daglige holdninger. Sykepleierne ble mer bevisst på at vold i nære relasjoner kunne være aktuelt for deres pasienter (Downie et al., 2018). Kunnskap om hva sykepleierne kan se etter i form av tegn og symptomer, gjorde at sykepleierne lettere kunne identifiserte voldsutsatte pasienter (Dheensa et al., 2020). Med andre ord kan kunnskap om tegn og symptomer, sammen med sykepleieprosessen og det kliniske blikket, fremme sykepleierens mulighet til å identifisere voldsutsatte pasienter (Kristoffersen, 2021, s. 211).



Figur 2 Illustrasjon

Trening og erfaring fremmer sykepleiers mulighet for å identifisere voldsutsatte pasienter. Sykepleierne beskriver at samtaler med pasienter om vold i nære relasjoner blir lettere etter å ha gjort det flere ganger. Dette sammenlignes med å legge inn et urinkateter. Det var ubehagelig å gjøre det de første gangene, men etter hvert blir det en rutine for sykepleieren (Wyatt et al., 2019). I tillegg var det mer sannsynlig at sykepleiere som tidligere har spurt pasienter om vold i nære relasjoner, ville gjøre det igjen (Ali et al., 2021; Downie et al., 2018).

Med andre ord blir sykepleiere mer selvsikre i å spørre om vold i nære relasjoner, etter å ha gjort det flere ganger. Sykepleierens selvsikkerhet, supplert med kunnskap om tegn og symptomer, samt kunnskap om hvor pasienten kan henvises etter en positiv avsløring, fremmer identifisering av voldsutsatte pasienter.

5.5 Kritisk blick på kartleggingsverktøy

Den største barrieren for helsepersonell i bruk av screening omhandlet manglende kunnskap om vold i nære relasjoner. Imidlertid ser en at opplæring av helsepersonell, innenfor vold i nære relasjoner ikke forbedret screeningen. Den ble først forbedret når helsepersonell fikk spesifikke strategier for screening (Lee et al., 2019). Samtidig føler helsepersonell seg uforberedt, usikre og bekymret for virkningene ved screening (Kir & Bezzant, 2021). Altså gjør mangel på kunnskap at helsepersonell ikke screener pasienter, men økt kunnskap gjør ikke nødvendigvis at screeningen blir bedre når den først gjennomføres. Helsepersonell må ha tydelige strategier for hvordan screeningen skal gjennomføres. Dermed vil gode screeningverktøy sammen med økt kunnskap om vold i nære relasjoner føre til en mer effektiv screening.

Screening for vold i nære relasjoner fremmer muligheten for identifikasjon, reduserer sannsynligheten for fremtidig vold og fremmer pasientens helse. Ofte bruker helsepersonell screening kun ved åpenbare tegn på vold, men faste prosedyrer som screener alle pasienter i møte med helsevesenet, gir mulighet for en ikke-truende tilnærming for å identifisere voldsutsatte (Lee et al., 2019). Ikke-truende innebærer at helsepersonell ikke trenger å ha mistanke for å screene en pasient, men begrunne screeningen som en fast prosedyre som

gjøres i møte med alle pasienter. På denne måten kan helsepersonell potensielt identifisere pasienter, uten at det eksisterer tidligere mistanke om vold i nære relasjoner.

Å bruke screeningverktøy på en god og effektiv måte, krever mer enn bare kunnskap om vold i nære relasjoner. For det første må sykepleieren inneha ferdigheter om hvordan en skal etablere tillit og relasjon (NKVTS, 2022). Ved å ha etablert en tillit og relasjon til pasienten der sykepleier er støttende, fremmes muligheten for at pasienter åpner seg opp om voldssituasjoner (Gonzalez, 2020, s. 57). For det andre må evne til å vise empati og forståelse overfor den voldsutsatte være til stede (Ali et al., 2021). Det vil si helsepersonell som lytter aktivt, tar seg tid og er bevisst sitt kroppsspråk, har større mulighet for å oppnå et godt resultat ved kartlegging av pasienter. Altså trenger helsepersonell kunnskap om tema, kommunikasjonskompetanse, tillit og evne til å vise empati for å oppnå en god kartlegging av voldsutsatte pasienter.

Tatt i betraktning tematikkens behov for varsomhet (NKVTS, 2022) og tillitsbygging, bør screeningverktøy brukes med respekt og omhu. Pasienter har opplevd sykepleiere som spør dem om vold i nære relasjoner som om det skulle vært en hvilken som helst annen prosedyre. Eksempelvis med pårørende eller andre til stede, eller at sykepleieren virket lite interessert og støttende under kartleggingen (Correa, et al. 2020).

Sett under ett kan screeningverktøy fremme muligheten for identifikasjon, men også hemme denne muligheten om ikke kunnskap, varsomhet og tillit er til stede. Ved implementering av gode rutiner og prosedyrer for bruk av kartleggingsverktøy sammen med informasjon om vold i nære relasjoner, kan kartleggingsverktøy bli en effektiv og pasientvennlig fremmer for sykepleieres identifikasjonsarbeid.

6.0 Konklusjon

I bacheloroppgaven har vi sett på faktorer som kan hemme og fremme sykepleieren sine muligheter til å identifisere pasienter utsatt for vold i nære relasjoner. Etikken og sykepleier-pasient relasjonen står sentralt i alt arbeid som kan fremme muligheten for identifikasjon. Samtidig kan ikke etikk og relasjon ses isolert. Etikk og relasjon inngår i utformingen av spesialisthelsetjenesten, bruk av kartleggingsverktøy, og alle møter med pasienter.

Pasientens vanskelige valg og følelser knyttet til å avsløre vold i nære relasjoner er en barriere for sykepleierens identifikasjonsarbeid. I midlertidig kan sykepleieren møte denne barrieren med tillitsskapende arbeid og relasjonsbygging, som kan gi muligheter for identifikasjon.

Måten spesialisthelsetjenesten er organisert på i dag kan sette en brems for sykepleierens mulighet til å identifisere voldsutsatte pasienter. Likevel kan muligheten for identifikasjon fremmes ved at spesialisthelsetjenesten blir et større fokusområde for bekjempelse av vold i nære relasjoner.

Økt kunnskap blant sykepleiere fremmer muligheten for identifikasjon. Opplæring gjør at sykepleierne lærte hvilke tegn og symptomer de kan se etter for å identifisere voldsutsatte. Opplæring gjør også at sykepleiere tør å spørre pasienten om vold, fordi sykepleieren har kjennskap til hva som bør gjøres om pasienten er voldsutsatt. Opplæring av sykepleieren kan implementeres som en del av undervisnings- og opplæringsprogrammer sykehusene tilbyr til sine ansatte.

Kartleggingsverktøy er et nyttig redskap sykepleieren kan bruke i møte med pasienter, særlig ved indikasjoner på vold. Likevel forutsetter bruk av kartleggingsverktøy at sykepleieren som skal benytte det, har kunnskap om hvordan imøtekomme voldsutsatte og at sykepleier har klare retningslinjer. Med andre ord krever kartleggingsverktøy et kritisk og varsomt blikk.

I denne oppgaven har vi identifisert behov for mer kunnskap, tid og rutiner knyttet til vold i nære relasjoner hos sykepleiere i spesialisthelsetjenesten. Behovet gjenspeiles også i presentert statistikk for vold i nære relasjoner. En skjult pandemi, hvor det estimeres at mellom 75 000 og 150 000 mennesker i Norge utsettes for vold i nære relasjoner årlig, er indikasjoner på at økt innsats, på dette området, er nødvendig.

Vår konklusjon er at dagens organisering av spesialisthelsetjenesten, pasientens vanskelige følelser og valg, samt mangel på kunnskap om vold i nære relasjoner blant sykepleiere, hemmer muligheten for identifikasjon. Derimot er yrkesetikken, en helhetlig tilnærming til pasienter, etablering av relasjon og tillit, økt kunnskap, trening og erfaring og bruk av kartleggingsverktøy fremmere for sykepleierens mulighet til å kunne identifisere vold i nære relasjoner.

7.0 Litteraturliste

- Ali, P., McGarry, J., Younas, A., Inayat, S., & Watson, R. (2021). Nurses', midwives' and students' knowledge, attitudes and practices related to domestic violence: A cross-sectional survey. *Journal of nursing management*.
<https://doi.org/10.1111/jonm.13503>
- Bahus, M. K. (2022, 16. februar) *Pårørende*. Store Norske leksikon.
<https://snl.no/p%C3%A5r%C3%B8rende>
- Barne-, ungdoms- og familiedirektoratet (u.å.). *Vald og overgrep i nære relasjonar*. Hentet 28. april 2022 fra <https://www.bufdir.no/>
- Brinchmann, B. S. (2021). De fire prinsippers etikk. I B. S. Brinchmann (Red.), *Etikk i sykepleien* (s. 81-95). Gyldendal.
- Brinchmann, B. S. (2021). Pliktetikk. I B. S. Brinchmann (Red.), *Etikk i sykepleien* (s. 55-65). Gyldendal.
- Correa, N. P., Cain, C. M., Bertenthal, M., & Lopez, K. (2020). Women's experience of being screened for intimate partner violence in the health care setting. *Nursing for women's health*, 24(3), 185-196. doi: 10.1016/j.nwh.2020.04.002.
- Dalland, D. (2020). *Metode og oppgaveskriving* (7. utgave.). Gyldendal.
- Dheensa, S., Halliwell, G., Daw, J., Jones, S. K., & Feder, G. (2020). "From taboo to routine": A qualitative evaluation of a hospital-based advocacy intervention for domestic violence and abuse. *BMC Health Services Research*, 20(1), 129–129.
<https://doi.org/10.1186/s12913-020-4924-1>

Direktoratet for høgare utdanning og kompetanse. (u.å.). *Register over vitenskapelige publiserte kanaler*. Hentet 4. Mars 2022 fra

<https://kanalregister.hkdir.no/publiseringskanaler/Forside>

Downie, S., Madden, K., Bhandari, M., & Jariwala, A. (2018). A prospective questionnaire-based study on staff awareness of intimate partner violence (IPV) in orthopedic trauma patients. *The Surgeon (Edinburgh)*, 17(4), 207–214.
<https://doi.org/10.1016/j.surge.2018.07.003>

Eide, H. & Eide, T. (2017). *Kommunikasjon i relasjoner: personorientering, samhandling, etikk*. (3. utg.). Gyldendal akademisk.

Folkehelseinstituttet. (2020, 02. januar). *Vold og seksuelle overgrep*.

<https://www.fhi.no/nettpub/hin/skader/vold/>

Gonzalez, M. T. (2020). Relasjonsarbeid- Sykepleieprosessens mellommenneskelige del. I M. T. Gonzalez (Red.), *Psykiske lidelser: faglig forståelse og terapeutisk tilnærming* (s. 57-67). Gyldendal.

Henriksen, J-O. & Vetlesen, A. J. (2006). *Nærhet og distanse. Grunnlag, verdier og etiske teorier i arbeid med mennesker*. Gyldendal akademisk

Heron, R., Eisma, M. C., & Browne, K. (2021). Barriers and Facilitators of Disclosing Domestic Violence to the UK Health Service. *Journal of Family Violence*.

<https://doi.org/10.1007/s10896-020-00236-3>

Hjemdal, O. K. & Holth, I. K. (2014) Innledning. I S.Thorsen. & O. K. Hjemdal. (red.). *Vold og voldtekt i Norge: en nasjonal forekomststudie av vold i et livsløpsperspektiv*. (s. 29).

Nasjonalt kunnskapsenter om vold og traumatisk stress a/s.

https://www.nkvts.no/content/uploads/2015/11/vold_og_voldtekt_i_norge.pdf

Husso, M., Virkki, T., Notko, M., Holma, J., Laitila, A., & Mäntysaari, M. (2012). Making sense of domestic violence intervention in professional health care. *Health & Social Care in the Community*, 20(4), 347–355.

<https://doi.org/10.1111/j.1365-2524.2011.01034.x>

Justis- og beredskapsdepartementet. (2021). *Frihet fra vold: Regjeringens handlingsplan for å forebygge og bekjempe vold i nære relasjoner 2021-2024*.

<https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/regjeringens-handlingsplan-for-a-forebygge-og-bekjempe-vold-i-naere-relasjoner-20212024/id2868714/>

Kirk, L., & Bezzant, K. (2020). What barriers prevent health professionals screening women for domestic abuse? A literature review. *British Journal of Nursing (Mark Allen Publishing)*, 29(13), 754–760. <https://doi.org/10.12968/bjon.2020.29.13.754>

Krisesentersekretariatet. (u.å.). *Statistikk om vold og overgrep*. Hentet 21. mars 2022 fra

<https://www.krisesenter.com/sekretariatet/statistikk/>

Kristoffersen, N. J., Skaug, E-A., Steindal, S. A. & Grimsbø G. H. (2021). Introduksjon til sykepleie som fag og tjeneste. I N. J. Kristoffersen., E-A Skaug., S. A. Steindal & G. H. Grimsbø (Red.), *Grunnleggende sykepleie: fag og profesjon* (s. 15-28). Gyldendal.

Kristoffersen, N. J. (2021). Sykepleie-kunnskap og kompetanse. I N. J. Kristoffersen., E-A Skaug., S. A. Steindal & G. H. Grimsbø (Red.), *Grunnleggende sykepleie: fag og profesjon* (s. 169-223). Gyldendal.

Lee, A. S. D., McDonald, L. R., Will, S., Wahab, M., Lee, J., & Coleman, J. S. (2019). Improving Provider Readiness for Intimate Partner Violence Screening. *Worldviews on Evidence-Based Nursing*, 16(3), 204–210. <https://doi.org/10.1111/wvn.12360>

Lillevik, O. G. (2019). Fenomenforståelse - Vold i nære relasjoner. I O. G. Lillevik, J.S. Salamonsen & I. Nordhaug. (Red.), *Vold i nære relasjoner: Diskurser og fenomenforståelse* (s. 13-25). Gyldendal.

Nasjonal kunnskapssenter om vold og traumatisk stress. (2022, 15. Mars). *Faglig, etisk og juridisk ansvar*. <https://voldsveileder.nkvts.no/innhold/faglig-etisk-juridisk-ansvar/>

Nasjonal kunnskapssenter om vold og traumatisk stress. (2018, 26. april a). *Risikofaktorer og tegn*. <https://voldsveileder.nkvts.no/innhold/vold-og-overgrep-mot-voksne-og-eldre/risikofaktorer-tegn-vold/>

Nasjonal kunnskapssenter om vold og traumatisk stress. (2018, 27. april b). *Hvordan snakke om vold?*. <https://voldsveileder.nkvts.no/innhold/vold-og-overgrep-mot-voksne-og-eldre/voksen-eldre-utrede/hvordan-snakke-om-vold-utsatt/>

Nortvedt, M. W., Jamtvedt G., Graverholt, B., Norheim L. V., & Reinart L. M. (2021). *Jobb kunnskapsbasert!: en arbeidsbok* (3. utgave.). Cappelen Damm akademisk.

Norsk sykepleierforbund. (2019). *Yrkesetiske retningslinjer*. <https://www.nsf.no/etikk-0/yrkesetiske-retningslinjer>

Prop. 12 S. (2017-2021). *Opptrappingsplan mot vold og overgrep*. Barne- og likestillingsdepartementet. <https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/prop.-12-s-20162017/id2517407/>

Riksrevisjonen. (u.å.). *Myndighetenes innsats mot vold i nære relasjoner*. Hentet 24. juni 2022 fra <https://www.riksrevisjonen.no/kommende-rapporter/myndighetenes-innsats-mot-vold-i-naere-relasjoner/>

Sandmoe, A. (2014). *Vold mot eldre kvinner*. I K. Narud (Red.), *Vold mot kvinner*. (s.117- 134). Cappelen damm akademisk.

Sneltvedt, T. (2021). *Konsekvensetikk*. I B. S. Brinchmann (Red.), *Etikk i sykepleien* (s. 81-95). Gyldendal.

Straffeloven. (2005). *Lov om straff*. (LOV-2005-05-20-28). Lovdata.

<https://lovdata.no/dokument/NL/lov/2005-05-20-28>

Søndbø, M. H. (2020, 30. august) *Etikken i helsetjenestene er på vikende front*.

Sykepleien. <https://sykepleien.no/meninger/innspill/2020/08/etikken-i-helsetjenestene-er-pa-vikende-front>

Thidemann, M-J. (2019). *Bacheloroppgaven for sykepleierstudenter : den lille motivasjonsboken i akademisk oppgaveskriving* (2. utgave.). Universitetsforlaget.

Universitetet i Oslo. (u.å). *SME-modellen*. Hentet 10. april 2022 fra

<https://www.med.uio.no/helsam/tjenester/kunnskap/etikk-helsetjenesten/praksis/sme-modellen/>

VO-linjen. (2022). *For hjelpeapparat og fagfolk*.

<https://www.volinjen.no/for-hjelpeapparat-og-fagfolk/>

Wyatt, T., McClelland, M. L., & Spangaro, J. (2019). Readiness of newly licensed associated degree registered nurses to screen for domestic violence. *Nurse Education in Practice*, 35, 75–82. <https://doi.org/10.1016/j.nepr.2018.12.010>

Vedlegg 1

Søkeprosessen

Søk nr.	Database	Søkeord.	Antall artikler	Avgrensing	Forskningsartikler brukt
Alle søkeord	EBSCO host: Academic Search Elite, CINAHL og MEDLINE				
Søk nr. 1	EBSCO host: Academic Search Elite, CINAHL og MEDLINE	-Domestic violence OR domestic abuse OR intimate partner violence OR partner violence <i>AND</i> -Nurse OR nursing OR nurses <i>AND</i> -Barrieres OR hinders OR obstacles OR challenges OR difficulties OR Facilitators OR adaptation OR enablers OR precipitators OR possible OR adjustment <i>AND</i> Identify OR identifying OR expose OR discover OR recognize OR recognizing OR associate OR recall <i>AND</i> Inpatient OR hospitalized patient OR hospitalized OR adult patient OR inpatients adult OR patient	16	2012-2022 Europa, Canada og Australia Academic Journals	Husso et. al., (2012). Downie et. al., (2018).
Søk nr. 2	EBSCO host: Academic Search Elite, CINAHL og MEDLINE	Domestic violence OR domestic abuse OR intimate partner violence <i>AND</i>	120	2018-2022 Alder: 19+ Canada,	Lee et. al., (2019). Wyatt et. al.,

		Nurse OR nurses OR nursing staff OR health personnel OR health professionals OR hospital <i>AND</i> Health screening OR Screening OR prevention		USA, Australia, New Zealand, Europa Academic Journals	(2018). Dheensa et al., (2020). Correa et al., (2020).
Søk nr. 3	EBSCO host: Academic Search Elite, CINAHL og MEDLINE	Domestic violence OR domestic abuse OR intimate partner violence <i>AND</i> nurses OR nurse OR nursing staff OR health personnel OR health professionals OR hospital <i>AND</i> health screening OR screening OR prevention OR professional knowledge	108	2018-2022 Alder: 19+	Kirk & Bezzant (2020). Ali et al., (2021).
Søk nr. 4.	Supplerende søk i Google Scholar:	domestic violence victims experiences of interventions professionals nurs hospitals specialist health care services qualitative barriers and facilitators diverse disclosure nursing domestic abuse	290	2021-2022 "Mest relevant" Siert	Heron et al., (2021).

Tabell 3 Søkeprosess

Vedlegg 2

Inklusjonskriterier

	Inklusjonskriterier	Eksklusjonskriterier
Database	Primær: Academic Search Elite + Medline og CINAHL Sekundær: Google Scholar	
Tidsramme	2012-2022	Artikler publisert før 2012
Publikasjonstype	Academic journals	
Fokusområde	Vold i nære relasjoner, sykepleiere, sykehus, pasienter, identifikasjon	
Språk	Norsk og Engelsk	Andre språk
Målgruppe	Voksne 18+	Barn, barselomsorg, gravide.
Land	Europa, USA og Australia	

Tabell 4 Inklusjonskriterier



Høgskulen på Vestlandet

Bacheloroppgave i sykepleie

SK152

Predefinert informasjon

Startdato:	21-05-2022 09:00	Termin:	2022 VÅR1
Sluttdato:	25-05-2022 14:00	Vurderingsform:	Norsk 6-trinns skala (A-F)
Eksamensform:	Bacheloroppgave i sjukepleie		
Flowkode:	203 SK152 1 O 2022 VÅR1		
Intern sensor:	Irene Sjørusen		

Deltaker

Kandidatnr.:	457
---------------------	-----

Informasjon fra deltaker

Antall ord *:	7999
----------------------	------

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:	2
Andre medlemmer i gruppen:	421

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